

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Hugo Braz Marques

CONCEPÇÕES DE TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE NA FORMAÇÃO E
ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO NUTRICIONISTA NO ÂMBITO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2018

Hugo Braz Marques

CONCEPÇÕES DE TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE NA FORMAÇÃO E
ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO NUTRICIONISTA NO ÂMBITO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Dra. Marise Nogueira Ramos

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

M357c Marques, Hugo Braz
Concepções de trabalho, educação e saúde na
formação e atuação profissional do nutricionista
no âmbito da estratégia de saúde da família no
município do Rio de Janeiro / Hugo Braz Marques.
- Rio de Janeiro, 2018.
135 f.

Orientadora: Marise Nogueira Ramos

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2018.

1. Saúde da Família. 2. Nutricionistas. 3. Política
Nutricional. 4. Saúde Pública. I. Ramos, Marise
Nogueira. II. Título.

CDD 362.82

Hugo Braz Marques

CONCEPÇÕES DE TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE NA FORMAÇÃO E
ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO NUTRICIONISTA NO ÂMBITO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em: 28/03/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Marise Nogueira Ramos – EPSJV/FIOCRUZ

Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza Machado – EPSJV/FIOCRUZ

Prof^a Dra. Viviane Marinho da Costa – UFRJ

Dedico este trabalho às pessoas que acreditam na Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada preferencial e resistem para que o SUS sobreviva de modo universal, integral e equânime para os cidadãos, diante da conjuntura avassaladora de desmontes sociais.

AGRADECIMENTOS

A Deus e à espiritualidade pela oportunidade da vida, proteção, coragem e força.

Aos meus pais (Donato e Andreia) e irmãos (Adriana e Walker) pelo amor incondicional e por serem referências para construção de minha identidade e valores humanos. Aos sobrinhos Rafael, Gustavo, Luísa e Beatriz por seu efeito restaurador do ânimo com seus sorrisos.

À minha avó cearense e sertaneja, por seus provérbios reflexivos e motivadores, compartilhados em seu centenário. Anjo Adalgisa, “tudo tem o dia e tem a hora”!

Aos laços profundos de amizade existentes em minha vida, encontros sólidos que permanecem há anos ou décadas com importantes conselhos e carinhos.

À minha querida orientadora, Prof.^a Dra. Marise Nogueira Ramos, que além de ser uma grande referência na área de Educação Profissional em Saúde, mostrou simplicidade, humanização, integração cuidadosa ao seu grupo de orientandos e acolhimento especial inclinado para construção de uma amizade.

Aos docentes do curso de Mestrado em Educação Profissional em Saúde, pelo cultivo de uma formação mais crítica sobre as políticas sociais. Agradeço às Professoras Dra. Neise Deluiz e Dra. Viviane Marinho da Costa por terem contribuído com este trabalho a partir da qualificação do projeto, e ao Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza Machado, pelas discussões nas disciplinas de Políticas Nacionais de Saúde e Construção de Direito e da Saúde, assim como por ter aceitado o convite em integrar a banca junto à segunda professora presente na qualificação.

Ao Prof. Dr. Gaudêncio Frigotto pela oportunidade de vivenciar discussões ricas sobre Trabalho e Formação Humana, como aluno especial, no Programa de Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

À Faculdade de Educação da Uerj, pela concessão de espaço para realização dos debates do grupo focal. Meu respeito e solidariedade pela militância em favor da resistência da universidade em que me graduei em Nutrição, contra o sucateamento pelo governo do Estado do Rio de Janeiro.

À Coordenação da Residência em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), pelo despertar do olhar integral e da interdisciplinaridade em minha primeira especialização e implementação do curso na Fiocruz (2005 a 2007). Expresso carinho especial pela ex-orientadora e amiga Helena Maria Seidl Fonseca.

Às egressas da Residência em Saúde da Família da Ensp, de quem fui tutor de categoria profissional, pelos estudos para o processo seletivo do Mestrado e companheirismo nesses dois anos de curso, Carolina Manhães Moura Reis e Ellen Cristina Francisco.

À Coordenação da Residência em Saúde da Família e Comunidade do Hospital Escola São Francisco de Assis (UFRJ) pelo convite para tutoria em Nutrição e participação no processo de construção coletiva do curso nos últimos anos.

Às três últimas diretoras do Instituto de Nutrição Annes Dias, Maria de Fátima Ferreira França, Maristela Souza Araújo da Cunha e Mônica Teixeira Ferreira, assim como à atual gerente de atenção e cuidado nutricional e à sua antecessora, Geila Cerqueira Felipe e Aline de Souza Ribeiro, pelo incentivo, reconhecimento da importância da educação profissional em saúde e flexibilização na forma de cumprimento de minha carga horária de trabalho para assistir às disciplinas do curso de mestrado. Agradeço ainda a compreensão das companheiras de equipe Patrícia Afonso Maia, Maria Cecília Quiben, Maria Teresa Paiva e Elda Lima Tavares.

À Coordenação do NASF durante o período substancial de construção deste trabalho, Rafaella Peixoto da Silva Oliveira e Renata Gomes Zuma, pelo apoio e interesse na realização da pesquisa.

Aos Coordenadores das Áreas de Planejamento em Saúde, apoiadores do NASF e gestores locais das AP 3.1, 3.2, 3.3 e 5.1, pela liberação das nutricionistas a participarem dos encontros do grupo focal.

Aos nutricionistas do NASF, com destaque àquelas que compuseram o grupo focal, por me permitirem conhecer melhor seu processo de trabalho, pela afinidade e laços simbólicos despertados além dos debates. Parabéns por hoje serem uma das categorias profissionais mais militantes e críticas diante da situação de ajuste econômico na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro!

RESUMO

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) oferece suporte especializado às equipes de Saúde da Família. Cabe ao nutricionista o matriciamento, com vistas à aplicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. No município do Rio de Janeiro, há 49 nutricionistas no NASF, dos quais 90% possuem vínculo celetista, selecionados por Organizações Sociais. Cerca de 47% dos nutricionistas não tinham experiência anterior nem especialização em Saúde Pública, Coletiva ou da Família; 25% atuam concomitantemente em Nutrição Clínica; 76% graduaram-se após as Diretrizes Curriculares vigentes, baseadas em competências e flexibilidade. Sugerem-se marcas do ideário neoliberal na formação, relações de trabalho e modelo de atenção à saúde. Orientado sob perspectiva do materialismo histórico-dialético, este estudo teve como objetivo analisar as concepções de Trabalho, Educação e Saúde presentes na formação e atuação profissional do nutricionista do NASF Rio. Realizou-se pesquisa qualitativa, com revisão bibliográfica, técnica do grupo focal e análise de conteúdo. Predominou caráter pragmático e tecnicista em sua formação, com hegemonia da área biomédica, hospitalocêntrica e clínica. O princípio criativo do trabalho é despertado nos grupos educativos em saúde ou na relação com outras categorias profissionais e histórias de vida dos usuários. Contudo, evidencia-se o funcionalismo nas demais formas de suporte matricial. Preponderam a visão sistêmica de determinantes sociais em saúde e a lógica comportamental, mas é ressaltada a motivação por um conceito ampliado em saúde. Agregou-se um encontro sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, a atual conjuntura de austeridade econômica municipal e resvalos sobre o NASF.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Nutricionista. Concepções de Trabalho, Educação e Saúde. Ajuste Neoliberal.

ABSTRACT

The Support Center for Family Health (NASF) offers a specialized aid for Family Health teams. It is up to the nutritionist the backing reference, looking forward to the National Food and Nutrition Policy's application. In the city of Rio de Janeiro, there are 49 nutritionists in NASF, and 90% were selected and hired by Social Organizations. About 47% of the nutritionists had no previous experience or expertise in Public, Collective or Family Health; 25% work concurrently in Clinical Nutrition; 76% graduated after the current Curriculum Guidelines, based on competencies and flexibility. Neoliberal ideology marks are suggested in the qualification, labor relations and health care model. Guided by the Historical and Dialectical Materialism, this study's objective was to analyze conceptions of work, education and health in the formation and performance of NASF Rio's nutritionists. It was developed a qualitative research based on literature review, focal group and content analysis. There has predominated the pragmatic and technicist character in their formation, with biomedical, hospital-centric and clinical hegemony. The creative principle of work is awakened in health education groups or in the relations with other professions and SUS users' life stories. Nevertheless, it is evinced the functionalism on the other ways of backing reference. The systemic view about social determinants of health and behavioral logic are preponderant, but it is emphasized their motivation for an expanded concept of health. It was added a meeting about Primary Care Nacional Policy's review, the present conjuncture of economical austerity in the city and effects on NASF.

Keywords: Support Center for Family Health. Nutritionist. Work, Education and Health Conceptions. Neoliberal Adjustment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 Distribuição dos cursos de graduação em Nutrição no Brasil, por tipo de instituição (pública ou privada), em fevereiro de 2018.....	44
Gráfico 2 Distribuição dos cursos de graduação em Nutrição no Estado do Rio de Janeiro, por tipo de instituição (pública ou privada), em fevereiro de 2018.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição relativa e absoluta de nutricionistas do NASF por AP da SMS do município do Rio de Janeiro, em fevereiro de 2018.....	56
Tabela 2 Relação das categorias analíticas orientadoras ou emergentes do estudo	63
Tabela 3 Síntese sobre as concepções de trabalho, educação e saúde do grupo focal	99

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área de Planejamento
ATAN	Área Técnica em Alimentação e Nutrição
BM	Banco Mundial
CAP	Coordenadoria de Área de Planejamento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSAd	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CF	Clínicas da Família
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EaD	Educação a Distância
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAT	Grupo de Apoio Técnico
GT	Grupo de Trabalho
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
INAD	Instituto de Nutrição Annes Dias
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MHD	Materialismo Histórico-Dialético
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OGM	Organismo Geneticamente Modificado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organizações Sociais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCRJ	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMASDH	Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMPD	Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UVA	Universidade Veiga de Almeida

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. TRABALHO, EDUCAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS: MEDIAÇÕES DA FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E RELAÇÕES COM O CAMPO DA NUTRIÇÃO	23
1.1 VÍNCULOS ONTOLÓGICO-HISTÓRICOS ENTRE TRABALHO, EDUCAÇÃO, SAÚDE E NUTRIÇÃO.....	23
1.2 ALIENAÇÃO E EMANCIPAÇÃO NAS ÁREAS DE TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	26
1.3 AJUSTES NEOLIBERAIS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	28
1.3.1 Ajustes neoliberais no trabalho	30
1.3.2 Ajustes neoliberais na educação	32
1.3.3 Ajustes neoliberais na saúde.....	35
1.4 INFLUÊNCIAS DO IDEÁRIO NEOLIBERAL SOBRE A CONFIGURAÇÃO DA CIÊNCIA, FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM NUTRIÇÃO	37
1.4.1 Conflito de interesses entre as indústrias de alimentos e farmacêutica e a ciência da nutrição	45
1.4.2 Fragilidade na regulação de indústrias de alimentos e biotecnológicas	47
1.4.3 Construção de consenso em nutrição pela mídia.....	48
2. A HISTORICIDADE DA ESF/NASF NO BRASIL E O NUTRICIONISTA: EM BUSCA DA CONCRETICIDADE DO OBJETO	49
2.1 PROCESSO DE TRABALHO NO NASF	51
2.1.1 Inserção do Nutricionista no NASF	53
2.2 CONTEXTO DE INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NO ÂMBITO DA ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	55
2.3 PARTINDO DO OBJETO EMPÍRICO EM BUSCA DA SUA CONCRETICIDADE: COMO CAPTAR AS MEDIAÇÕES QUE CONSTITUEM AS CONCEPÇÕES DOS NUTRICIONISTAS DO NASF DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	59
3. CONCEPÇÕES DE TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE DOS NUTRICIONISTAS INVESTIGADOS	65
3.1 CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO.....	65
3.2 CONCEPÇÕES DE TRABALHO	71
3.3 CONCEPÇÕES DE SAÚDE	80

CONCLUSÕES.....	93
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	118
APÊNDICE B – Ficha de levantamento de perfil básico de formação e atuação profissional de participantes do grupo focal	120
APÊNDICE C – Roteiro de Debate do Grupo Focal.....	121
APÊNDICE D – Unidades de Registro e de Contexto Emergentes das Categorias Empíricas.....	124
ANEXO A – Carta de Anuência da Superintendência de Atenção Primária e da Coordenação do NASF no Município do Rio de Janeiro	135

INTRODUÇÃO

Minha trajetória acadêmica depara-se com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir de minha graduação em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). No sétimo período, em 2004, tive a oportunidade de participar do Internato de Nutrição em Saúde Pública no município de São Pedro da Aldeia, onde desenvolvi ações de educação continuada sobre Alimentação e Nutrição junto às equipes de Saúde da Família (eSF).

Em 2005, ingressei na primeira turma do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), pertencente à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Ao longo de dois anos, minhas atividades práticas foram desempenhadas em território do Complexo do Caricó, no município do Rio de Janeiro, junto a minha equipe de residentes multiprofissionais e às eSF da unidade, por meio da realização de interconsultas, visitas domiciliares, educação em saúde e apoio técnico em minha área de formação.

Imediatamente ao concluir a Residência, fui aprovado em um processo seletivo da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), onde pude conhecer uma versão de ESF disponível para beneficiários da saúde suplementar. Em contraste com a ESF do município do Rio de Janeiro à época, os recursos materiais e tecnológicos disponíveis (salas multimídias para reuniões e grupos, equipamentos antropométricos, prontuário eletrônico), a condução facilitada aos bairros adscritos e a rede de equipamentos sociais do Banco do Brasil (centro cultural e associações) eram facilitadores da educação e promoção da saúde. Por outro lado, os aspectos culturais da população beneficiária de seguro saúde, convergentes com a preferência pelos demais níveis de atenção à saúde, exames diagnósticos, lógica ambulatorial e atenção médico-centrada traziam vulnerabilidades. Na CASSI, tive o primeiro contato com ferramentas de avaliação de desempenho por metas, usuais no setor privado.

Acreditando ser a Saúde Pública mais afinada com a possibilidade de conquista de um sentido profissional idealizado em meu percurso acadêmico e militância pela transformação do Sistema Único de Saúde (SUS) formal em realidade, candidatei-me ao concurso público para a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ), uma vez que esse era o mecanismo de ingresso do profissional nutricionista na ESF, por meio do então Grupo de Apoio Técnico (GAT). Contudo, a convocação, em dezembro de 2008, foi para a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD), onde atuei em equipe multidisciplinar na atenção a crianças

com espectro do autismo, durante 5 anos. Nesse ínterim, tanto a gestão da ESF quanto a seleção de nutricionistas e outros profissionais de saúde foram concedidas a Organizações Sociais (OS), convergindo para uma via pública não estatal.

No ano de 2012, fui convidado pela Escola de Governo em Saúde da ENSP/FIOCRUZ para atuar como supervisor de campo e entrevistador de censos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e certificações de eSF de diversos municípios do Estado do Rio de Janeiro em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da Atenção Básica.

Em 2014, ao ser cedido para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), fui acolhido pelo Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), que corresponde à Área Técnica em Alimentação e Nutrição (ATAN) no município. Estou inserido na Gerência de Atenção e Cuidado Nutricional, dedicando-me à educação continuada, apoio técnico e avaliação das ações dos nutricionistas da rede básica de saúde.

Em virtude de minha aproximação acadêmica e profissional com a ESF, desde 2015, tenho estado mais próximo dos nutricionistas dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), por meio de visitas técnicas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de rodas de conversa do INAD. Nos últimos 2 anos, atuei como tutor da categoria de Nutrição, dos cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/FIOCRUZ e do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Na vinculação com os profissionais do NASF, tem sido possível reconhecer semelhanças entre as características de seu processo de trabalho com minha experiência prévia na saúde suplementar, especialmente no que tange à ênfase aos recursos tecnológicos e à meritocracia característica da gestão municipal de 2009 a 2017, em um contexto de permeabilidade da gestão pública da ESF com a lógica privada.

Dentre as inquietações me conduziram a esta pesquisa, destacam-se: o predomínio do vínculo celetista entre os nutricionistas inseridos na ESF do município do Rio de Janeiro e a estagnação na realização de concursos públicos para essa categoria profissional na PCRJ, desde a gestão do Prefeito Eduardo Paes (2009-2017); a expansão da ESF e investimento aparentemente regressivo nos demais níveis de atenção em saúde; o crescente interesse dos nutricionistas do NASF por educação continuada com temática voltada para a área de Nutrição Clínica, embora sua atuação esperada seja em Saúde Coletiva; a presença de nutricionistas do NASF sem especialização ou experiência pregressa em ESF; o relato frequente, por parte desses profissionais, sobre pressões sofridas devido ao contrato de gestão estabelecido entre a PCRJ e as OS, com metas de avaliação de desempenho e divulgação de

resultados com recompensas ou sanções (presentes na gestão passada); o direcionamento desses nutricionistas para linhas de cuidado focalizadas em certas patologias priorizadas por aquele contrato de gestão, podendo ocultar algumas fases do ciclo da vida na promoção da saúde.

Ademais, grande parte dos nutricionistas do NASF do referido município foi graduada com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) constituídas sob ideário neoliberal e baseadas na Pedagogia das Competências.

Cabe pontuar que com a posse do Prefeito Marcelo Crivella em 2017, foram extintas as metas de desempenho vigentes no governo anterior, embora a prática de trabalho na ESF continue predominantemente direcionada por aquelas listas focalizadas. Na presente gestão, os indicadores do PMAQ ganharam ênfase. No entanto, medidas de austeridade econômica do atual Prefeito, concomitantes à revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), têm fragilizado a ESF municipal. A relação com as OS contratualizadas tem demonstrado rusgas, com atrasos em pagamentos de salários e benefícios, demissões, alegando-se um planejamento insuficiente de recursos pelo governo anterior. Uma vez que a ESF, que apresentou franca expansão na gestão do Prefeito Eduardo Paes, está basicamente constituída por profissionais vinculados às OS, a Atenção Primária em Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro encontra-se extremamente vulnerável na atualidade.

Em consonância com os princípios do SUS, a ESF teria como objetivo contribuir para reorientar o modelo assistencial por meio da expansão e qualificação da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil. A estratégia seria o primeiro contato da população com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município e, no caso de demanda por maior complexidade tecnológica, deveria ser o centro regulador da comunicação com os demais níveis de atenção em saúde (BRASIL, 2012a).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2012, as equipes multiprofissionais de Saúde da Família deveriam realizar a coordenação de cuidados de famílias adscritas a um território de abrangência delimitado, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação. Precisariam explorar as condições sociais, demográficas e epidemiológicas daquele contexto territorial e das famílias nele inseridas, oferecendo assistência integral e longitudinal por meio de atendimentos individuais, consultas interdisciplinares, processos educativos em saúde, visitas domiciliares e ações intersetoriais. O acolhimento e a escuta qualificada das equipes da ESF visariam ao encontro do estabelecimento de vínculo, resolutividade e impacto positivo na saúde das famílias (BRASIL, 2012a).

É importante destacar que as informações sobre a PNAB e a ESF estão conjugadas no futuro do pretérito do indicativo porque no ano passado, com a assunção antidemocrática do Presidente Michel Temer à República, uma série de ajustes neoliberais e desmontes sociais têm sido propostos e executados abruptamente. Em 2017, a PNAB sofreu uma revisão e embora não tenha tido anuência do Conselho Nacional de Saúde, teve seu texto aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite. Na revisão, não há o comprometimento com a universalidade por meio da APS, trazendo a possibilidade de uma cobertura universal de uma carteira de serviços seletivos; não é conferido destaque à ESF como preferência para acesso na APS; não há clareza sobre a permanência do apoio matricial do NASF.

As equipes de Saúde da Família (eSF) são constituídas minimamente por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; técnico de Enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser adicionados o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, bem como o auxiliar ou técnico em saúde bucal. Recomenda-se que cada eSF seja responsável por no máximo 4.000 pessoas, limite inversamente proporcional ao grau de vulnerabilidade social do território (BRASIL, 2012a).

Com o propósito de ampliar o escopo das ações e a resolutividade da APS, foram criados os NASF, que são constituídos por diferentes categorias profissionais, que devem prestar apoio matricial de forma integrada às eSF (BRASIL, 2014b).

Matriciamento é entendido como uma forma de organização do trabalho em saúde, baseado na cooperação por equipes de suporte técnico especializado, em ações setoriais ou intersetoriais, a fim de otimizar a coordenação dos cuidados primários em saúde (MEDEIROS, 2015).

As ações do NASF se dão a partir dos limites encontrados pelas equipes da ESF diante das situações de saúde e consistem em educação continuada com as equipes, discussão ampliada de casos, consultas interdisciplinares, visitas domiciliares, educação em saúde com a população e articulações com a RAS ou outros setores sociais. O NASF é considerado um suporte especializado para as equipes ESF, nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica (BRASIL, 2014b).

As possibilidades de composição do NASF devem levar em conta o perfil epidemiológico da população adscrita, podendo abranger especialidades médicas como ginecologia, pediatria, psiquiatria, geriatria, acupuntura; assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, sanitarista e nutricionista (BRASIL, 2014b).

Espera-se do nutricionista inserido no NASF o matriciamento das equipes ESF com vistas ao conhecimento e aplicação das ações previstas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Destacam-se ações integrativas e intersetoriais de educação em saúde e nutrição, cuidado nutricional nas diversas fases do ciclo da vida, estabelecimento de projetos de prevenção e enfrentamento de doenças crônicas e de deficiências nutricionais, bem como a promoção da alimentação saudável (BORELLI *et al*, 2015).

A transição nutricional vivenciada pela população brasileira nas últimas décadas, com diminuição da fome e da desnutrição, e por outro lado, aumento progressivo do excesso de peso, obesidade e doenças crônicas, exhibe um cenário epidemiológico correlacionado às condições de alimentação e nutrição (BRASIL, 2013).

A PNAN (BRASIL, 2013) considera a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde, por meio da compreensão, pelos profissionais de saúde, de que os hábitos, simbolismos, cultura e identidade alimentar são construídos com sentidos sociais pelos indivíduos, famílias e grupos populacionais.

A promoção da alimentação saudável deve se dar por estratégias de socialização da informação, proteção e apoio, fortalecendo a autonomia e a reflexão crítica dos indivíduos. Diante dos interesses e publicidade da indústria alimentícia e condutas predominantes de disciplinamento por prescrições dietoterápicas, ter autonomia significa conhecer uma amplitude de perspectivas sobre alimentação, perpassadas por uma linha tênue entre risco à saúde e prazer (BRASIL, 2013).

Cabe apontar que o marco ideológico de elaboração da PNAN consiste na promoção da saúde, com a marcante presença de expressões como “qualidade de vida” e “escolhas alimentares saudáveis”. Contextualizando-se a emergência da promoção da saúde com o neoliberalismo, encontra-se o acirramento da individualização, mascarada como absoluta autonomia individual e a possibilidade equânime dos sujeitos em realizarem escolhas, como se as práticas alimentares não fossem interpeladas por macroquestões. O emprego do termo “risco” à saúde na PNAN tem fundamento na subjetividade estimulada pelo neoliberalismo de reforço a uma pretensa liberdade individual de se escolher. Já a compreensão e intervenção sobre as determinações socioeconômicas, culturais e outras, com relação à alimentação e nutrição de indivíduos e grupos populacionais pressupõe a superação da fragmentação da formação profissional e a articulação com diversos setores sociais.

No entanto, Canesqui e Garcia (2005) revelam que, historicamente, ainda predomina na formação dos nutricionistas um caráter biologicista que reduz o campo da Nutrição, ocultando-se as dimensões sociais com destaque aos aspectos fisiológicos e individuais.

O currículo por competências tem norteado as diretrizes de graduação, qualificação e educação continuada da maior parte dos profissionais de saúde. Ele tem sido transposto para o mercado de trabalho em saúde, que define o comportamento a ser expresso por tais profissionais em uma lógica sistêmica (DELUIZ, 2001).

Sob ideário neoliberal, em 01 de outubro de 2001, durante o governo presidencial de Fernando Henrique Cardoso, foram estabelecidas as DCN vigentes para o curso de graduação em Nutrição (BRASIL, 2001). Alguns termos inerentes à Teoria do Capital Humano, como competências e flexibilidade são enfatizados no parecer do Ministério da Educação (MEC), sugerindo uma concepção pedagógica convergente com a Pedagogia das Competências. Pelas DCN, preconiza-se a busca permanente por competências demandadas em flexibilidade às rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

Cabe salientar que naquele contexto temporal, os programas de educação profissional em saúde já vinham sendo marcados por caráter funcionalista-condutivista na integração teoria-prática, mediada pela problematização e uso de competências para lidar com acontecimentos heterogêneos e imprevisíveis emergentes na prática de trabalho no SUS (RAMOS, 2010).

Implantado em nível nacional pela Portaria GM nº 154 de 24/01/2008, o NASF pressupõe o suporte com competências profissionais complementares aos limites técnicos reconhecidos pelas eSF no enfrentamento de problemas de saúde emergentes no território (BRASIL, 2008).

As competências projetadas para os profissionais do NASF vinculam-se às aptidões técnico-pedagógicas requeridas para o suporte à gestão e educação continuada das equipes de Saúde da Família, construção de projetos terapêuticos e de saúde no território; e às aptidões clínico-assistenciais, que além dos atendimentos individuais, pressupõem disponibilidade à realização de interconsultas, visitas domiciliares e grupos educativos (BRASIL, 2014b). Na ausência de experiência pregressa ou especialização na área, a interpretação sobre a qualidade dessas competências pode ser subjetiva e variável, embora devam almejar a integralidade em saúde.

No município do Rio de Janeiro, as primeiras equipes NASF foram cadastradas no ano de 2010. Na gestão do Prefeito Eduardo Paes (2009-2017), foi notável a expansão da ESF na cidade, contudo os demais níveis de atenção em saúde parecem ter sido preteridos em termos de investimento, sendo uma possível justificativa para aumento das demandas clínicas suscitadas pelos nutricionistas do NASF.

A aprovação pregressa da desvinculação de receitas da União, incluindo gastos sociais, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, pavimentou parcerias com OS, que são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, com atividades dirigidas ao ensino, pesquisa, proteção do meio ambiente, cultura e saúde. O contrato de gestão consiste no instrumento firmado entre o Poder Público e a OS com vistas à execução dessas atividades (BRASIL, 1998). Trata-se de um processo de terceirização que considera tais serviços como atividades não exclusivas do Estado (LIMA, 2013), permitindo a concessão privada da gestão e contratação de pessoal, com transferência de recursos do Estado (FREITAS, 2012).

Desde sua implantação no município do Rio de Janeiro, as equipes NASF são selecionadas e geridas por OS. Desde a gestão do Prefeito Eduardo Paes até o atual governo do Prefeito Marcelo Crivella, estagnou-se o provimento de vagas para área da Saúde na PCRJ por meio de concurso público.

No presente momento, há 49 nutricionistas inseridos no NASF, dos quais 44 (90%) possuem vínculo celetista, vinculados às OS. Esses nutricionistas estão presentes em 9 das 10 Áreas de Planejamento (AP) em que o município é dividido, segundo a SMS.

Em cada Coordenadoria de Área de Planejamento (CAP), configura-se uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central, as unidades de saúde e a população, com atribuição de organizar os serviços de saúde e a articular-se com outros setores intra e extragovernamentais (SILVA, 2012).

Durante a gestão do Prefeito Eduardo Paes (2009-2017), anualmente era realizado um seminário de gestão, denominado *Accountability*, com a finalidade de os profissionais inseridos na ESF refletirem sobre seu processo de trabalho e compararem suas ações com metas prioritárias estabelecidas em conformidade com o cenário epidemiológico do município. Essas metas eram definidas em conjunto pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), CAP e OS às quais os profissionais inseridos na ESF estão vinculados.

As metas eram geradas a partir de indicadores de saúde que predominantemente consideravam linhas de cuidado para determinadas patologias, fragmentando-se o olhar da gestão e dos profissionais envolvidos na assistência à saúde, visto que outras situações de saúde e certas fases do ciclo da vida poderiam ficar para segundo plano.

O seminário *Accountability* consistia na prestação de contas sobre as metas pactuadas no ano anterior, adotando ferramentas como avaliação de desempenho por produtividade e repercussões sobre o financiamento da infraestrutura e gratificação dos profissionais inseridos

somente nas eSF com 14º salário. Os resultados dessa avaliação eram divulgados por cada Área de Planejamento (AP).

Os sistemas de saúde de países da América Latina têm sido permeáveis ao gerencialismo por conta da influência expressiva de organismos internacionais, que apregoam a finitude de recursos financeiros públicos destinados à proteção social, induzindo a seletividade de serviços básicos. Com isso, indicadores de saúde têm sido convertidos em metas a serem perseguidas com engajamento dos profissionais por meio de suas competências institucionais (CASTIEL, XAVIER e MORAES, 2016). Nesse tipo de avaliação, Freitas (2012) reconhece a presença do neotecnicismo como prática pedagógica, expressa por responsabilização e meritocracia. A exposição pública dos resultados, pressões e expectativas voltadas para recompensas ou sanções podem desviar a prioridade de promoção da saúde da população.

A organização do trabalho do NASF parece convergente com o gestionismo, com a presença de equipes pretensamente autônomas no matriciamento das equipes ESF, mas que na prática consolidam uma fragmentação de especialidades complementares a uma atenção médico-centrada e que eram compulsoriamente conduzidas pelas metas do contrato de gestão.

Quanto às ações específicas em Alimentação e Nutrição, desde 1956, existe um órgão normativo e regulador, o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), cujas competências incluem: conceber, implementar e avaliar a Política de Alimentação e Nutrição no Município do Rio de Janeiro; realizar ações e estratégias educativas de promoção de saúde, alimentação e nutrição; planejar, coordenar e acompanhar as atividades de caráter técnico, científico e cultural inerentes à área técnica de Alimentação e Nutrição na PCRJ, fomentar, realizar e divulgar pesquisas na área de alimentação, nutrição e saúde, a fim de subsidiar o planejamento de políticas, programas, projetos e ações (PCRJ, 2017b).

Cabe frisar que até 1975, com a fusão dos Estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, ao INAD esteve vinculado o curso de graduação em Nutrição que atualmente é da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (COSTA, 2015).

Atualmente, a Gerência de Atenção e Cuidado Nutricional do INAD é responsável pela normatização, acompanhamento e avaliação das ações de promoção de saúde e nutrição na Atenção Básica em Saúde (PCRJ, 2017b).

As agendas de rodas de conversa com nutricionistas da rede básica de saúde e as discussões junto ao grupo técnico do NASF são construídas em respeito às demandas desses profissionais, apontadas em visitas técnicas por membros do INAD. Em 2016, além das usuais discussões políticas e elaborações de linhas de cuidado em saúde por fase do ciclo da

vida ou por agravo nutricional, foram solicitados com maior frequência temas que oferecem subsídios para a prática clínica dos nutricionistas.

Podem ser depreendidas tendências do ideário neoliberal na constituição do NASF do município do Rio de Janeiro, com destaque às relações público-privadas estabelecidas. Ademais, o foco em competências e flexibilidade, presente nas DCN para graduação e outras mediações sociais do neoliberalismo podem favorecer as inclinações nas demandas dos profissionais por educação continuada em especializações distintas da Nutrição em Saúde Coletiva e direcionadas para Nutrição Clínica, interferindo no modelo de atenção à saúde, condutor do exercício do nutricionista inserido na ESF. Cabe colocar que a promoção da alimentação adequada e saudável no contexto da APS deveria demandar menos recursos da Clínica que os suscitados pela articulação entre Ciências Sociais e Saúde Coletiva.

Diante desta problemática, definiu-se o objetivo geral deste estudo, que se trata de analisar as concepções de Trabalho, Educação e Saúde presentes na formação e atuação profissional do nutricionista inserido na ESF do município do Rio de Janeiro, a partir da implantação de suas equipes NASF, em 2010¹. De forma específica, pretendeu-se: a) investigar as concepções do nutricionista acerca de seu processo de trabalho na ESF do município do Rio de Janeiro; b) investigar as concepções pedagógicas que orientam seu trabalho; c) investigar suas concepções de saúde; d) apreender as relações de sua formação e atuação profissional com o ideário neoliberal.

Como método de investigação, o estudo foi orientado na perspectiva do materialismo histórico, que se propõe a considerar a história da vida cotidiana em processo, com vistas à busca de elementos presentes em um espectro que vai da superficialidade aparente até a profundidade essencial (FERNANDES, 1989). A práxis social é permeada por decisões entre alternativas com base em posições teleológicas futuras, sendo assim, marcada por contradições. O componente dialético atribuído ao materialismo histórico solicita que as relações existentes na realidade social sejam destrinchadas a partir de suas contradições (LUKÁCS, 1978), as quais precisam ser historicizadas de modo que as questões não sofram juízos de valor baseados na pseudoconcreticidade e para que se caminhe à totalidade concreta (KOSIK, 1969).

¹ Ainda que este seja o recorte temporal da pesquisa, algumas datas são significativas para a construção do objeto, a saber: em 2001, tem-se a publicação das DCN para o curso de Nutrição; em 2003, o nutricionista insere-se na ESF do Rio de Janeiro, na forma de GAT; em 2008, são implantados os NASF na ABS no Brasil; e, finalmente, em 2010, constituem-se as primeiras equipes NASF no município do Rio de Janeiro.

A ontologia marxiana visa descartar o caráter lógico-dedutivo na interpretação das relações humanas que configuram a vida social, valorizando-as como processo histórico e constituídas por categorias moventes e movidas (LUKÁCS, 1978).

Buscou-se, inicialmente, conhecer o estado da arte dos estudos na área de Saúde Coletiva ou da ESF sob a perspectiva do MHD. Tomando-se como referencial a biblioteca eletrônica *Scielo*, constatou-se que são insuficientes as fundamentações dessa área na mesma perspectiva, tendo sido encontrados apenas 8 artigos afins, dentre os 81 resultados para os descritores em busca conjunta *materialismo; histórico; dialético*. Esses artigos referem-se basicamente ao processo de trabalho do profissional de Enfermagem ou do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para o descritor supracitado, não há qualquer artigo em correlação com a formação ou atuação do nutricionista.

A consolidação do referencial teórico direcionou a construção das categorias de análise – trabalho, educação e saúde e os ajustes neoliberais. A análise documental, juntamente com fontes bibliográficas secundárias, possibilitaram a construção do objeto no plano empírico, pavimentando a realização do trabalho de campo, por meio de grupos focais com nutricionistas do NASF Rio.

A relevância deste estudo reside na possibilidade de se desvelarem fragilidades e caminhos de resistência positiva ao ideário neoliberal entre as concepções de Trabalho, Educação e Saúde constatadas em nutricionistas do NASF do município do Rio de Janeiro. As apreensões a esse respeito podem trazer substância para discussão em torno das DCN e da atuação do nutricionista em Saúde Coletiva e na ESF, sob a perspectiva do Materialismo Histórico-Dialético (MHD), que é constituído por categorias como totalidade, historicidade e contradição.

Considerando-se a dificuldade em se encontrar a investigação sobre a formação e atuação do nutricionista inserido na ESF sob o enfoque do MHD, os resultados da pesquisa poderão contribuir para ampliação de conhecimentos desse profissional na área de Trabalho, Educação e Saúde, tensionando-se as discussões sobre as DCN, políticas públicas, gestão do trabalho e da saúde referentes à Nutrição, sob outro olhar.

A critério de exposição, esta dissertação foi organizada em três capítulos. O primeiro aborda Trabalho, Educação e Políticas Públicas: Mediações da Formação em Saúde Pública e Relações com o Campo da Nutrição. O segundo trata da Historicidade da ESF/NASF no Brasil e o Nutricionista. O terceiro consiste nas Concepções de Trabalho, Educação e Saúde dos nutricionistas do NASF Rio.

1. TRABALHO, EDUCAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS: MEDIAÇÕES DA FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E RELAÇÕES COM O CAMPO DA NUTRIÇÃO

Compreendido como perspectiva de liberdade, o sentido ontológico do trabalho e da educação, especialmente no que tange à área de saúde, deveria abarcar um caminho emancipatório e com valor à autonomia dos sujeitos, culminando em um modelo de educação histórico-crítica, no empoderamento e mobilização política da coletividade de trabalhadores, no alcance equânime e universal de direitos sociais e realização do SUS em concretude.

No entanto, a coincidência de elaboração do SUS com emergência de forças do capitalismo neoliberal tem afetado o aparelho do Estado, minimizando seu papel provedor de Bem-Estar Social, comprimindo as políticas públicas e maximizando a alienação dos trabalhadores e usuários do SUS. Consolida-se, na cultura da população e na formação em saúde, a hegemonia do modelo biomédico, clínico, compartimentado; com ênfase em recursos tecnológicos, produtividade e competitividade; seletividade no cuidado em saúde; desqualificação dos serviços públicos de saúde em favor dos privados e/ou por meio da hibridização público-privada. Tais condições são corroboradas por orientações de entidades internacionais de países afluentes que preservam hierarquia econômica e ideológica sobre os países em desenvolvimento, como o Brasil.

Neste capítulo, serão discutidos os vínculos ontológico-históricos dessas dimensões da vida humana, bem como os ajustes neoliberais sobre políticas públicas relacionadas às mesmas.

1.1 VÍNCULOS ONTOLÓGICO-HISTÓRICOS ENTRE TRABALHO, EDUCAÇÃO, SAÚDE E NUTRIÇÃO

A produção da existência humana acontece por mediações do homem com a natureza por ele apropriada e transformada, bem como pelas interações sociais estabelecidas com outros homens, para que ocupe seu papel na sociedade. Essas relações podem variar espacial e historicamente; logo, eventos que ocorrem na vida dos sujeitos não são exclusivamente naturais ou contingenciais (RAMOS, 2010).

De acordo com Marx (1989), a fim de atingir suas necessidades, o homem emprega sua atividade vital, o trabalho, sobre a natureza. Ao longo da história, variadas construções

sociais foram engendradas por meio do trabalho, o qual também produz conhecimentos que permitem a ampliação das capacidades de transformação da natureza.

Foi no campo produtivo da existência, em que se deu a primeira modalidade de educação. Os homens aprenderam a produzir sua existência no momento em que a produziam, além de perpetuarem sua educação para as gerações subsequentes (SAVIANI, 2007).

Sendo a alimentação essencial para a sobrevivência humana, primariamente o homem precisou aprender a explorar os recursos naturais, plantando, coletando, caçando, pescando e exercitando habilidades culinárias. Trata-se de um exemplo do estreito vínculo ontológico-histórico da relação entre trabalho e educação. A interação com a natureza e as mediações sociais estabelecem significados que definem as escolhas, ocasiões e rituais, isto é, a cultura alimentar moldadora de gostos e da comensalidade de uma dada sociedade. Ainda que agregue aspectos mais amplos que as necessidades biológicas ou nutricionais, em sua totalidade, o padrão alimentar pode interferir na situação de saúde de uma sociedade (CANESQUI e GARCIA, 2005).

O trabalho em saúde surgiu no momento em que o homem precisou atender às suas demandas nesse campo. As concepções sobre saúde podem variar conforme as mediações sociais, com determinações específicas sobre o que são condições normais ou patológicas (LIMA, 2001).

A separação entre trabalho e educação efetivou-se com a divisão do trabalho possibilitada pelo desenvolvimento da produção e pela apropriação da terra. Deu-se a divisão dos homens em classes, de modo que os detentores de terra e dos meios de produção pudessem viver por meio do trabalho dos não proprietários (SAVIANI, 2007). No que tange à educação, enquanto a classe dominada realizava uma formação espontânea durante o processo produtivo, a classe dominante sistematizava a forma de se produzir (RAMOS, 2010).

No modo de produção capitalista, a divisão social do trabalho é representada pela compra, pelo detentor dos meios de produção, da força de trabalho ativa (MARX, 1989). Nessa relação social, a troca determina o consumo e o equivalente universal é o dinheiro, mas as necessidades variam conforme as configurações sociais e históricas.

Ao longo das diversas fases históricas de cada sociedade, as relações capitalistas de trabalho e de produção foram mudando de forma. Com a complexificação do capitalismo, diferentes necessidades educacionais foram configuradas, continuando a classe trabalhadora a ser predominantemente guiada pelas necessidades da burguesia (RAMOS, 2010).

Com a divisão da sociedade em classes, o acesso e a disponibilidade de alimentos passou a ser progressivamente definido pela classe dominante. Haja vista que o gosto do

homem pelos alimentos não é inato, os interesses do capital contribuíram para a construção de novos significados culturais, distintos entre as classes. Como espaço predominantemente reservado às mulheres ao longo da história, a prática de habilidades culinárias inseriu-se na estratificação do trabalho (CANESQUI e GARCIA, 2005).

Em consonância com a reprodução do modo capitalista, desenvolveu-se a primeira modalidade de escola, separada do trabalho produtivo. Originalmente, a escola estava atrelada às atividades intelectuais e à formação de dirigentes com liderança militar ou política, no sentido de consagrar uma hegemonia ideológica sobre a língua, os fenômenos naturais e as regras de convivência social. Por outro lado, considerava-se que funções manuais deveriam dispensar a escolarização, uma vez que a formação dos trabalhadores se dava concomitantemente ao exercício de suas funções (SAVIANI, 2007).

Saviani (2007) resgata que a partir da industrialização e do êxodo rural consecutivo, os vínculos naturais entre os homens evoluíram para vínculos sociais. A substituição relevante do trabalho manual pela operação de máquinas contribuiu para um incremento de segmentos da indústria e a necessidade de criação de escolas técnicas destinadas à classe trabalhadora (RAMOS, 2010).

O sistema de ensino dividiu-se em escolas de formação geral e em escolas profissionais, em conformidade com as configurações sociais modernas. As profissões passaram a se classificar por nível de complexidade, corroborando com a divisão social do trabalho. Entretanto, a educação da classe trabalhadora continuou vinculada à necessidade de reprodução da força de trabalho como mercadoria, de modo a sustentar as relações capitalistas e consagrar a hegemonia burguesa (RAMOS, 2010).

Com a urbanização, mudanças estruturais e do tamanho das famílias, os padrões alimentares também sofreram ajustes. As indústrias alimentícias começaram a artificializar os alimentos e ampliaram sua disponibilidade sob alegação de que não houvesse escassez, reiterando a necessidade burguesa de manter o homem produtivo. Perdeu-se progressivamente o contato do homem com o ciclo da produção alimentar: sua origem, produção, conservação, armazenamento e transporte. Mais uma vez, o acesso aos produtos alimentícios é variável conforme a classe social. Essas mudanças trouxeram repercussões à saúde da população, com novas manifestações epidemiológicas, muitas das quais também ajustáveis às classes sociais (CANESQUI e GARCIA, 2005).

No decorrer do tempo, os refinamentos político-ideológicos no modo de produção capitalista também complexificaram a escola, consolidando-a na atualidade como meio dominante de educação e sugerindo a ideia de escola pública, universal, gratuita, leiga e

obrigatória. Conforme o contexto social de cada país capitalista, espera-se uma formação unitária básica para o convívio em sociedade e uma formação para inserção no mercado de trabalho, geralmente fragmentada por categorias profissionais com perspectiva técnica (SAVIANI, 2007).

Embora o campo de saber e a prática das profissões de saúde, como a Nutrição, persistam predominantemente marcados pela perspectiva das ciências biológicas, as considerações econômicas, políticas e ideológicas inerentes à posição de classe do indivíduo explicam melhor que os fatores biológicos a distribuição das doenças (DONNANGELO, 1976).

De acordo com a autora, na sociedade capitalista, o processo terapêutico em saúde é constituído por elementos materiais, como medicamentos e equipamentos. Estes são mercadorias produzidas externamente à área da saúde, mas cujo consumo se concretiza nos serviços de saúde. O desenvolvimento tecnológico e a presença crescente do capital na saúde comprometeram a universalização do alcance a essas demandas de saúde e o vínculo entre o indivíduo assistido e o profissional de saúde. Por meio da seleção de patologias e incorporação de tecnologias, a prática profissional em saúde promove atendimento diferencial a determinados estratos sociais, ratificando o caráter da sociedade de classes por responder à acumulação do capital com apropriação da mais-valia.

1.2 ALIENAÇÃO E EMANCIPAÇÃO NAS ÁREAS DE TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Com as relações produtivas inerentes ao capitalismo, a dimensão ontocriativa do trabalho tem sido cada vez mais ocultada e alienada, tendo a mercadoria como fundamento das relações sociais. A propriedade privada nega a essencialidade do homem por colocá-lo em posição inferior à esfera da necessidade de trabalho abstrato para sobreviver, restringindo sua liberdade de autoconsciência social. Em uma sociedade alienada, somente essas necessidades abstratas compráveis com o dinheiro são legitimadas (MÉSZÁROS, 1981).

As formas de alienação nas sociedades capitalistas são expressas social, econômica e intelectualmente. Pela alienação social, os sujeitos veem a sociedade como algo externo, deixando de se reconhecer como produtores das instituições sociopolíticas. Pela alienação econômica, não se reconhecem nas mercadorias ou serviços por eles produzidos e não se percebem reduzidos à condição desumanizada pelo capital. Pela alienação intelectual, os sujeitos não se dão conta de que suas ideias estão ligadas a pontos de vista da classe a que

pertencem e que não são ideias universais, desconsiderando a origem social das ideias e seu próprio trabalho para criá-las (CHAUÍ, 2000). Dardot e Laval (2016) destacam a subjetivação pelo sistema neoliberal, em uma regime de concorrência interindividual no trabalho e na vida em geral, no sentido do egoísmo social, negação da solidariedade e da redistribuição.

Consoante Gramsci *apud* Mello (1997), Estado é o conjunto de aparelhos através dos quais a classe dominante detém e exerce o monopólio legal ou a hegemonia protegida pela coerção. Corresponde ao aparelho de coerção que assegura legalmente a disciplina quando não há consenso espontâneo.

De acordo com Poulantzas (2000), Estado é a condensação material da relação de forças entre as classes dominantes e as dominadas, assim como suas frações de classes, que visam penetrar nos aparelhos estatais. Ele organiza o bloco no poder ao desorganizar continuamente as classes dominadas, prevenindo suas organizações políticas. Logo, consagra a hegemonia ao estabelecer um jogo de compromissos provisórios entre a burguesia e a classe trabalhadora.

No que diz respeito à Sociedade Civil, Gramsci *apud* Mendonça (2011) a define como a configuração de vontades coletivamente organizadas, implicando em consciências sociais e formas de convencimento e consenso ou contrariedade aos interesses burgueses.

Para superação da alienação, toda a estrutura da atividade de vida precisa ser transformada, desde o trabalho cotidiano até a participação sociopolítica, a fim de resgatar o homem de um estado que gera necessidades abstratas, e conduzi-lo ao seu próprio objetivo, que deveria compreender riqueza interior, autoconsciência e autorrealização social. A emancipação humana, que consistiria na liberdade plena do indivíduo, só pode ser conquistada em outra forma de sociedade que ultrapasse os limites da sociedade capitalista. Só quando a humanidade tiver superado qualquer caráter coercitivo do trabalho, será aberto o caminho social para atividade do homem como finalidade humana (MÉSZÁROS, 1981).

Marx (1866) *apud* Moura, Lima Filho e Silva (2015) considera que a educação da classe trabalhadora deve compreender educação intelectual, educação física e instrução tecnológica, sinalizando para a formação integral do ser humano (omnilateral), constituindo a politecnia. A combinação de trabalho produtivo pago, educação intelectual e instrução politécnica elevaria a classe trabalhadora acima do nível da burguesia. Para Kuenzer (2002), a politecnia supõe uma nova forma de integração de vários conhecimentos, de modo a se conhecer totalmente as relações históricas construídas sobre os fatos. Frigotto (2003) compreende a educação omnilateral ou politécnica como o conjunto articulado de categorias filosóficas, pedagógicas e políticas na formação do indivíduo.

Entendido como conquista democrática da sociedade, o Sistema Único de Saúde (SUS), calcado em símbolos éticos como universalidade, integralidade e igualdade, tem atravessado interferências neoliberais alienantes sobre os profissionais e usuários, que comprometem sua efetividade. O movimento de Reforma Sanitária precisa estar vivo e perene, em busca da emancipação, de modo que a classe trabalhadora se apodere do espaço biopolítico e tencione as forças contrárias à permanência de seus princípios.

1.3 AJUSTES NEOLIBERAIS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Na atualidade, políticas sociais já conquistadas nas áreas do Trabalho, Educação e Saúde com bases em um Estado de Bem-Estar Social têm sido fragilizadas diante do caminho progressivo para um Estado com limitação em sua obrigação enquanto papel executivo de suas políticas. Sua função tem convergido para um cunho meramente regulatório, apoiado no modo de acumulação sob hegemonia do capital financeiro, em prol da responsabilização individual dos cidadãos por seu trabalho, educação e saúde e da liberdade de mercado para agentes econômicos nos três setores. Orientado pelo ideário neoliberal, o Estado tem corroborado com a consagração da burguesia de serviços de educação e saúde, em subordinação dos países em desenvolvimento ao domínio político-ideológico e financeiro das grandes potências econômicas.

Geralmente, a lei é utilizada para mediar e ocultar os conflitos de classe, tendendo a reproduzir as posições sociais de subordinação, de modo a substituir a coerção por convencimento e consenso (THOMPSON, 1987). Sob fundamento liberal ocidental, os direitos humanos foram concebidos para vigorar unilateralmente (SANTOS, 2013).

Bobbio (1992) classifica os direitos em gerações proporcionais ao progresso técnico da sociedade: 1ª (direitos civis, primeiras liberdades exercidas contra o Estado); 2ª (direitos políticos); 3ª (direitos econômicos, sociais e culturais); 4ª (pesquisa biológica/genética).

A abolição tardia da escravidão, desprovida de lutas sociais, pode justificar a insipiência no engajamento pela universalização de direitos. Quando direitos civis não foram plenamente alcançados e os direitos políticos são esvaziados de conteúdo, o estabelecimento de direitos sociais tende a ser autoritário ou a justificar governos ao invés de representar cidadãos (BOTELHO, 2012).

A concepção universalista de direitos sociais foi incorporada tardiamente no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988 (TELLES, 1999). Reconheceu como direitos sociais o acesso à saúde, previdência, assistência, educação, moradia, segurança, lazer e

trabalho, institucionalizando um modelo ampliado de proteção social (LOBATO, 2016) universal, uniforme, equânime e democrático, tendo o Estado como provedor. No entanto, a proposta esbarrou em diversos entraves políticos, jurídicos e institucionais, pois suas bases foram frágeis (BAPTISTA, 1998).

A Constituição Federal Brasileira vem sendo questionada sob a forma de emendas ou restrições devido à concomitância entre sua elaboração e mudanças no mundo do trabalho advindas da onda neoliberal que fragilizou os modelos de proteção social e as conquistas sociais em todo o mundo (TELLES, 1999).

Atualmente, o projeto da seguridade social não integra mais uma agenda política de interesse e o projeto de reforma do Estado diverge de seus princípios (BAPTISTA, 1998), despreocupando-se com o aumento da mercantilização das relações sociais e injúrias aos valores relativos à proteção social (LOBATO, 2016). A concepção do Estado de Bem-Estar Social mescla-se com a do Estado Mínimo, com soberania deste último, havendo contradições entre focalização e universalização; assistência e direitos; seguro social e seguridade social; mercantilização e serviços públicos; contratos flexíveis e direitos trabalhistas e sindicais. Sob hegemonia do capital financeiro e da ideologia neoliberal, imperam os valores ultraindividualistas e meritocráticos (FAGNANI, 2015).

Tem sido inculcada a ideologia da falência dos serviços públicos, colocando o mercado em condição prioritária frente ao Estado como estruturador da sociedade e da política, o que desvincula a noção de direitos da justiça e igualdade, associando-os a custos e ônus (TELLES, 1999).

Isso ocorre para justificar o rompimento de um Estado formulador de políticas de desenvolvimento, planejamento, investimentos, dedicado à infraestrutura social e econômica, bem como promotor de serviços sociais públicos (HINKELAMMERT, 2014). No período contemporâneo, verifica-se a transferência da lógica de seguridade para serviços, restringindo o papel do Estado para regulação e financiamento de serviços privados contratados (KESTENETSKY, 2012).

Especialmente nos países em desenvolvimento, os gastos sociais são preteridos das frações do Fundo Público, em função das perversas renegociações da dívida externa que se faz em prol da liberação dos mercados de investimentos (HINKELAMMERT, 2014). Contudo, para Kestenetsky (2012), as políticas sociais podem trazer impactos econômicos positivos, assim como políticas econômicas podem impactar socialmente. Países que resolveram expandir gastos sociais mesmo na existência de crise financeira, vivenciaram menor impacto na redução da atividade produtiva e no nível de desemprego. Segundo Fagnani

(2015), a política social pode ser um importante indutor do crescimento econômico, ampliando a demanda e diminuindo a desigualdade.

No Brasil, as políticas sociais estiveram dependentes de projetos de desenvolvimento econômico de diferentes regimes políticos, impedindo a sustentabilidade na melhoria efetiva das condições de vida e a criação de padrões mínimos de igualdade social. A disparidade com a proposta legal da Constituição Federal é expressa por direitos segmentados, políticas focalizadas de grande potência sem relação com as políticas universais e baixa relação com a política econômica, pavimentando a privatização dentro do setor público (LOBATO, 2016).

Embora tenham propiciado alguma articulação entre políticas econômicas e sociais, com base no neodesenvolvimentismo e que melhoraram alguns indicadores sociais, os governos presidenciais esperados com inclinação à esquerda não enfrentaram substancialmente os problemas estruturais nos retrocessos em direitos sociais. Os progressos sociais recentes não atenuaram a crônica desigualdade social brasileira (FAGNANI, 2015).

Na contemporaneidade, o governo que ascendeu ao poder presidencial por meio de golpe reverbera o projeto de Estado mínimo para os demais níveis de governo, com penalidades aos direitos sociais já conquistados, tendo já concretizado a reforma na Educação, a aprovação da reforma do Trabalho no Senado, e caminhando para reformas na Previdência e na Saúde.

1.3.1 Ajustes neoliberais no trabalho

Embora as relações sociais capitalistas de trabalho e de produção mudem de forma nas diferentes fases históricas de cada país, não perdem sua essência de venda de força de trabalho por salário (CASTRO, 1986).

Na contemporaneidade, a consolidação de um único mercado mundial de dinheiro e crédito por meio de acordos de compensação de juros e moedas e da mobilidade geográfica de fundos, com o domínio de grupos financeiros globalizados, tem trazido repercussões deletérias aos ganhos sociais dos trabalhadores e precarização das relações de trabalho, especialmente nos países dependentes (HARVEY, 2002).

Concedeu-se aos oligopólios o controle de grande número de produtores domésticos, em especial nos países periféricos, maximizando a mais-valia absoluta por meio da superexploração da força de trabalho (PAULANI, 2006).

Para os países dependentes economicamente, as adesões políticas às determinações dos países afluentes são vistas como perspectiva de crescimento, em detrimento da equidade.

No entanto, sob alegação da dívida externa, lhes são impostas austeridades fiscal e monetária, com alocação regressiva de recursos para proteção social da classe trabalhadora, enquanto se concentra renda aos grandes empresários. No neoliberalismo, em países capitalistas afluentes ou dependentes, há a tendência à substituição gradativa do papel executivo do Estado por um papel regulador de mercado, em benefício da burguesia (HARVEY, 2002).

A flexibilidade dos processos de trabalho e padrões de consumo intensifica a instabilidade do trabalhador e o desmonte do poder sindical, sendo viabilizadas formas de trabalho em tempo em tempo parcial, temporário ou subcontratado (HARVEY, 2002). Trata-se de um instrumento de dominação e disciplina dos trabalhadores, bem como controle empresarial do mercado de trabalho e do conjunto da sociedade (CASTRO, 1986).

No contexto de flexibilização dos direitos trabalhistas no neoliberalismo, Luce (2013) explicita as formas de superexploração atuais da força de trabalho, por meio da apropriação pelo capital, do fundo de consumo e/ou do fundo de vida do trabalhador. Elas se dão pela remuneração da força de trabalho por baixo do seu valor, prolongamento da jornada e da intensidade de trabalho, aumento do valor da força de trabalho sem aumento da remuneração.

Na gestão do trabalho, o modelo das competências consolidou-se efetivamente a partir do contexto de acumulação flexível do capital, com propósito de racionalizar a força de trabalho às demandas do mundo empresarial em um cenário globalizado, suscitando formas de produção baseadas em novas concepções gerenciais (DELUIZ, 2001).

Segundo a autora, as novas exigências contemplam competitividade, produtividade, agilidade e racionalização dos custos, requerendo a valorização de maiores níveis de escolaridade na seleção de recursos humanos, a progressão individualizada da carreira baseada no desempenho e que se considere possíveis a empregabilidade e a transferibilidade, dentro ou fora da instituição. Os trabalhadores devem ser polivalentes e atualizados em termos de competências, a fim de serem instrumentalizados para o enfrentamento de riscos, como remanejamento ou mudança de emprego.

As práticas de gestão desse universo administrativo-gerencial do capital têm sido incorporadas pelo Estado contemporâneo e ressignificadas nas políticas públicas. A construção de uma cultura sistêmica de auditoria e regulação inerentes ao gerencialismo tem raízes na psicologia behaviorista, ciências da informação e neurociência (TAUBMAN, 2009 *apud* FREITAS, 2012).

Consoante Freitas (2012), as categorias que compõem o gerencialismo incluem responsabilização, meritocracia e privatização.

A tradução do termo inglês *accountability* pressupõe a responsabilização dos gestores e profissionais, mediante a valorização de instrumentos de gestão que tornam verificáveis normas e desempenhos, que geram resultados a serem avaliados e recompensados com recursos ou remunerações proporcionais, reforçando a concorrência interna e externa (MONS, 2009).

O conceito de meritocracia tem origem na ideologia liberal, que pressupõe igualdade de oportunidades, esperando-se que o empenho e mérito individuais possam corrigir disparidades do início do processo. A categoria privatização é expressa pela concessão ao setor privado da gestão do serviço público, culminando no conceito de público não-estatal (FREITAS, 2012), como se observa atualmente com as relações estabelecidas com Organizações Sociais (OS).

Para Dardot e Laval (2016), a subjetividade neoliberal inclui a assimilação de atitude gerencial pelos trabalhadores, que devem olhar para sua função com os olhos de um gestor, submetendo-se e valorizando a importância de sistemas de controle e avaliação condicionados à obtenção de recompensas e redução de sanções. O mundo do trabalho interiorizou a lógica da competição entre as unidades da empresa em si ou externas, em um contexto no qual o gerenciamento de painéis de desempenho entra em contradição com dimensões não quantificáveis. Efeitos de desmoralização dos trabalhadores acabam tendo consequências na qualidade do serviço, já que a dedicação e a consciência profissional são irrelevantes.

Fragmentada e apassivada, a classe trabalhadora tem seu empoderamento e criticidade limitados, tanto acerca da conversão de indicadores de saúde em metas que desconsideram princípios constitucionais do SUS, como de competências simplistas previstas no processo de trabalho que abordam de forma rasa mesmo a micropolítica dentro de cada equipe de saúde.

Ao invés de se pautar nas demandas do mercado e do capital, a construção de competências deveria abarcar questões como as contradições do mundo do trabalho, os contextos macroeconômicos e políticos, as transformações técnicas e organizacionais, vínculos coletivos e solidários entre os trabalhadores. A mudança na compreensão de mundo advinda do incremento na autonomia e da emancipação nas relações de trabalho convergiria com a justiça social, solidariedade e ética (DELUIZ, 2001).

1.3.2 Ajustes neoliberais na educação

A construção de organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial (BM), foi ao encontro da dívida externa, havendo imposição de condicionalidades econômicas,

políticas e ideológicas aos países dependentes, no sentido de difundir o consenso e convencimento quanto ao ideário neoliberal (PRONKO, 2015).

Uma vez que contam com representantes de cada governo, os organismos internacionais sugerem certa neutralidade. Contudo, são criados por países desenvolvidos, representados por consultores da burguesia hegemônica, que acaba priorizando a lógica neoliberal. Ao conceder crédito, o BM dita as normas de utilização do empréstimo (RIZZOTTO, 2015).

Conforme Pronko (2015), desde a década de 1960, o BM e a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) têm trazido orientações de políticas educacionais que se difundem em especial nos países em desenvolvimento, sob a perspectiva de criação de capital humano e a união entre educação e desenvolvimento econômico.

Na década de 1980, pela estratégia “Educação para todos”, a universalização da educação básica de maneira igualitária foi escamoteada por políticas focalizadas de oferta de educação escolar para populações pobres, como forma de contenção social. Para Pronko (2015), abriu-se a educação superior para o livre mercado mediante parcerias público-privadas sob alegação de facilitar o acesso e atender às diversas demandas de formação profissional, tanto na prestação de serviços privados como na gestão de universidades públicas. A expectativa de mobilidade social por meio do acesso à educação de qualidade por grupos de menor renda foi empregada como argumento neoliberal para se iniciasse a internacionalização do ensino superior, que transformou a educação superior dos países dependentes em um grande mercado submetido às grandes fusões entre grupos educacionais.

Mais recentemente, em 2011, foi lançada a Estratégia “Aprendizagem para Todos”, com a consideração de que a educação deveria ser baseada na aprendizagem e não exclusivamente no sistema educativo formal. Campos alternativos ao meio escolar passaram a adquirir destaque no desenvolvimento de competências, em especial o próprio ambiente de trabalho. Por meio do acúmulo de competências ampliadas, prospectou-se para o indivíduo uma maior chance de integração ao mercado mundial e de ascensão social (PRONKO, 2015).

A influência da teoria do capital humano sobre as reformas educacionais brasileiras se contrapõe a uma educação básica unitária, visto que se baseia no ultraindividualismo neoliberal, desconsiderando que as oportunidades variam conforme a classe social, por meio de uma concepção de educação correlacionada às necessidades do mercado e do lucro. Além disso, o fato de o indivíduo não ser detentor de meios de produção ou não se inserir na burguesia não é considerado, criando-se a ilusão de que o investimento em educação pode permitir a médio ou longo prazo, a mobilidade social (FRIGOTTO, 2001).

O ideário neoliberal considera que os trabalhadores devem estar preparados, pelo acúmulo de competências, para lidar com situações de risco na organização institucional ou no mercado de trabalho, ao passo que os países devem estar alertas às constantes crises financeiras esperadas no capitalismo globalizado (RAMOS, 2011).

Na América Latina, o modelo das competências foi introduzido na área da educação na década de 1990 por influência dos organismos internacionais, que imprimiram suporte às políticas educacionais desses países, com ênfase à teoria do capital humano como justificativa para o desenvolvimento social e econômico (DELUIZ, 2001).

As concepções de educação da Pedagogia das Competências compreendem ideias de construtividade do conhecimento diante de situações desafiadoras e de pragmatismo por ter como referência o contexto da organização do trabalho. Entretanto, a prática utilitária do aprendizado em serviço pode desviar o pragmatismo para o condutivismo, assim como a redução das competências ao alcance de metas de desempenho pode se fragmentar no tecnicismo (FRIGOTTO, 2011).

Percebe-se que a Pedagogia das Competências tem sido veículo de difusão do consenso de acumulação flexível do capital. O acúmulo de competências é propagado como determinante de mobilidade social, contribuindo para o ultraindividualismo e a desmobilização da classe trabalhadora (FRIGOTTO, 2011).

No que tange à ciência, o conhecimento das mais recentes descobertas científicas acerca de técnicas ou produtos específicos reforça a competitividade em um mercado global flexível (HARVEY, 2002), com vantagens de estabelecimento de patentes pelas grandes potências, que detêm mais recursos para articular ciência com tecnologia. Os países periféricos requerem empenho permanente de investimento para se consagrarem no meio científico, restando-lhes predominantemente apenas os bens de consumo que podem replicar (PAULANI, 2006).

A privatização generalizada e contínua da educação brasileira, com subsídios discriminados ao mercado, tornou-se marcante no ensino superior a partir do governo Fernando Henrique Cardoso. Em seguida, pelo governo Lula, o Programa Universidade para Todos (PROUNI) possibilitou importante expansão no acesso ao ensino superior privado por concessão de bolsas de gratuidade ou parciais, recompensadas por isenções fiscais por parte do Estado (CUNHA, 2007).

No entanto, configura-se uma inclusão excludente, tendo a educação superior se apresentado como terceira etapa da educação básica no Brasil e ainda servindo para inserir precariamente o profissional no mercado de trabalho (KUENZER, 2007).

O que se vivencia na contemporaneidade brasileira são uma série de ajustes neoliberais no governo antidemocrático, pós-*impeachment*/golpe, afetando direitos sociais conquistados. Sob pretexto da necessidade de contornar a crise financeira dita como provocada pelo governo Lula/Dilma, a Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016a) foi promulgada a fim de instituir limites máximos de gastos na área de educação para os próximos 20 anos. Em paralelo à sua proposta inicial, havia sido publicada a Portaria Normativa nº 20, de 13 de outubro de 2016, do Ministério da Educação (BRASIL, 2016b), determina a redução do número de vagas em universidades federais. Por outro lado, a grande concentração de renda em posse de uma minoria não sofre remanejamento para solução da alardeada crise.

1.3.3 Ajustes neoliberais na saúde

Com a redemocratização do Brasil, a saúde passou a ser considerada legalmente direito de todos e dever do Estado, criando-se um SUS universal, orientado pelos princípios da integralidade e igualdade. Todavia, a possibilidade de saída da crise econômica dos anos 1980, produzida pelo aumento das taxas de juros americanas e exacerbação da inflação foi providencial para submissão do país às determinações dos organismos internacionais credores. Assim, o BM passou a interferir nas políticas nacionais de saúde especialmente a partir dos anos 1990, contribuindo para ampliação do mercado da saúde (RIZZOTTO, 2015).

Quanto aos impasses na plena concretização da inspiração do Sistema Único de Saúde (SUS) em valores do Estado de Bem-Estar Social, destaca-se o subfinanciamento verificado na comparação internacional, comprometendo o acesso universal e o enfrentamento das iniquidades (FAGNANI, 2015). O crescimento das isenções fiscais e de novos arranjos de interesses do complexo industrial privado de saúde, incluindo a permeabilidade do SUS às Organizações Sociais (OS), dificulta a difusão de uma cultura favorável à proteção social ampliada e igualitária (LOBATO, 2016). Ademais, as questões de saúde não têm sido abordadas em perspectiva que transcenda a agenda setorial, necessária para se lidar com condicionantes políticos e econômicos estruturais (FAGNANI, 2015).

A maioria da população não é inserida em espaços de discussão política, tornando-se cada vez mais refém das alienações do determinismo econômico (HINKELAMMERT, 2014). No que tange à saúde, a prática assistencial hegemônica dos profissionais contribui para a limitação da autonomia do indivíduo em seu autocuidado, que evolui para o enfraquecimento

do protagonismo popular no controle das políticas (BORGES, BAPTISTA e MATTOS, 2014).

Dentre os objetivos neoliberais para a área de saúde, Lima (2010) elenca a abolição da universalidade, da justiça distributiva e do papel executivo do Estado na oferta dos serviços. Embute-se na área da saúde a lógica competitiva de mercado, imbricando a presença de instituições privadas, com a argumentação do excesso de gastos sociais em saúde e insatisfação da população com serviços públicos. Observa-se, no entanto, um aporte regressivo de recursos para a saúde, sempre menor que para os setores econômicos e de infraestrutura, convencendo-se a população de que problemas sociais podem ser resolvidos pelo crescimento econômico (RIZZOTTO, 2015).

Os organismos internacionais trazem, para os países periféricos, recomendações como a focalização de ações em grupos sociais mais vulneráveis; a introdução de mecanismos de mercado para regular a efetividade de custos; a penetração, no setor público, de conceitos de gerenciamento e desempenho usuais no setor privado (LIMA, 2015).

A compreensão do BM sobre os sistemas de saúde nos países periféricos é de que os mesmos deveriam se subdividir em uma vertente privada e outra pública. Segundo Rizzotto (2015), o SUS formal é na prática um sistema público subfinanciado, que não consegue ser para todos e que na prática, é suplementar ao setor privado.

O subsistema privado entendido pelo BM contaria com diferentes modalidades e incorporação tecnológica com cobertura de serviços condicionada à capacidade de compra. Sob o pretexto da impossibilidade de o Estado brasileiro financiar o SUS, diante da transição demográfica e epidemiológica e aumento na demanda por serviços médico-hospitalares, o BM passou a incentivar a saúde suplementar (RIZZOTTO, 2015).

O novo complexo industrial da saúde tem fortalecido a burguesia da indústria farmacêutica, de tecnologias em diagnose e equipamentos hospitalares, bem como de grupos hospitalares, controladores de subsidiárias ou filiais. O consenso biologicista e científico hegemônico tem sido consagrado por meio de estratégias de marketing destinadas aos profissionais de saúde para indicação de insumos ou medicamentos, bem como pressões para o estabelecimento de protocolos clínicos (LIMA, 2015).

O subsistema público, como compreendido pelo BM, compreenderia programas destinados às populações mais vulneráveis, com ações de promoção da saúde de baixo custo e alto impacto, perfil ao qual Rizzotto (2015) reconhece similaridades à ESF.

De acordo com Lima (2015), objetiva-se pela APS, o alcance de um nível mínimo de serviços de saúde, alimentos e educação, prevenção de doenças, saneamento básico,

medicamentos essenciais e educação em saúde. A APS tem sofrido críticas por ser considerada por alguns, uma atenção primitiva e focalizada, ao invés de ser uma atenção essencial ou prioritária de alta qualidade. Sob ideário neoliberal, a confusão semiótica do conceito de universalidade com o de cobertura universal de serviços, veiculados pelo “novo universalismo” é construída com base na preferência por justiça fiscal e crescimento econômico ao invés da justiça social, comprometendo a integralidade em saúde.

No Brasil, mesmo nos governos ditos de esquerda, de Lula (2003-2009) e Dilma (2010-2014) foi corroborado o ajuste neoliberal da saúde. A flexibilização do SUS foi propiciada pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que passou a limitar os gastos públicos com pessoal na área de saúde, caminho que pavimentou o terreno para celebração de termos de parceria com OS, como novas gestoras privadas dos programas e unidades públicas de saúde (LIMA, 2015). O clientelismo, o patrimonialismo (indistinção entre os limites do público e o privado) e o hibridismo de vínculos na saúde são riscos dessa parceria (ANDREAZZI e BRAVO, 2014).

No governo autocrático assumido pelo Presidente Temer, a Emenda Constitucional nº 55 (BRASIL, 2016a) também traz a imposição de limites máximos de gastos na área da saúde. Diversos posicionamentos contrários aos princípios de universalidade e igualdade têm sido efetuados pelo atual Ministro da Saúde, ratificando o papel regulador do mercado em detrimento do papel executor de serviços de saúde pelo Estado.

1.4 INFLUÊNCIAS DO IDEÁRIO NEOLIBERAL SOBRE A CONFIGURAÇÃO DA CIÊNCIA, FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM NUTRIÇÃO

A concepção teórica de Bourdieu (1983) considera o campo científico como um espaço de luta por convencimento hegemônico da sociedade acerca de uma competência científica, constituindo uma espécie particular de capital que pode ser acumulado, compartilhado ou reconvertido em outras espécies. Para o autor, o reconhecimento social e a maximização do lucro científico são proporcionais à originalidade de seus recursos científicos. Em realidade, o capital não é um recurso acumulado, mas uma relação social de disputa pela autoridade científica.

Ao longo da história da humanidade, identificam-se marcos que influenciaram a formação da Nutrição como ciência. O empirismo ou observação popular perdurou até o século XVIII. Descobertas científicas possibilitadas por análises químicas foram expressivas

no século XIX. A biologia, com ênfase em fisiologia e em estudos sobre calorimetria, passou a ser mais investigada no início do século XX (VASCONCELOS, 2010).

Assimiladas pelo positivismo, a biologia e a química foram reconhecidas como leis naturais e invariáveis, independentes da vontade humana, a que deveriam estar submetidos inclusive os fenômenos sociais. Ainda era negado o condicionamento histórico-social do conhecimento e as deduções mecânicas eram satisfatórias à época (LOWY, 1987). Marx pôs em questão tais deduções de causa-efeito, que visualizavam apenas a aparência do objeto científico, sua parcialidade, apartada das contradições reais, e não sua essência, sua totalidade de mediações sociais e históricas (NETTO, 2011).

A forma societária do capital, maximizada com a Revolução Industrial, foi decisiva para a emergência histórica mundial da Nutrição como ciência, no século XVIII. Contudo, sua consolidação efetivou-se no período entre as duas Guerras Mundiais (1914 a 1945), quando novos conhecimentos científicos sobre a alimentação humana foram propagados entre diversos países (VASCONCELOS, 2010), mediante a transposição de fronteiras viabilizadas pela expansão das relações capitalistas.

Acuña e Cruz (2003) resgatam a necessidade estratégica de se garantir a provisão de gêneros alimentícios durante a Primeira Guerra Mundial, que conduziu a investigações sobre o valor nutricional dos alimentos e de métodos de conservação e distribuição, trazendo avanços para a medicina clínica e social, mas também para a indústria de alimentos e ampliação do capital.

No Brasil, conforme Vasconcelos (2002), o estabelecimento de uma sociedade capitalista urbano-industrial a partir da Era Vargas, entre 1930 e 1945, deu suporte à emergência do campo científico nacional da Nutrição.

Haja vista que o campo da Nutrição tem o alimento como elemento essencial, as características atribuídas à profissão guardam proximidade com o papel social desempenhado pela mulher na sociedade patriarcal capitalista, sugerindo influências de gênero na identidade atribuída ao nutricionista. Cabe mencionar que as profissões femininas pioneiras na área da saúde foram Enfermagem e Nutrição (APERIBENSE e BARREIRA, 2008).

Mediante a criação dos quatro primeiros cursos no País, na década de 1940, a consolidação da ciência da Nutrição deu-se de uma forma bifurcada em duas perspectivas. A perspectiva biológica, vinculada aos aspectos clínico-fisiológicos relacionados ao consumo e biodisponibilidade dos nutrientes, deu origem à Dietoterapia (Nutrição Clínica) e à Nutrição Básica e Experimental. A perspectiva social, vinculada a aspectos relacionados à produção,

distribuição e consumo de alimentos pela coletividade, resultou na Alimentação Coletiva e na Nutrição em Saúde Coletiva (VASCONCELOS, 2010).

Cabe ressaltar a influência do médico pernambucano, Josué de Castro, que se dedicou à investigação de agravos nutricionais de uma forma mais abrangente, integrando as perspectivas biológica e social, por meio da abordagem causal das deficiências nutricionais segundo dimensões bioquímicas, sociais e econômicas. As publicações do pesquisador, denominadas *Geografia da Fome* e *Geopolítica da Fome: Ensaio sobre os problemas de alimentação e de população do mundo* tiveram projeção internacional (ACUÑA e CRUZ, 2003).

Em sua emergência enquanto campo científico no Brasil, a Nutrição foi incluída nas Ciências da Saúde, caracterizando-se inicialmente, como uma ciência de natureza biológica. Posteriormente, foram agregadas dimensões socioculturais e ambientais, ampliando-se a percepção sobre Nutrição como campo de conhecimento multidisciplinar, constituído pela integração entre Ciências Biológicas, Sociais, Humanas, Econômicas, dos Alimentos e Nutrição. Em virtude da complexidade e multidisciplinaridade em sua constituição, a ciência da Nutrição imbricou-se com áreas de conhecimento como Medicina, Enfermagem, Farmácia, Bioquímica, Agronomia, Administração, Economia, Sociologia, Tecnologia e Engenharia de Alimentos (VASCONCELOS, 2010). No entanto, a alocação dos cursos de graduação em Nutrição e seu referencial teórico majoritário parecem ainda se inclinar para o campo biomédico.

As “DCN dos Cursos de Graduação na Área de Saúde”, expostas no parecer CNS/CES 1133/2001 do Ministério da Educação (MEC), referenciam a constituição vigente de cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição (BRASIL, 2001).

Dentre os documentos norteadores das DCN dos Cursos de Graduação na Área de Saúde, são citadas como referências: a Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica do SUS, de n.º 8080, de 19/09/1990; a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de n.º 9394, de 20/12/1996; a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior da UNESCO, de 1998; documentos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), da OMS e da Associação Brasileira Rede Unida; e instrumentos regulamentadores do exercício das profissões da saúde.

Verificam-se contradições na gênese dessas DCN, em virtude da presença de marcos constituintes de direitos sociais e de associação voltada para promoção e educação em saúde em uma mediação ideológica com legislações ou organismos internacionais que têm o capital como direcionador das políticas propostas.

Uma vez que foram abarcadas diretrizes para três cursos distintos de graduação, inclusive a Medicina (área com diferenciação social elitista no acesso e na atuação profissional, bem como autoridade científica hegemônica em saúde), pode ter havido dificuldades em se gerar um documento homogêneo.

Com isso, embora haja referências a legislações que sustentem o direito universal à saúde, constituído por determinantes sociais, predominam as influências de organismos internacionais orientadores de ajustes neoliberais da educação e da saúde em países periféricos como o Brasil.

Alguns fetiches mercantis da ideologia do capital humano, como competências e flexibilidade, recebem certo destaque no parecer do MEC para as três categorias profissionais contempladas. No documento analisado, o argumento para a busca permanente por competências demandadas em flexibilidade às rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional é a necessidade de desconstruir concepções anteriores da formação do profissional de saúde, criticando-se o hermetismo das grades curriculares pregressas. Conforme Kuenzer (2007), o termo flexibilidade é utilizado para mascarar a utilização predatória do profissional no mercado de trabalho.

Para o nutricionista, as DCN afirmam almejar uma formação generalista, humanista e crítica, a fim de instrumentalizá-lo para atuar na promoção, manutenção e recuperação da saúde da população, por meio da segurança alimentar e atenção dietética.

Elaborados por meio de consenso, documentos políticos tendem a ser fluidos e marcados por contradições, o que se verifica pela presença da Pedagogia das Competências na apresentação inicial das DCN e um caráter mais integral recomendado para a formação do nutricionista.

Segundo Costa (2015), uma formação generalista possui caráter polissêmico, trazendo a dubiedade entre a constituição de um profissional apto a atuar nas diversas áreas de atuação da Nutrição e de um profissional detentor de conhecimentos em grau de generalidade da Nutrição sobre as diversas relações em sociedade.

Ao pressuporem uma formação crítica, as DCN apontam para que os problemas de saúde e nutrição sejam entendidos pelos nutricionistas em formação, com base nas determinações sociais, econômicas, políticas e culturais.

Nas DCN, os conhecimentos requeridos para atuação em Saúde Coletiva consistem em: contribuir para promover, manter e/ou recuperar o estado nutricional de indivíduos ou grupos populacionais; atuar em políticas e programas de educação, segurança e vigilância nutricional, alimentar e sanitária, visando à promoção da saúde; realizar diagnósticos e

intervenções na área de alimentação e nutrição, considerando os determinantes socioculturais e econômicos sobre a disponibilidade, consumo e utilização biológica dos alimentos; reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência; investigar e aplicar, na interdisciplinaridade, conhecimentos com visão integral do ser humano.

Costa (2015) aponta que a visão integral em nutrição e em saúde pressupõe transcender a determinação biológica do consumo do alimento no organismo, sendo essencial a interdisciplinaridade com as ciências sociais e humanas para a compreensão dos diversos condicionantes e determinantes sociais de vida, nutrição e saúde.

Contudo, se contrastadas com as definições condensadas no documento geral das DCN para as três categorias profissionais consideradas (Medicina, Enfermagem e Nutrição), as orientações específicas para a graduação neste último curso, não veiculam tão claramente as influências neoliberais. No tocante à formação na área de Nutrição em Saúde Coletiva, até parece assumir proximidade a uma perspectiva omnilateral.

Já algumas atividades mencionadas na formação em áreas de Alimentação Coletiva, Indústria de Alimentos e de Nutrição em *Marketing* em Alimentação e Nutrição, que estão associadas à ampliação do mercado em saúde e ao risco de conflito de interesses, são notavelmente construídas sob o ideário neoliberal.

Segundo o documento do MEC, ciências biológicas e da saúde; ciências sociais, humanas e econômicas; ciências da alimentação e nutrição; e ciências dos alimentos abrangem os conteúdos essenciais para a graduação em Nutrição. A sequência relatada sugere a compreensão pelas DCN de que a Nutrição é um curso e uma profissão predominantemente da área biomédica.

A formação complementar eminentemente prática é evidenciada no documento, por meio de estágios curriculares, com supervisão docente e nutricionistas preceptores, compreendendo 20% da carga horária total do curso de graduação, em pelo menos três áreas de atuação (Nutrição Clínica, Saúde Coletiva e Alimentação Coletiva). Práticas independentes do estudante, como monitorias e estágios extracurriculares, programas de iniciação científica e de extensão também são mencionados, destacando-se a importância da articulação entre ensino, pesquisa e assistência.

Devido à peculiaridade do componente vivo do trabalho em saúde e por críticas ao currículo por disciplinas, o SUS mostra-se um campo pedagógico permeável à Pedagogia das Competências. Constitui a articulação teoria-prática, convergindo para a resolução de problemas reais, com tempos e recursos definidos pelos próprios serviços de saúde,

enfatizando-se concepções como o tecnicismo e pragmatismo. A aprendizagem predominantemente baseada nos problemas como ferramenta de formação do profissional de saúde pode incorrer no uso experimental ou instrumental da teoria.

Na contemporaneidade, as áreas de atuação profissional reconhecidas pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) abrangem: Saúde Coletiva, Alimentação Coletiva, Nutrição Clínica, Docência, Indústrias de Alimentos, Nutrição em Esportes e Marketing na área de Alimentação e Nutrição (CFN, 2005).

Conforme Birman (2005), o papel da Saúde Coletiva é reestruturar a Saúde Pública por ênfase à dimensão histórica, de modo a transcender o modelo biomédico hegemônico de produção científica e atenção à saúde. Requer interdisciplinaridade, escuta qualificada e visa à ação política, com reforma do Estado.

Para Luz (2007), o paradigma da saúde ainda exibe uma aparente homogeneização de sentidos e significados nos discursos e práticas dos profissionais de saúde e usuários do SUS em torno do modelo biomédico em representação ao que é normal ou patológico, influenciando sobremaneira as políticas públicas de saúde sob essa concepção.

A atuação do nutricionista na área de Saúde Coletiva, é fundamentada pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 e atualizada em 2011 (BRASIL, 2013). O documento resgata a atribuição da alimentação como fator condicionante e determinante da saúde, conforme a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), bem como sua inclusão, em 2010, pela Emenda Constitucional nº 64, como direito humano, que culminou na publicação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) (BRASIL, 2010).

A PNAN (BRASIL, 2013) considera a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde, por meio da compreensão, pelos profissionais de saúde, de que os hábitos, simbolismos, cultura e identidade alimentar são construídos com sentidos sociais pelos indivíduos, famílias e grupos populacionais.

A transição nutricional vivenciada pela população brasileira nas últimas décadas, com diminuição da fome e da desnutrição, e por outro lado, aumento progressivo do excesso de peso e obesidade, exibe um cenário epidemiológico com destaque a doenças crônicas correlacionadas às condições de alimentação e nutrição (BRASIL, 2013).

Vasconcelos (2010) alerta sobre o processo contemporâneo de fragmentação ou especialização dos objetos específicos das grandes áreas de atuação profissional do nutricionista.

Na área de Nutrição em Saúde Coletiva, o profissional tem ampliado e consolidado sua atuação no campo das políticas públicas, como na ESF. Sua atribuição consiste em integrar-se às demais especialidades do NASF e realizar o matriciamento das equipes ESF em Alimentação e Nutrição, sob as dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica (BRASIL, 2014b).

Na área de Nutrição Clínica, há subáreas de atuação por patologias, grupos etários ou outras especializações. Nesta área, o conceito de alimento funcional tem sido difundido, como aquele que com alegações de propriedades funcionais ou de saúde, além de suas propriedades nutricionais básicas, pode produzir efeitos benéficos à saúde, como a prevenção de doenças crônicas (ANVISA, 1999).

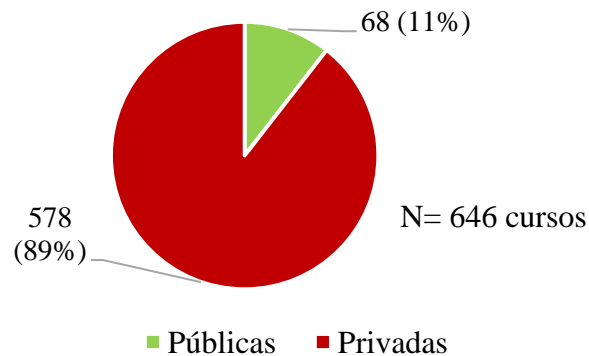
A Nutrição Funcional é um dos segmentos mais em voga da Nutrição Clínica, que emprega o rastreamento metabólico para investigação de sinais e sintomas associados a hipersensibilidades alimentares, déficits ou toxicidade de micronutrientes, em conformidade à individualidade bioquímica do sujeito. Considera saúde como um estado de vitalidade positiva, onde o primeiro ambiente de prevenção ou intervenção deve ser a microbiota intestinal (PASCHOAL, NAVES e FONSECA, 2010).

Outras especializações contemporâneas, dentro da fração dietoterápica da Nutrição compreendem a Nutraceutica (ciência que investiga a influência de componentes fitoquímicos dos alimentos e plantas medicinais sobre a saúde) e a Nutrigenômica (ciência que estuda as repercussões de nutrientes específicos para o código genético de cada indivíduo, com vistas à prevenção de gatilhos às predisposições de agravos à saúde) (VASCONCELOS, 2010).

Depreende-se que a Nutrição Clínica, em suas diversas frações contemporâneas, preserva sua hegemonia: na formação profissional e produção científica com influência das indústrias; na atuação profissional, por estar imersa no livre mercado, vulnerável às diversas mídias e incorporação tecnológica de recursos diagnósticos e produtos alimentícios.

Baseado no Cadastro e-MEC de instituições e cursos de educação superior (BRASIL, 2018), verifica-se a existência de 646 cursos de Nutrição no País e 73 cursos no Estado do Rio de Janeiro, distribuídos por tipo de instituição (pública ou privada), nos Gráficos 1 e 2, a seguir:

Gráfico 1: Distribuição dos cursos de graduação em Nutrição no Brasil, por tipo de instituição (pública ou privada), em fevereiro de 2018

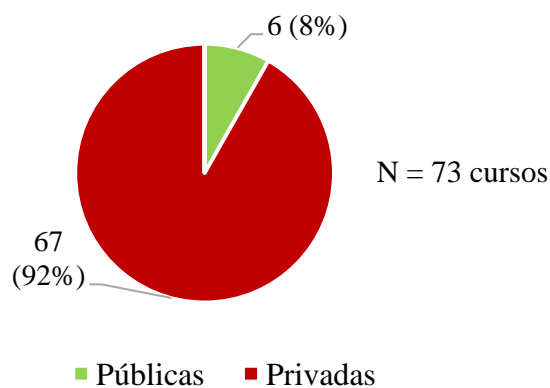


Fonte: Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Nível Superior (BRASIL, 2018)

No Brasil, os 68 cursos públicos de graduação em Nutrição são oferecidos por 50 universidades federais e 9 estaduais, sendo presenciais em sua totalidade. Os 578 cursos privados são viabilizados por 385 instituições, havendo 26 cursos disponíveis na modalidade Educação a Distância (EaD).

Como se pode constatar no Gráfico 2, no Estado do Rio de Janeiro, há 6 cursos públicos e presenciais de graduação em Nutrição, oferecidos por 3 universidades federais – UFRJ, Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – e 1 estadual, a UERJ. Já os 67 cursos privados são viabilizados por 25 instituições, sendo 3 deles na modalidade EaD.

Gráfico 2: Distribuição dos cursos de graduação em Nutrição no Estado do Rio de Janeiro, por tipo de instituição (pública ou privada), em fevereiro de 2018



Fonte: Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Nível Superior (BRASIL, 2018).

O ensino superior privado tem mais chances de afastar o indivíduo de uma formação mais avançada que promova discussões críticas sobre a conjuntura social, corroborando com sua aproximação do mercado privado. Constata-se que o modo de produção informa o modelo de educação existente no Brasil (KUENZER, 2007), em convergência com o capital dependente de países centrais.

Cabe colocar o posicionamento contrário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) a respeito da autorização pelo MEC de cursos de graduação na área da saúde, na modalidade EaD, considerando riscos à qualidade em sua formação e desintegração com o ensino, serviço de saúde e comunidade, tendo o SUS a responsabilidade constitucional de regular os recursos humanos da saúde (BRASIL, 2016c).

No que tange especificamente ao Estado do Rio de Janeiro, COSTA (2015), em sua tese de Doutorado, analisou currículos de cursos de graduação em Nutrição, além de documentos de entidades de classe dos nutricionistas, com o propósito de reconhecer a presença do campo das ciências sociais e humanas em seus referenciais. Foram investigados os currículos das instituições de ensino superior públicas, UERJ, UFF, UNIRIO, e da instituição privada de ensino, a Universidade Veiga de Almeida (UVA).

Os discursos teóricos voltados para o campo das ciências sociais e humanas não culminaram em projetos político-pedagógicos efetivos dos cursos. O vínculo das disciplinas com dimensões sociais, culturais e macroeconômicas não foi considerado longitudinal ou interdisciplinar, corroborando a hegemonia biomédica pelo enfoque clínico, terapêutico e técnico. Aspectos pedagógicos permanecem deslocados para competências e habilidades na qualificação desses profissionais.

1.4.1 Conflito de interesses entre as indústrias de alimentos e farmacêutica e a ciência da nutrição

Conforme Poulain (2013), para que os problemas de saúde sejam considerados como questões políticas, é necessária uma brecha política dentro de uma lógica de interesses e relação de forças pela detenção de fluxos de informações. A denominada teoria do agendamento político pressupõe a passagem por três correntes: dos problemas, das soluções e da política. Na corrente dos problemas, a ciência tem papel crucial para construção de visibilidade e crédito ao problema, com base em indicadores epidemiológicos e econômicos. Na corrente das soluções, cabe aos atores da saúde pública o convencimento político sobre a

existência de intervenções viáveis. A corrente política é expressa pela implantação de políticas públicas. A tomada de decisões é facilitada em especial por movimentos sociais.

Cabe lembrar que no capitalismo, a ciência tem sido colocada a serviço da visão de sociedade, afastando-se ainda mais da utopia de neutralidade quanto aos conflitos sociais. O ideário neoliberal tem repercutido inclusive sobre a produção do conhecimento, com influências da globalização e da lógica mercantil sobre a ciência e a pesquisa, em especial na área da saúde (LANDER, 2008). Consagra-se a lógica de dominação das grandes potências do capitalismo detentoras de patentes sobre os países em desenvolvimento, como o Brasil, que se restringem a replicar seus produtos como bens de consumo (PAULANI, 2006).

O segmento científico e de atuação profissional em Nutrição hegemônico tem sido o da Dietoterapia ou Nutrição Clínica, que parece ser o mais tocado pelas indústrias de alimentos e farmacêutica, cujos interesses são diferenciados, consoante Poulain (2013). Para o autor, a indústria alimentícia busca a consolidação da obesidade e doenças crônicas, trazendo alegações inapropriadas sobre possíveis benefícios à saúde mediante o consumo de seus produtos, de modo a não ser claramente associada à sua causalidade. A indústria farmacêutica visa à patologização, com pressões para alterações nos pontos de corte para definição de doenças, de modo que mais pessoas se enquadrem nas classificações, ao encontro de seus investimentos.

Ambas indústrias financiam pesquisas científicas em áreas de interesse que podem ser usadas como *marketing* de seus produtos, ou seja, direcionam as ciências da saúde aos interesses econômicos, prejudicando a educação sobre o cuidado e a saúde da população. Contudo, a presença de relações de interesses mercadológicos na política e nas pesquisas científicas costuma estar oculta para a sociedade (POULAIN, 2013).

Palma *et al* (2014) analisaram o discurso existente em *sites* de organizações científicas voltadas para o enfrentamento do excesso de peso e obesidade e se depararam com a presença de conflitos de interesse nas relações das mesmas com empresas financiadoras de prêmios ou eventos. Três das sete instituições científicas analisadas apresentavam associação com indústrias de alimentos ultraprocessados. Apareceram incoerências entre os discursos das organizações científicas, que possuem grande influência sobre a saúde da população, quanto à promoção de comportamentos saudáveis e as relações estabelecidas com o mercado que traz riscos à saúde. Voloshinov *apud* Mc Nally (1999) ressalta que os signos expressos na língua transbordam de acentos contraditórios, na tentativa de convencimento da classe dominada.

À luz da teoria marxista da cultura, os estratagemas das indústrias consolidadas no bloco do poder e intencionadas pela maximização de lucro, têm sido base para determinação

da superestrutura da sociedade, em termos das verdades culturais sobre o campo científico da Nutrição e as práticas alimentares assimiladas como ideais pelos indivíduos, em especial, da classe trabalhadora (WILLIAMS, 2011).

Ainda por influência da indústria, pela preservação de um neopositivismo na área da saúde e ultraindividualismo típico do neoliberalismo, no interior do campo científico da Nutrição, a área da Nutrição Clínica mantém seu status de hegemonia. Gramsci *apud* Williams (2011) entendia hegemonia como a exploração tão profunda de alguma concepção que chega a saturar a sociedade, consolidando-se no senso comum da população a quem exerce influência, a qual, por sua vez, acomoda os sentidos e valores da cultura dominante.

1.4.2 Fragilidade na regulação de indústrias de alimentos e biotecnológicas

Por regulação governamental entende-se a imposição de regras à ação de atores privados que atuam em determinados mercados (PCRJ, 2015b).

Existem na atualidade grandes monopólios internacionais do agronegócio incorporado de biotecnologia, que dominam a patente sobre áreas plantadas com sementes geneticamente modificadas e/ou contendo defensores agrícolas, como a Basf®, Bayer®, Monsanto®, Syngenta® e Novartis®. Lander (2008) alerta quanto à fragilidade na regulação da indústria biotecnológica nos EUA e à permissividade para ampliação do cultivo de alimentos contendo Organismos Geneticamente Modificados (OGM), sem a condução de investigações sistemáticas sobre seus efeitos na saúde e no ambiente.

Ao priorizar a acumulação flexível do capital, reforçando a dominação pelas grandes potências e a consagração na burguesia das indústrias de alimentos e biotecnológicas, desconsidera-se o princípio da precaução, que deveria visar à proteção da diversidade biológica e da saúde humana em relação aos danos advindos da incorporação de OGM (RIBEIRO e MARIN, 2012). Grandes redes de supermercados espalhados globalmente, inclusive em países dependentes, estipulam requisitos para aquisição de alimentos em consonância com os grandes detentores das sementes patenteadas.

A indústria de alimentos emprega a comunicação mercadológica para divulgação de produtos e modificar ou reforçar atitudes e hábitos alimentares. Suas estratégias contemplam apelo à saúde, apelo emocional, estímulos aos sentidos, oferta de brindes, participação de celebridades e personagens, preços promocionais e *jingles*. Apesar do respaldo legal pelo Código de Defesa do Consumidor, a abusividade e enganiosidade estão presentes em muitas práticas de *marketing* da indústria de alimentos (PCRJ, 2015b).

1.4.3 Construção de consenso em nutrição pela mídia

A Nutrição tem sido bem explorada por diversas mídias impressas, digitais e sociais, criando sentidos coletivos que influenciam o padrão alimentar dos seus usuários, reelaboradas conforme afetividade, ideologia, estrutura socioeconômica e cultura. Pode-se construir ou romper com paradigmas no senso comum sobre alimentação e nutrição. Sugere-se certa fragilidade e volatilidade no saber comum sobre práticas alimentares saudáveis (TEO, 2010), vulnerabilizando a população às alegações equivocadas da mídia e da publicidade da indústria de alimentos.

Na contemporaneidade, com a expansão do acesso a *Internet*, as redes sociais têm exercido papel crucial no comportamento das pessoas, com relações presenciais transferidas, possibilitando trocas instantâneas de informações entre usuários com diversos interesses e culturas. O *Instagram* é uma das redes sociais com maior potencial influenciador midiático sobre dicas alimentares ou de suplementação, sendo utilizado por não-profissionais da área da saúde, algumas com estética e compleição física idealizadas pelos usuários, ávidas pelo aumento do número de seguidores. O *marketing* da indústria de alimentos e farmacêutica é frequentemente associado a esses perfis da rede social (CORRÊA, 2013). A graduação, a educação continuada e a prática do profissional em Nutrição Clínica têm sido progressivamente tocadas pelas inovações nos dois segmentos da indústria, incluindo produtos alimentícios, fitoterápicos e suplementos.

Na contramão desses desserviços produzidos nas mídias, o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a) tem enfrentado a indústria de alimentos, ao preconizar o resgate de uma alimentação natural, a redução no consumo de alimentos processados e o desestímulo aos alimentos ultraprocessados. Considera uma visão ampliada sobre alimentação saudável, agregando ao valor nutricional as dimensões culturais e sociais que influenciam o bem-estar das pessoas; a adaptabilidade da alimentação com o cenário da evolução da alimentação e das condições de saúde da população; a necessidade de um sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável.

2. A HISTORICIDADE DA ESF/NASF NO BRASIL E O NUTRICIONISTA: EM BUSCA DA CONCRETICIDADE DO OBJETO

A redemocratização propiciada pelo retorno das eleições diretas foi também resultante de forças envolvidas no Movimento Sanitário Brasileiro, que culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco histórico em termos de participação da comunidade e de técnicos na discussão sobre a política de saúde. Em seu relatório, saúde é entendida como um direito resultante de diversas condições dignas de vida, como alimentação, educação, trabalho, emprego, meio ambiente e renda (BAPTISTA, 2007). Por meio do SUS, o Estado assumiu legalmente a saúde como seu dever, inserido em uma estrutura de proteção social universal, justa, equânime e democrática (BRASIL, 1988).

No entanto, efetivamente, trata-se ainda de uma reforma em construção, com muitos desafios a enfrentar, uma vez que a emergência ideológica neoliberal em concomitância a sua formulação tem ido de encontro aos princípios e diretrizes do SUS, e ao encontro do mercado e consagração da burguesia de serviços de saúde, com financiamento regressivo no setor saúde e emissão de políticas e legislação tributária favorável a serviços privados (BAHIA, 2009).

A partir da década de 1990, a confluência de forças oriundas de sanitaristas, gestores, profissionais de saúde e agências internacionais, como BM e Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda que com propósitos diversos, visando ora à justiça social, ora à limitação da cobertura de serviços, deu-se destaque à APS como forma de reorientação do modelo de atenção à saúde no País (MACHADO et al, 2008; LIMA, 2015). Com o processo de descentralização recomendado pelo SUS, os municípios brasileiros já vinham construindo experiências locais, de organização da atenção, com foco na APS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Consoante Starfield (2002), APS corresponde ao nível do sistema de saúde que constitui a base, o primeiro ponto de contato e determina o trabalho dos demais níveis de atenção em saúde. Acesso, vínculo, coordenação de cuidados em saúde de modo longitudinal e integral no contexto da família e da comunidade traduzem alguns de seus atributos.

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) regulamentou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como proposta de organização das práticas de atenção básica, incorporando ACS, moradores da comunidade, que atuassem numa área de abrangência territorial definida, tendo a família e o domicílio como unidade de atenção, sendo

seu trabalho supervisionado e avaliado por enfermeiros (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Inspirado pelo impacto positivo das ações do PACS sobre os indicadores de saúde como mortalidade infantil e materna, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, o MS implantou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), pelo qual inicialmente se almejava ampliar a cobertura de serviços de saúde principalmente nas áreas mais vulneráveis do país. Tratava-se de um contexto contraditório pós-Reforma Sanitária e de incremento de forças neoliberais no País, com disputas entre a ampliação ou minimização do Estado na proteção social. Algumas críticas foram suscitadas quanto à seletividade do PSF, em meio às políticas focalizadoras do governo federal (MATTOS, 2002).

Não obstante, nos anos subsequentes, o PSF passou a ser priorizado pelo governo federal, enfatizando em maior escala o caráter substitutivo das práticas tradicionais de saúde, orientado por práticas democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a um maior número de usuários e famílias, em um processo de reforma incremental do SUS. Assim, começou a superar sua formulação inicial limitada à expansão da cobertura de serviços de saúde, adotando como propósito a reorganização do modelo de APS (MATTOS, 2002).

Com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96, foi estabelecida nova modalidade de transferência direta do Fundo Nacional de Saúde para fundos municipais e estaduais, o que incentivou mudanças no modelo e no financiamento da APS, corroborando o PSF como prioridade (BRASIL, 1996).

Em 10 anos de ampliação do PSF, o MS decidiu promovê-lo para fins regulatórios como estratégia de abrangência nacional, inserido na PNAB, com vistas ao alcance de princípios e diretrizes do SUS e concepções da APS, como universalização do acesso, integralidade e longitudinalidade do cuidado, participação social, territorialização, equipe multidisciplinar, acolhimento, vínculo e responsabilização (BRASIL, 2006).

A ESF caracteriza-se pelo trabalho em equipe multiprofissional, composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, podendo acrescentar a esta composição, cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição (BRASIL, 2006).

Com a expansão da ESF, experiências foram desenvolvidas por alguns municípios, com o objetivo de dar suporte às ações realizadas pelas equipes de saúde da família. Foram criadas novas formas de organização na RAS, como: grupos de apoio ou equipes de

supervisão, compostas por diversas categorias, de acordo com as necessidades de saúde local. Este processo pode ter sido um dos elementos impulsionadores para a criação do NASF (SILVA, 2012), regulamentado pela Portaria MS/GM 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

A proposta do NASF refletiu tensões progressas de enfrentamento da garantia de efetividade e resolutividade das ações realizadas na APS, como o financiamento regressivo da atenção especializada, reivindicação antiga dos secretários de saúde. O financiamento para o NASF seria uma alternativa, principalmente em municípios de pequeno porte, que não possuem a retaguarda da atenção especializada (SILVA, 2012).

Em 21 de outubro de 2011, a PNAB foi atualizada pela portaria nº 2.488, que estabeleceu mudanças como o incentivo financeiro condicionado a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da APS e a inclusão de outras categorias e mudanças na carga horária dos profissionais no NASF (BRASIL, 2012a).

Cabe apontar novamente, na atual conjuntura de desmontes sociais sob alegação de crise econômica pelo governo Temer, a revisão abrupta da PNAB, que sugere a flexibilização do trabalho e da composição das eSF, o hibridismo de vínculos profissionais, a possibilidade de matriciamento sem a presença do NASF, qualificação profissional com base em competências e problematização, ênfase a ferramentas gerencialistas e mercantis de monitoramento e gestão.

2.1 PROCESSO DE TRABALHO NO NASF

O NASF tem sido implementado como uma possibilidade de aumentar a amplitude e resolutividade da atenção, com a inserção de outros profissionais, constituindo-se por uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam nos territórios de responsabilidade das eSF. A composição da equipe do NASF é definida pelos gestores municipais, em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas, perfil epidemiológico da população e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2008).

Pode ser organizado em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. No NASF 1, os profissionais de nível superior os componentes da equipe devem ter um somatório de cargas horárias semanais de no mínimo 200 horas, sendo que individualmente, cada profissional poderá ter carga horária de 20h até 80h semanais. Na configuração do NASF 2, o somatório

de cargas horárias para a equipe deve ser de até 120h, praticadas individualmente por cada integrante, com 20 a 40h semanais. Os limites para eSF matriciadas por equipes NASF 1 são de 5 a 9 equipes, enquanto que para as NASF 2 são de 3 a 5 equipes² (BRASIL, 2014b).

A orientação do trabalho do NASF leva em consideração o referencial teórico-metodológico do apoio matricial às eSF, no sentido de enfrentar situações comuns em um dado território com vistas à integralidade, pelo olhar ampliado de profissionais de núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes generalistas de APS. Assim sendo, o NASF constitui-se como retaguarda especializada para as eSF, exercida em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica (BRASIL, 2014b).

O apoio matricial técnico-pedagógico compreende o suporte à gestão, construção de projeto terapêutico singular, projeto de saúde no território e educação continuada das eSF, baseados no viés específico de cada categoria inserida no NASF, ao passo que a dimensão clínico-assistencial se dá por meio da inserção em atendimentos, visitas domiciliares e grupos educativos em saúde (BRASIL, 2014b).

Pela dimensão clínico-assistencial, o NASF tem na clínica ampliada o conceito norteador das ações, que pode ser definida como uma clínica que consiga compreender de forma integral o processo de adoecimento e sofrimento do usuário, requerendo acolhimento e escuta qualificada sobre a história de vida e familiar, de modo a se construir uma relação de vínculo e confiança, entendendo de que forma as pessoas estabelecem relação com seus problemas de saúde (CAMPOS, 2003).

Cabe apontar a opinião de Campos (2000) de que não há como pensar a superação do paradigma biomédico sem a contribuição da própria clínica, utilizando-se estritamente os aportes da Epidemiologia e das Ciências Sociais. Para romper com a hegemonia médica, é preciso intermediar com a Clínica e não a desconsiderar, uma vez que é por ela em que os usuários exercem seu ato de democracia, ao frequentarem os serviços de saúde.

Os elementos constituintes da agenda do NASF pressupõem: reuniões de matriciamento com as eSF; atendimentos individuais, visitas domiciliares e atividades coletivas (específicos e compartilhados com outros profissionais); elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente; reunião entre os profissionais do NASF e, se possível, com profissionais de outros Núcleos e de outros pontos de atenção do município (BRASIL, 2014b).

² Limites atualizados pela Portaria nº 3.124/2012, reduzindo-se o número de equipes matriciadas pelo NASF, de modo a favorecer a fixação desses profissionais na ESF.

A despeito das potencialidades decorrentes da chegada de novos profissionais na APS, mediante sua incorporação ao NASF, alguns desafios são esperados, como a formação profissional distanciada da interdisciplinaridade e do apoio matricial; a predominância da lógica da atenção centrada na doença pode contribuir para que haja pressão das eSF ou da população por atendimentos individuais; e a dificuldade de ampliarem suas possibilidades de atuação para além das ações específicas de seu núcleo de saber (BRASIL, 2014b).

São muitas as possibilidades de composição do NASF e devem levar em conta o perfil epidemiológico da população adscrita, podendo abranger especialidades médicas como ginecologia, pediatria, psiquiatria, geriatria, acupuntura; assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, sanitarista e nutricionista (BRASIL, 2014b).

2.1.1 Inserção do Nutricionista no NASF

Desde sua formulação, o NASF já contemplava ações de alimentação e nutrição, entendidas como prioritárias na agenda pública, sendo o nutricionista inserido em suas equipes com vistas à capilarização das diretrizes da PNAN nos diversos territórios. O apoio matricial na área potencializa as ações de vigilância alimentar e nutricional, com identificação dos casos de insegurança alimentar e nutricional e definição de estratégias de ação (SILVA, 2012).

A prevenção e o cuidado voltados para agravos nutricionais permitem a reflexão sobre a alimentação cotidiana da população, incorporando a culinária, a saúde e o prazer. No que diz respeito às práticas interdisciplinares no NASF, estas devem ser permeadas pela reflexão sobre a relação entre o homem-alimento-sociedade, que envolvem aspectos biológicos, culturais, econômicos e psicossociais. A construção de projetos terapêuticos se dá pelo diálogo com a eSF sobre riscos nutricionais e a compreensão sobre suas fragilidades e potencialidades frente aos problemas vivenciados no cotidiano das famílias. O projeto de saúde no território implica desenvolver ações a respeito de temáticas relativas à alimentação e nutrição, dirigidas a todas as fases do curso da vida, buscando as potencialidades do território, de forma a investir na autonomia dos sujeitos e comunidades (ROTENBERG *et al*, 2009).

Em relação à dimensão técnico pedagógica, a formação permanente dos profissionais de saúde deve compreender a educação como prática social, inserida nas relações humanas, que contribui para a transformação do homem e do mundo. Desta forma, a adoção de conceitos como dialogicidade e horizontalidade é imprescindível, por meio dos quais

indivíduos diferentes se inserem numa situação de igualdade, como sujeitos ativos portadores de conhecimentos (ROTENBERG et al, 2009).

Na capital do Ceará, onde se originou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, embriões da ESF, Rodrigues e Bosi (2014) encontraram a hegemonia de uma prática de trabalho do nutricionista do NASF com caráter individualizante e tecnicista, com ínfima reflexão sobre a práxis, provavelmente por descompasso entre a formação e as políticas públicas. Há o predomínio do atendimento ambulatorial, com foco na prevenção e tratamento de doenças crônicas, corroborado pela produção de valores dentro das eSF e pela população. Com isso, a abordagem do fato social alimentar tende a ser reduzida à perspectiva biomédica e de escolhas individuais. Na educação em saúde, a atenção e cuidado nutricional já tem maior proximidade com humanização e integralidade.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou uma publicação com objetivo de compartilhar vivências e reflexões sobre o modo de fazer o apoio matricial em alimentação e nutrição no NASF. Valoriza a diversidade semiótica na construção de práticas alimentares dos grupos sociais, cuja interpretação requer a interdisciplinaridade. Contudo, reconhece certa indefinição no papel do profissional, havendo dicotomia entre a assistência clínica e as práticas de promoção da saúde, com ênfase à lógica ambulatorial, refletindo uma formação compartimentalizada mas que pode se aproximar dos princípios do SUS por meio da práxis.

Dentre as ações compreendidas pelo apoio matricial que mescla as vertentes clínico-assistenciais com as técnico-pedagógicas, o documento confere destaque ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento que visa a traçar estratégias de ação por meio de recursos da eSF, Rede de Atenção à Saúde (RAS), território, usuário e sua rede de apoio. Recomenda-se sua adoção em situações mais complexas, com definição de metas e distribuição de responsabilidades entre os membros da eSF, NASF e rede de apoio (BRASIL, 2017).

Conforme o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), os indicadores atuais sobre alimentação e nutrição recomendam a abordagem do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a), a qualificação das eSF sobre coleta e registro de dados antropométricos, o desenvolvimento de ações para o manejo da obesidade e a regulação de casos para outros níveis de atenção (BRASIL, 2016d).

Com base na competência de janeiro de 2018, disponível no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em nível nacional há 5.385 equipes NASF. A presença mais marcante de equipes NASF no País é verificada nas Regiões Nordeste (40%) e Sudeste

(30%). Os estados brasileiros com maior concentração de equipes NASF estão localizados na Região Sudeste – Minas Gerais (17%) e São Paulo (9%).

A totalidade de 4.418 nutricionistas encontra-se inserida em 82% das equipes NASF, consistindo na terceira categoria profissional mais presente no País, superada por fisioterapeutas e psicólogos. Na Região Sudeste, há a concentração de 11% dos nutricionistas do NASF, com 150 profissionais com essa formação no Estado do Rio de Janeiro.

2.2 CONTEXTO DE INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NO ÂMBITO DA ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A ESF foi implantada no município do Rio de Janeiro em 1995, inicialmente no bairro de Paquetá (AP 1.0). Em 1999, havia se expandido para mais 5 comunidades, presentes nos bairros de São Conrado (AP 2.1), Tijuca (AP 2.2), Ilha do Governador (AP 3.1), Jacarepaguá (AP 4.0) e Campo Grande (AP 5.2). A gestão da ESF já começou híbrida, compartilhada por técnicos da SMS e administradores de Organizações Não-Governamentais (ONG), além da escuta às associações de moradores e conselhos distritais de saúde. Em 2001, já havia 23 equipes de saúde da família no município (MIRANDA, 2009).

Em 2002 foi realizado um processo seletivo interno para absorção de servidores públicos municipais de modo a atuarem na ESF, com importante incentivo financeiro. Mediante o apoio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), do MS, intensificou-se a implantação de eSF no município, em todas as AP. Com isso, a coordenação municipal implantou equipes multiprofissionais matriciais denominadas Grupos de Apoio Técnico (GAT), com propósito de viabilizar a implantação da ESF, realizar a articulação com a RAS, acompanhar o processo de trabalho e realizar o apoio técnico das especialidades. O nutricionista foi incorporado em 5 GAT, nas AP 3.1, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3 (SILVA, 2012).

Em 2009, ano subsequente à implantação federal do NASF e início da primeira gestão do atual prefeito Eduardo Paes, a expansão da ESF passou a ser considerada ordenadora prioritária da RAS. Celebrou-se a contratualização de OS para a gestão da ESF municipal, criando-se novas estruturas, como as Clínicas da Família (CF) e os NASF. Os servidores municipais foram realocados no nível central, na CAP ou em unidades de saúde. A falta de isonomia salarial entre servidor e contratado, com privilégio financeiro ao último, causa rugas na articulação e integração da rede de saúde e na continuidade das ações (SILVA, 2012).

É importante destacar as contradições entre os modelos de atenção à saúde veiculados pela atuação dos nutricionistas inseridos nas UBS tradicionais (Centros Municipais de Saúde) e daqueles incorporados às equipes NASF. Nas UBS que se converteram recentemente a CF e preservam nutricionistas estatutários em seu quadro funcional, o modelo hegemônico clínico, com lógica ambulatorial, pressupõe superação por meio da aproximação com o território e a promoção da saúde, o que requer a mudança no sistema coletivo de representações e valores desses profissionais e também da própria população.

De modo a compor dados preliminares do estudo exploratório, consultou-se a base de dados do CNES. A distribuição dos nutricionistas do NASF configura-se atualmente da seguinte forma, consoante as AP em que o município é dividido pela SMS:

Tabela 1: Distribuição relativa e absoluta de nutricionistas do NASF por AP da SMS do município do Rio de Janeiro, em fevereiro de 2018

AP	Regiões administrativas de abrangência	Nº de nutricionistas do NASF
1.0	Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Santa Teresa	1 (= 2%)
2.1	Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha	5 (= 10%)
2.2	Tijuca e Vila Isabel	1 (= 2%)
3.1	Ramos, Penha, Ilha do Governador, Alemão, Maré e Vigário Geral	9 (= 18%)
3.2	Inhaúma, Meier e Jacarezinho	8 (= 17%)
3.3	Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna	7 (= 15%)
4.0	Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Cidade de Deus	5 (= 10%)
5.1	Bangu e Realengo	9 (= 18%)
5.2	Campo Grande e Guaratiba	4 (= 8%)
5.3	Santa Cruz	0 (= 0%)
TOTAL		49 (= 100%)

Fonte: Instituto de Nutrição Annes Dias, 2018

Em relação aos nutricionistas inseridos no NASF do município do Rio de Janeiro, o INAD tem investido em seu acolhimento, integração e formação, por meio de um Grupo Técnico (GT) Nutrição na ESF. Nestes encontros, promovidos até os dias atuais, utiliza-se

metodologia participativa com troca de experiências, construção coletiva de diretrizes operacionais e distribuição de materiais de apoio, na perspectiva de que os nutricionistas assumam papel articulador e multiplicador local, junto às eSF. Além disso, os nutricionistas recebem visitas técnicas por membros do INAD e participam de rodas de conversa, cursos e oficinas teóricas e culinárias sobre linhas específicas de atenção e cuidado nutricional.

Constatações gerais do INAD sobre a totalidade de nutricionistas do NASF (n = 49) revelam que 91% (n = 44) são celetistas, vinculados a 4 tipos de OS distintas; o matriciamento médio supera o preconizado pelo Caderno de Atenção Básica do NASF (9 eSF) em 6 Áreas de Planejamento em Saúde; 47% dos nutricionistas do NASF não tinham experiência anterior em APS nem especialização na área de Saúde Pública, Coletiva ou da Família; 25% dos nutricionistas do NASF atuam concomitantemente em Nutrição Clínica; 76% deles se graduaram após as DCN vigentes.

Esses profissionais ainda têm sua atuação baseada prioritariamente no contrato de gestão do Prefeito Eduardo Paes (2009-2017), que propunha a pactuação de metas referentes à priorização de linhas de cuidado em saúde voltadas para determinadas patologias. Com isso, a atenção aos indivíduos e suas famílias pode se afastar de uma abordagem integral em saúde. Certas fases do ciclo da vida e pessoas com outras patologias podem não ser contempladas por esse processo de avaliação de desempenho, desviando o olhar dos profissionais da ESF.

O bônus do 14º salário e de recursos financeiros e materiais extras para facilitar o processo de trabalho eram utilizados como pretexto para motivação dos profissionais inseridos na ESF, que tinham sua autonomia forjada em equipes pseudoautônomas com organização do processo de trabalho convergente com o gestionismo. Uma vez que os resultados do desempenho das equipes eram divulgados por cada CAP, suscitava-se a competitividade entre os profissionais e riscos de desmoralização.

A concepção de que havia igualdade de oportunidades no ato da pactuação das metas, entre as diversas Clínicas da Família ou Centros Municipais de Saúde de cada Área de Planejamento não procedia. Algumas são esnriquecidas como campo de residentes multiprofissionais em saúde da família ou estabelecem parcerias com instituições de ensino, o que pode trazer oportunidades distintas de alcance das variáveis do contrato de gestão.

Embora formalmente alocado na área de Nutrição em Saúde Coletiva, o nutricionista do NASF do município do Rio de Janeiro também é sensibilizado pelo ideário neoliberal, haja vista o conflito de interesses entre as indústrias e a ciência da Nutrição, bem como a construção de consenso sobre práticas alimentares pela mídia.

Em virtude de certa instabilidade e rotatividade desses profissionais, predominantemente vinculados a organizações sociais, e por sua formação baseada em competências e flexibilidade, a necessidade de se manterem permanentemente interessantes para o mercado de trabalho, lhes faz procurar por educação continuada em assuntos hegemônicos em Nutrição.

O consenso produzido pela indústria e pela mídia gera expectativas de intervenção clínica, com prescrição dietoterápica, por parte da população, cuja demanda é manifestada às equipes de Saúde da Família matriciadas pelo nutricionista.

Em muitas das visitas técnicas pelo INAD aos nutricionistas do NASF do município do Rio, tais profissionais referem empecilhos para adesão a atendimentos interdisciplinares por parte da equipe ESF, em virtude do processo longitudinal da educação nutricional. Deste modo, são pressionados pelo imediatismo das equipes quanto à entrega de um plano alimentar.

O contexto de expansão da Atenção Básica na gestão imediatamente anterior do município do Rio de Janeiro, com ênfase na ESF e menor investimento na Atenção Secundária favoreceu a absorção de usuários com situações clínicas anteriormente abordadas nas policlínicas municipais, pelos nutricionistas do NASF. Esse dado também justifica uma certa inclinação por educação continuada em Nutrição Clínica.

Considerando-se o fato de não ser possível no momento transcender a constituição societária sob a lógica do capital, o enfrentamento contra-hegemônico das influências neoliberais sobre a configuração da Nutrição como ciência teria que se dar pela incorporação de discussões histórico-críticas em entidades representativas, diretórios acadêmicos, no âmbito do SUS, em territórios com inserção da ESF, entre outros. O desdobramento culminaria em movimentos sociais com vistas ao enfrentamento político do impacto das indústrias de alimentos sobre a saúde, a justiça social e o meio ambiente.

2.3 PARTINDO DO OBJETO EMPÍRICO EM BUSCA DA SUA CONCRETICIDADE: COMO CAPTAR AS MEDIAÇÕES QUE CONSTITUEM AS CONCEPÇÕES DOS NUTRICIONISTAS DO NASF DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Entrar no campo empírico era absolutamente necessário para que o objeto de pesquisa se tornasse concreto, ou seja, apreendido no plano do pensamento em suas múltiplas determinações. Entende-se que a concepção dos nutricionistas do NASF Rio sobre Trabalho, Educação e Saúde não equivale a retóricas ou simples manifestações ideológicas ou do senso

comum. Ao contrário, elas são produzidas a partir de relações sociais concretas que historicamente se orientaram sob a dominância dos interesses do capital, em contradição com as lutas e conquistas históricas da Saúde Pública, determinadas pelos interesses dos trabalhadores.

Apesar dos avanços no plano dos direitos possibilitados pela Política Nacional de Atenção Básica e pela Estratégia da Saúde da Família, parece que essas não se tornaram hegemônicas na formação dos nutricionistas e se apresentaram como desafios em seu processo de trabalho no NASF. Mais do que isto, tal como já demonstrado, a Educação e a Saúde estão hoje sob a hegemonia de políticas neoliberais.

A partir dessa compreensão, possibilitada pelo referencial teórico e pela análise de fontes documentais e bibliográficas que conduziram à historicidade do objeto, tornou-se necessário chegar aos próprios sujeitos nutricionistas como fontes de informações sobre o real. Esses, então, menos do que trazer suas percepções subjetivas e singulares, revelaram o conteúdo da formação humana e em saúde mediada pelas ciências da Nutrição, com contradições que se manifestam desde a graduação, mas que se acirram no seu processo de trabalho.

Como o objeto de pesquisa compreendeu a formação e atuação dos nutricionistas inseridos na ESF do município do Rio de Janeiro, com recorte temporal a partir do ano de 2010 (quando foram implantados os NASF), optou-se pela realização da pesquisa do tipo qualitativa, constituída pela revisão bibliográfica, a técnica do grupo focal e a análise de conteúdo dos debates promovidos.

Como pode ser visto, a revisão bibliográfica contemplou abordagens sobre os ajustes neoliberais nas categorias Trabalho, Educação e Saúde, além da Reforma Sanitária Brasileira, atributos da APS, ESF e NASF, o que se identifica como a construção da historicidade do objeto.

A técnica do grupo focal, por sua vez, foi apoiada na definição de Cruz Neto *et al* (2001), que a estrutura em reuniões com pessoas em um mesmo local e período, que debatam e expressem suas concepções a respeito de um tema específico, objeto de investigação.

As diretrizes para constituição do grupo focal levaram em conta os seguintes critérios:

1. Seleção de nutricionistas que estivessem inseridos no NASF e que tivessem sido graduados após o estabelecimento das DCN (2001).
2. Seleção de nutricionistas graduados após 2001 e que estivessem inseridos no NASF há pelo menos 2 anos.

Foi realizado o convite a 16 nutricionistas no início de 2017, com esclarecimento sobre os objetivos e relevância do estudo, bem como a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), priorizando-se a representatividade territorial na formação do grupo focal.

Antevendo-se o risco de impermanência dos mesmos integrantes nos três encontros do grupo focal, foi efetuado um pré-convite informal com esclarecimentos sobre o objetivo geral, o local e os meses das reuniões, por correio eletrônico. Houve aceitação de 10 pessoas, atuantes nas Áreas de Planejamento em Saúde (AP) com maior dimensionamento de nutricionistas no NASF (3.1, 3.2, 3.3 e 5.1), como se pode verificar na Tabela 1, apresentada anteriormente. Como uma dessas participantes foi aprovada em concurso público para outro município, acabou não integrando o grupo focal definitivo, que teve o total de 9 integrantes (todas do sexo feminino).

Os cuidados éticos referentes aos princípios legais da pesquisa com seres humanos foram respeitados. Suas bases consideram o respeito à liberdade e à dignidade humana, assim como o compromisso social da ciência. Assegurou-se a adoção das normas éticas para o desenvolvimento de pesquisas, expostas na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e no Regimento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

A pesquisa teve como coparticipante o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, cuja carta de anuência preliminar, emitida pela Superintendência de Atenção Primária e Coordenação do NASF encontra-se no ANEXO A.

Buscou-se contextualizar a fala dos membros do grupo focal no plano da Política Municipal de Atenção Básica (PNAB). A Área de Planejamento (AP) e a Organização Social (OS) a que cada integrante do grupo focal se vincula foram considerados possíveis contextos de influência de suas falas. Quando pertinentes, foram considerados aspectos da trajetória educacional e profissional dos nutricionistas. Essas informações foram obtidas pela ficha de levantamento de perfil básico de formação e atuação profissional, oferecida para preenchimento pelos nutricionistas aderentes ao grupo focal (APÊNDICE B).

Planejou-se a realização de três reuniões, cada uma em um mês, contando com a presença das mesmas integrantes do grupo focal, abordando-se, em cada uma delas, as categorias Trabalho, Educação e Saúde. O tempo máximo de duração de cada reunião equivaleu a 2 horas. As questões-chaves empregadas na mediação dos debates, norteadas pelos objetivos específicos da pesquisa, estão discriminadas no roteiro do grupo focal

(APÊNDICE C). Foram realizadas as funções de relatoria; observação; registro de áudio; e mediação dos debates.

As dependências da UERJ, cujo acesso foi possibilitado pela orientadora, consistiram no local para consecução das reuniões, devido à praticidade de acesso pelos convidados. Procuramos assegurar a ausência de ruídos, a isenção da interferência de terceiros, acesso e conforto aos participantes. Os assentos foram dispostos em forma circular, de modo que as integrantes do grupo focal ficassem voltados uns para os outros.

Optou-se por alteração na sequência dos encontros do grupo focal, começando-se pelas concepções de educação ao invés das concepções de trabalho, por duas razões: (1) aspectos da formação humana, graduação e especialização das participantes poderiam trazer elementos anteriores à construção de suas concepções sobre trabalho; (2) em virtude de morosidade na tramitação do projeto de pesquisa no CEP da SMS, que perdurou 4 meses, as participantes da AP 3.2 não poderiam estar presentes no primeiro encontro porque suas agendas de atividades nas UBS já estavam pré-definidas, sem flexibilidade de alteração. Nas concepções de trabalho, aparecem configurações distintas na hierarquia e relação das nutricionistas com sua AP e com a OS a que se vinculam. Houve maior dificuldade para sua liberação para participação na pesquisa, do que das demais nutricionistas, em virtude de uma autonomia mais notável de sua OS do que da CAP quanto ao seu manejo e disponibilidade. Interpretou-se que essas particularidades de trabalho não poderiam ser sublimadas, postergando-se as discussões sobre suas concepções para o segundo encontro. No que diz respeito às concepções de educação, as nutricionistas da AP 3.2 responderam às questões por correio eletrônico, tendo havido o viés de não terem tido a oportunidade de dialogar com as demais.

Portanto, como se visualiza no APÊNDICE C, o planejamento do grupo focal previu que no 1º encontro, os integrantes expressassem as concepções pedagógicas de sua formação inicial e continuada; que no 2º encontro, debatessem sobre suas concepções acerca da organização do processo de trabalho e das relações nele existentes; e que no 3º encontro, verbalizassem sobre suas concepções de saúde. O olhar do observador esteve voltado para apreensão de influências neoliberais ou caminhos de resistência nos debates suscitados.

Da análise documental, foram apreendidas “pistas para compreender a racionalidade das políticas em tela”, como consideram Shiroma, Campos e Evangelista (2004), sob orientação das seguintes categorias de análise: concepções educacionais, de saúde e de trabalho. Essas “pistas” compreendem os contextos de elaboração da política sugeridos por Ball (1994) *apud* Shiroma, Campos e Evangelista (2004), com ênfase na análise de conteúdo

dos documentos, incluindo seus enunciados, princípios e determinações. Cabe frisar que tais dados foram interpretados em perspectiva dialética, com relação àqueles que seriam obtidos por meio da técnica do grupo focal.

Sob a hipótese de haver hegemonia de tendências do ideário neoliberal, com caráter alienante pelo capital, na educação e na organização do processo de trabalho dos nutricionistas do NASF do município do Rio de Janeiro, foram estabelecidas as categorias analíticas deste estudo, discriminadas abaixo e sintetizadas na Tabela 2.

No polo epistemológico, as categorias metodológicas deste estudo foram orientadas com base no Materialismo Histórico-dialético, em busca de uma abordagem qualitativa ampliada, valorizando as subjetividades emergentes sem recair em sua objetivação e refinando o que se referia ao senso comum, de modo a prevalecer o conhecimento científico (BRUYNE, HERMAN e SHOUTHEETE, 1977 *apud* MACHADO *et al*, 2016).

As categorias teóricas envolveram Trabalho, Educação e Saúde, bem como ajustes neoliberais nas três áreas.

As categorias operacionais orientaram a elaboração dos roteiros definidos *a priori*, constituídos por questionamentos qualitativos acerca das concepções dos sujeitos sobre Trabalho, Educação e Saúde. Incluíram-se as seguintes: Trabalho – motivações, relações de trabalho, sentido do trabalho, modelo de gestão, matriciamento; Educação – área de formação, relação com o SUS, natureza da graduação, relação com APS; Saúde – relação com APS, agenda do NASF, linhas de cuidado, concepção de saúde e doença, intersetorialidade, relação com a PNAN e com o Caderno de Atenção Básica sobre o NASF.

Predominantemente em busca de contradições, foram identificadas as categorias empíricas que emergiram da análise dos dados de cada eixo – concepções de Trabalho, Educação e Saúde –, a partir das unidades de registro situadas em seu contexto. Foram consideradas como unidades de registro aquelas ideias-força verbalizadas com alguma frequência na forma de palavras e/ou expressões, as quais, mesmo não sendo idênticas, manifestaram um mesmo significado. Tais significados foram condensados em núcleos de sentido representativos de concepções coletivas, e não do pensamento singular dos sujeitos da pesquisa.

Com base nos mesmos, para cada eixo foram identificadas as seguintes categorias: Trabalho – processo seletivo, motivações, atuação inicial, relações de trabalho, condições de trabalho, modelo de gestão, matriciamento, sentido do trabalho; Educação – formação biomédica x formação em Ciências Sociais, natureza de graduação generalista x especialista, formação em Nutrição para APS, formação para/pela práxis, formação humana, educação

continuada; Saúde – atributos da APS, matriciamento, linhas de cuidado, contrato de gestão, concepção de saúde e doença, intersetorialidade, promoção da saúde. Quando pertinente, a ausência de ideias e/ou de questões relevantes para o tema estudado também foram consideradas em diálogo com tais categorias. Por denotarem alguma diferenciação em aspectos concernentes aos três eixos, algumas particularidades sobre a instituição de ensino superior, sobre cada Organização Social, ou sobre cada Área de Planejamento em Saúde foram ressaltadas.

Tabela 2: Relação das categorias analíticas orientadoras ou emergentes do estudo

Pólo Epistemológico – Categorias Metodológicas		
Materialismo Histórico-Dialético		
Pólo Teórico – Categorias Teóricas		
Trabalho, Educação e Saúde		
Ajustes neoliberais em Trabalho, Educação e Saúde		
Pólo Morfológico – Categorias Operacionais		
<u>Trabalho</u>	<u>Educação</u>	<u>Saúde</u>
Motivações	Área de formação	Relação com APS
Relações de trabalho	Relação com o SUS	Agenda do NASF
Sentido do trabalho	Natureza da graduação	Linhas de cuidado
Modelo de gestão	Relação com APS	Concepção de saúde e doença
Matriciamento		Intersectorialidade
		Relação com a PNAN
		Relação com o CAB 39

Pólo Técnico – Categorias Empíricas		
<u>Trabalho</u>	<u>Educação</u>	<u>Saúde</u>
Processo seletivo	Formação	Atributos da APS
Motivações	(Biomédica x Ciências Sociais)	Matriciamento
Atuação inicial	Natureza de graduação	Linhas de cuidado
Relações de trabalho	(generalista x especialista)	Contrato de gestão
Condições de trabalho	Formação em Nutrição para APS	Concepção de saúde e doença
Modelo de gestão	Formação para/pela práxis	Intersetorialidade
Matriciamento	Formação humana	Promoção da saúde
Sentido do trabalho	Educação continuada	

As unidades de registro e contexto referentes às categorias empíricas oriundas dos eixos Concepções de Educação, Trabalho e Saúde constam no APÊNDICE D.

3. CONCEPÇÕES DE TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE DOS NUTRICIONISTAS INVESTIGADOS

3.1 CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO

No que tange às concepções de Educação, foram procuradas manifestações de caráter emancipatório, integral e histórico-crítico, ou caráter pragmático e tecnicista na formação pregressa, atual ou perspectivas futuras do grupo em questão.

Segundo o grupo focal, a formação em Nutrição Clínica mostra-se hegemônica, em convergência com as expectativas dos graduandos. O caráter biomédico, hospitalocêntrico e clínico sobressai, com lógica prescritiva legitimada pelo senso comum. Aponta-se uma abordagem didática marcadamente expositiva de recomendações nutricionais nas disciplinas voltadas para Dietoterapia, fragmentadas por patologias. Inclusive a formação clínica mostra-se pouco crítica, conforme a observação dos sujeitos, reiterada pela inexperiência de docentes na prática, que têm em sua trajetória profissional a ênfase ou restrição de atuação dentro da área acadêmica.

“São coisas que a faculdade não ensina, são aulas maçantes pelo menos que eu me lembre, como Patologia e Fisiologia. As informações mais importantes em dietoterapia eram colocadas no final da aula: então é isso a dieta é hipercalórica, hiperproteica, isso e aquilo. As recomendações nutricionais e clínicas ficavam para os instantes finais da aula.... A gente não tem o estímulo a esse pensamento crítico.”

As integrantes do grupo focal que receberam convites para preceptoria de estágios no NASF apontam tendência de abordagem clínica por parte das universidades, seja na orientação prática ou em trabalhos de conclusão solicitados, mesmo se tratando de experiências na área de Saúde Coletiva ou Saúde da Família.

A perspectiva das Ciências Sociais em Saúde fica subsumida, demonstrada pelas nutricionistas a partir do que percebem como deficiência nas reflexões promovidas durante a graduação, faltando sentido para a área da Saúde. As disciplinas da área de Humanas, como Sociologia, são realizadas nos períodos iniciais da graduação, desagregadas de questões de saúde e nutrição. Com isso, acaba restando ao estudante, imbuído de formação humana inclinada para um olhar mais ampliado, suscitar questionamentos que extrapolem o campo da saúde. Estes precisam complementar sua formação por meio da inscrição em disciplinas optativas convergentes com as Ciências Sociais. O movimento estudantil mostra destaque para o despertar desse interesse.

“Faltava um pouco de reflexão em cima dos autores... Essas disciplinas de Humanas, como Sociologia, foram feitas mais no início; então não fazia tanto sentido para a gente. Começaram a fazer sentido depois que a gente começou a trabalhar. Eram matérias feitas com outros cursos. O foco não era agregar isso à área da saúde.”

“Eu já tinha esse viés social quando entrei na faculdade. Eu queria sempre encontrar algo voltado para Ciências Sociais dentro do curso. Aí eu fui buscar disciplinas optativas, correndo atrás por conta própria. Muita coisa eu fui ler por mim mesma. Josué de Castro fui conhecer também por meio de movimento estudantil. Sinceramente, mais da metade da minha formação como nutricionista, principalmente para o NASF, veio do movimento estudantil.”

A possibilidade de realização de estágios com perspectiva de abordagem multiprofissional é apontada como estratégia positiva para uma formação mais abrangente, o que não foi vivenciado pela maioria das integrantes do grupo focal. A partir do contato com a práxis, seja por estágios que tenham se constituído por trocas interdisciplinares e/ou educação em saúde, seja somente a partir da inserção em territórios socialmente vulneráveis cobertos pelo NASF, que os sujeitos reconheceram a necessidade de articulação entre Ciências Sociais e Saúde.

Três integrantes do grupo focal provêm da UERJ, três da UniRio, uma da UFRJ, uma da UGF e uma da UniSuam. Sobre a natureza do curso de graduação em Nutrição, o grupo focal expressou uma formação mais inclinada para Nutrição Clínica, com maior carga horária disponível para disciplinas e estágios em Dietoterapia. Embora Uerj, UniRio e UFRJ ofereçam a oportunidade de estágios curriculares em quatro áreas de atuação (Nutrição Clínica, Alimentação Coletiva, Nutrição em Saúde Pública e Tecnologia dos Alimentos), suas egressas constataam uma formação compartimentada. Algumas integrantes experimentaram tentativas acadêmicas de integração de mais de uma área de atuação em estágios, mas a interconexão era ínfima. A UniRio apresenta o diferencial de oferecer autonomia para o aluno escolher a área de atuação para o cumprimento da maior carga horária dentre seus estágios curriculares. Paralelamente, a UFRJ mostra ênfase em pesquisa e docência, e a UniSuam tem a área de Alimentação Coletiva equiparada à Nutrição Clínica como inclinação. Destaca-se a oportunidade de internato de Nutrição em Saúde Coletiva, pela Uerj, como meio de aproximação com a ESF. Quanto aos estágios extracurriculares, as participantes percebem um maior número de oportunidades na área de Alimentação Coletiva.

O tempo médio de graduação das integrantes do grupo focal é de 9 anos, que praticamente coincide com a implantação do NASF no município do Rio de Janeiro. Relatam insuficiência de discussões sobre a ESF na graduação. Uma vez que as integrantes se educaram quanto ao NASF pela própria práxis, em Residência Multiprofissional em Saúde da

Família ou como contratadas para composição das equipes matriciais, algumas referem ter sido convidadas como referências para apresentar sua atuação em cursos de graduação.

“A gente também teve que procurar muita coisa por nossa conta, porque não existia NASF antes. Acho que agora que algumas faculdades estão começando a abordar o Saúde da Família. Eu já fui convidada para falar na UniRio. Está sendo uma oportunidade para os professores darem uma renovada.”

A abordagem sobre o NASF nos cursos de graduação é recente e o desconhecimento pela maioria dos estudantes de Nutrição tem sido ratificado no momento de sua inserção em estágios junto às nutricionistas em questão. Percebem falta de domínio por parte de professores para promover discussões sobre APS, ESF e NASF.

“Eu também recebi estagiários nesses últimos anos e elas realmente não tinham noção do que era a Nutrição no NASF, no Saúde da Família, e elas saíram com uma outra visão, como se tivessem descoberto um mundo novo. São coisas surpreendentes, o alcance que você tem sem apenas usar a visão bioquímica e clínica das coisas, os outros aspectos que surgem quando o usuário está na sua frente.”

Destacam a importância de estágios na APS, a fim de promover a transcendência para questões de caráter social por meio do exercício da educação em saúde e das trocas interdisciplinares. Contudo, os trabalhos de conclusão de estágio no NASF solicitados pela academia tendem a ser baseados em uma lógica programática em saúde que estratifica a população por fase do ciclo da vida ou por patologias, predominando o olhar biomédico. Relatam que os cursos de graduação não estimulam a abordagem familiar, sendo centradas no indivíduo.

“Já fiz preceptoria de universidades públicas e privadas. Independente do tipo da universidade, eles não sabem muito sobre o SUS e Atenção Primária em Saúde. Eles me perguntam: “Ué, o estágio não vai ser no ambulatório?”. Tudo que a gente vai fazendo, eu os levo junto comigo, como na visita domiciliar e eles dizem: “gente, eu não sabia que a gente ia para a casa da pessoa, pensei que a gente fosse ficar atendendo no consultório”.”

Consoante o grupo focal, o SUS é visto como espaço pedagógico propiciado pela práxis, compensando insuficiências teóricas da graduação. O curso de Nutrição de uma universidade pública parece ter sua formação direcionada para o SUS, porém, direcionado para o nível terciário de atenção devido à complementariedade em hospitais universitários. Mais da metade do grupo focal procurou estágios extracurriculares em APS, sinalizando interesse além da Nutrição Clínica durante a graduação. Contudo, vivenciaram outra

configuração tradicional da APS municipal anterior à ESF como porta de entrada, valorizando a lógica ambulatorial em detrimento da promoção da saúde, reiterando a hegemonia da Nutrição Clínica em sua formação.

Para o grupo focal, a influência de docentes nutricionistas sanitaristas e epidemiologistas, a participação em movimento estudantil, as disciplinas de Saúde Pública, Nutrição em Saúde Pública e Educação Nutricional, bem como o internato em Saúde Coletiva contribuíram para identificação profissional com a APS. Houve críticas à baixa atratividade didática na apresentação da disciplina de Saúde Pública, ratificando sua impressão de que é pela práxis que as questões sociais se tornam mais interessantes. Aspectos subjetivos como a percepção de maiores possibilidades de gratificação pessoal e profissional como nutricionista da APS foram levantados pelo grupo.

Em sua trajetória de formação e atuação profissional enquanto residentes em Saúde da Família e/ou como apoiadoras matriciais das eSF, as componentes do grupo focal têm ressignificado a Saúde por meio da combinação com as Ciências Sociais e compreendem ser um processo educativo perene. Do mesmo modo, percebem maior sensibilidade de seus estagiários para questões além das biomédicas, no momento de conclusão de seu tempo no NASF.

Entendendo o SUS como espaço pedagógico, as nutricionistas veem que a práxis permite a extrapolação da visão clínica e bioquímica na relação entre o profissional de saúde e usuário, especialmente ao se contextualizar a realidade social em visitas domiciliares e ambientação no território. A reflexão em torno de situações-problema é valorizada, por compor a linha pedagógica das Residências Multiprofissionais em Saúde e a Educação Permanente no SUS e do NASF. Entretanto, deparam-se com limitações em subsídios teóricos para abordagem social da alimentação e percebem distância entre a teoria e a realidade social das famílias. Sugerem que as disciplinas como Psicologia e Sociologia sejam contextualizadas em discussões reais vivenciadas em territórios cobertos pelo NASF.

A categoria empírica Formação Humana foi incluída a *posteriori*, ao se acrescentar ao debate do grupo focal o questionamento sobre condições anteriores nas vidas das participantes que as conduziram para a área da saúde, nutrição e para o NASF. Questões simbólicas como valores solidários, sensibilidade para o sofrimento alheio, olhar acolhedor e participação voluntária em ações sociais foram apontadas pelas nutricionistas como predisponentes à sua atuação na APS. Mais uma vez, o movimento estudantil e a militância por demandas políticas influenciaram uma formação humana mais crítica.

Embora tenha sido relatado por apenas uma participante, cabe destacar que o fato de ter estudado em um colégio de aplicação da UFRRJ lhe propiciou uma educação mais abrangente sobre sociedade, política e filosofia.

“Era um colégio federal, da Universidade Federal Rural, que levava a gente a estar pensando a realidade. Aí tinha toda uma linha de colocar a gente para pensar o mundo e os professores tinham uma abordagem multidisciplinar. Eram aulas que nos faziam pensar muito, tinham muitos debates e mesmo fora da aula, a gente continuava debatendo, debatendo sociedade, debatendo política, debatendo filosofia.”

A imaturidade na época do vestibular trouxe indecisões entre profissões da área da Saúde, Humanas e Exatas. Conflitos entre desejo, status e remuneração decorrentes da escolha profissional apareceram, especialmente entre aquelas com expectativa familiar ou pessoal por Medicina, profissão hegemônica na área de saúde cujo acesso predominantemente elitizado acompanha a divisão de classes. A escolha do curso de Nutrição exprime a correlação entre habilidades culinárias e expressão de afeto por suas famílias ou o desejo por saúde.

Entre os cursos de pós-graduação realizados pelas participantes que estão mais afinados com a articulação entre Ciências Sociais em Saúde, destacam-se a especialização ou Residência Multiprofissional em Saúde da Família; especialização em Gestão da APS; especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social; Mestrado Profissional em Saúde da Família; Mestrado Acadêmico em Epidemiologia Nutricional.

Por outro lado, a Residência em Nutrição Clínica foi interrompida por duas integrantes em virtude do ingresso no NASF ou frustração com a dificuldade de promover saúde na atenção terciária.

“As pessoas não entendem esse divórcio com a Clínica. Quando saí do INCA, minha família até que me apoiou, mas meus amigos falaram: “Como assim, você largou o INCA? Você entrou em uma das Residências mais difíceis de se passar e você vai sair?”. Eu estava ficando doente, cansada. Como eu ia terminar a Residência, se eu não tinha coragem de enfrentar aquele sofrimento todo?”

No momento atual, três cursam especialização em Nutrição Clínica Funcional, segmento da profissão bem valorizado na atualidade, justificando sua escolha por critérios financeiros e pela instabilidade do vínculo no NASF. Apesar de essa especialização trazer o aspecto positivo de propor críticas e uma visão mais ampla sobre bioquímica e à Dietoterapia tradicional, são apontados o elitismo e *status* concedido a esse tipo de segmento pelos profissionais, população e mídia.

Assim como evidenciado pela constituição de eSF por residentes em Medicina e Enfermagem de Família, o grupo refere o histórico do não suprimento de vagas de nutricionistas no NASF em territórios que contam com a presença de profissionais de Nutrição residentes em ESF. Além de haver uma formação desproporcional entre esses residentes por nem todos disporem de preceptoria em seu núcleo de saber, aponta-se para um aproveitamento da força de trabalho por uma remuneração inferior (bolsa de estudos).

O plano de cargos e salários inclui a concessão de gratificação de 20% sobre o salário-base, por titulação em cursos de Residência, Mestrado ou Doutorado em Saúde da Família, Saúde Pública ou Saúde Coletiva, para as diversas CAPs, havendo no grupo focal quatro integrantes contempladas pelo adicional.

A limitação de tempo disponível para educação continuada fora do âmbito e carga horária laboral, especialmente para uma profissão predominantemente exercida por mulheres, em uma sociedade patriarcal, é colocada como empecilho. A liberação de carga horária para realização de cursos de atualização ou especialização não é equilibrada entre todas as APs, nem mesmo a autorização para participação nos eventos realizados pelo INAD, sendo o apoio dependente do perfil do gestor local, apoiador do NASF ou coordenador da AP.

Cabe a particularidade da relação da OS SPDM com os nutricionistas do NASF, sendo ela, e não a CAP, a responsável pela liberação para participação em ações de educação continuada durante o expediente. Esse papel das outras OS costuma ficar secundário ao das distintas CAPs.

O espaço de atualizações e discussões favorecidas pelo INAD é considerado positivo, condizente com sua prática profissional, sendo uma particularidade dos nutricionistas frente às demais categorias componentes do NASF, que não dispõem de órgão técnico. Sentem limitações na promoção de educação profissional em saúde pela CAP e em suas articulações com as instituições acadêmicas. Todavia, enaltecem novamente a educação pela práxis, colocando que as ações educativas institucionais tendem a ser distantes da realidade. Percebem a falta de discussões interdisciplinares sobre questões que costumam ser atribuídas pelas eSF somente ou predominantemente aos nutricionistas, como obesidade ou diabetes.

Dentre os temas de maior interesse para educação continuada, destacam-se: comportamento alimentar, obesidade, saúde mental, fitoterapia e metodologias para educação em saúde. Percebem insuficiência na graduação quanto a assuntos como terapia nutricional em domicílio e cuidado nutricional na doença renal crônica. Embora reconheçam que tais demandas devessem ser acompanhadas por outro nível de atenção em saúde, na prática,

acabam coordenando os cuidados e prestando assistência em saúde nessas situações devido à cronicidade das doenças na população carioca e à configuração da RAS.

3.2 CONCEPÇÕES DE TRABALHO

Das concepções de Trabalho, foram investigadas expressões de seu princípio educativo, criativo e sentido ontológico, em contraste a questões envolvendo o pragmatismo, funcionalismo e o sentido econômico.

O processo seletivo de nutricionistas do NASF apresentou especificidades consoante a Organização Social (OS) com a qual estabelecem seu vínculo empregatício. No grupo focal, há 2 nutricionistas celetistas contratadas pela OS IABAS – Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (AP 5.1), 2 pela OS SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (AP 3.2) e 5 pela OS Viva Rio (APs 3.1 e 3.3).

Segundo as profissionais das OS SPDM e IABAS, foi divulgado um processo seletivo público, nos moldes de concurso, constituído inicialmente por prova, cujo conteúdo programático foi mais voltado para Nutrição Clínica, com poucas questões sobre SUS e descontextualizado quanto ao NASF. Consideram que as entrevistas com profissionais do NASF representaram a etapa de refinamento da seleção. No entanto, aquelas que inauguraram o NASF em seu território passaram por dinâmica de grupo e entrevista com psicóloga não inserida no mesmo. Acreditam que o valor concedido à etapa da prova escrita trouxe o risco de seleção de profissionais com perfil pouco inclinado à APS. Houve convocação insuficiente no processo seletivo em que participaram as nutricionistas vinculadas à OS IABAS.

O processo seletivo da OS Viva Rio compreendeu análise de currículo, entrevista com membros da CAP e assessores da OS, havendo discussão de situações-problema baseadas em casos reais e estímulo à interlocução com conceitos existentes no Caderno de Atenção Básica do NASF. As nutricionistas avaliam positivamente a possibilidade de argumentação oral na discussão de casos.

Percebem que a OS Viva Rio utilizou como critério de seleção o filtro por vivência prévia em APS e o perfil multiprofissional, sendo deste grupo focal pertencentes àquela empresa, 2 ex-residentes em Saúde da Família, 2 ex-residentes em Saúde Coletiva e 1 nutricionista que havia atuado anteriormente como técnica de Enfermagem em eSF. Para as ex-residentes, o fato de terem participado do mesmo processo seletivo representou sensação de vínculo, identidade e acolhimento. A integrante do grupo focal que participou de processos

seletivos das 3 OS considera aquele realizado pela Viva Rio o mais específico para atuação junto ao NASF.

“É, eu fiz o processo seletivo para o IABAS e SPDM. Lembro que a prova do IABAS era só parte hospitalar, produção, microbiologia de alimentos. Sobre o SUS caiu muito pouco e não tinha nada de NASF.”

“Achei o processo seletivo do Viva o mais específico, com perguntas mais oportunas, mesmo sem ter prova. E na entrevista, as perguntas que eles fazem, quem não teve vivência em ESF não sabe. Se eu não tivesse feito Residência, eu não saberia responder. Essa história de não ter experimentado nada do NASF antes da prática, não permitiria responder.”

“Pela Viva Rio, discutiram dois casos clínicos e tinham umas 4 perguntas sobre conceitos presentes no Caderno de Atenção Básica, sobre conduta... E assim, eu gostei muito do processo seletivo, achei interessante, porque foi mais dinâmico que uma prova, deu para interagir melhor pela discussão.”

Avaliam que ainda que haja uma prova dentro do processo seletivo para o NASF, esta deva ser elaborada levando em conta a realidade do apoio matricial, assim como acham indispensável a etapa da entrevista. Durante o processo seletivo, as OS Viva Rio e SPDM foram claras com relação à inserção das profissionais em territórios marcados pela violência. Na maioria dos processos seletivos, as divergências entre a OS e a CAP sobre a definição de critérios foi percebida pelas profissionais.

As nutricionistas vinculadas às OS IABAS e SPDM apresentavam desconhecimento prévio sobre o trabalho no NASF, tendo tomado alguma ciência a partir da preparação para a prova ou no ato da própria entrevista. Para elas, a remuneração foi o principal atrativo. Quase todas acreditavam se tratar de um concurso público em regime estatutário, almejando certa estabilidade.

“Eu também não sabia o que era NASF até fazer o concurso, que fiz achando que fosse um concurso público, mas na verdade era um processo seletivo público. Eu liguei pra lá, perguntei: “Quando vai ser a cerimônia de posse?” e eles me responderam: “Não, não, é CLT.” Aí me chamaram, mas eu só vim descobrir o que era o NASF estudando para a prova, pelo Caderno de Atenção Básica.”

O interesse em ter o primeiro emprego foi comum à metade das integrantes do grupo focal. Houve quem considerasse uma menor precariedade no vínculo empregatício celetista que em suas situações pregressas enquanto contratadas por tempo limitado. As egressas de Residência em Saúde da Família tinham vontade de aplicar seu aprendizado com maior

autonomia e maturidade profissional. Delas, emergiu também o desejo de acolher e ser responsável pelo cuidado de famílias vulneráveis por meio de ações de saúde e de nutrição.

No que concerne à atuação inicial, aquelas com inexperiência prévia no NASF referem ter iniciado o aprendizado por meio da práxis, durante a implantação do apoio matricial no território ou contando com a orientação de nutricionistas que já atuavam no NASF para sua ambientação. Precisaram recorrer com frequência ao Caderno de Atenção Básica sobre o NASF para formularem sua linha de trabalho. A dificuldade inicial para conquistar seu espaço enquanto nutricionista do NASF foi salientada pelo grupo. No debate do grupo focal, transpareceu-se o aprendizado experimental na prática do NASF, especialmente para aquelas que começaram a ler sobre o mesmo durante o processo seletivo. Foi pontuada por algumas dessas nutricionistas a dúvida sobre a permanência no NASF devido à inserção em territórios marcados por violência.

“Entrei no final do ano de 2011 e não tinha nada estruturado ainda. Os primeiros tinham entrado em junho, então estava começando o trabalho, ninguém sabia o que era NASF na verdade. Eles foram nos guiando com base no Caderno de Atenção Básica mesmo, nas publicações do Ministério da Saúde. Acabei fazendo parte desse processo de construção do NASF na Área.”

Mesmo para as ex-residentes em Saúde da Família, a atuação inicial foi marcada por descobertas, em virtude de se sentirem com maiores responsabilidades, como um dimensionamento de eSF a serem matriciadas além do que vivenciaram na especialização e muitas vezes além do preconizado pelo Caderno de Atenção Básica sobre o NASF. No contraste entre seus papéis enquanto residentes e profissionais contratados para o NASF, perceberam a necessidade de amadurecimento e certo manejo de sua criticidade e posição combativa diante de situações adversas do processo de trabalho. A inserção concomitante de ex-residentes multiprofissionais consolidou a segurança para atuação profissional.

“Na verdade, eu saí da Residência sabendo o que eu não tinha que fazer. Foram coisas em que eu quebrei a cara na época, mas a Residência meio que te protege um pouco. Você é residente. Se você é um pouco mais combativo quando fala alguma coisa na reunião, você é residente. Aí, quando você é contratado, as coisas mudam de figura.”

Destacam resistência dos profissionais das eSF ao matriciamento pelo NASF. Ter cursado Residência Multiprofissional em Saúde minimiza as dificuldades em lidar com a interdisciplinaridade.

Em geral, a relação das OS Viva Rio e IABAS com seus profissionais contratados restringe-se a questões inerentes a Recursos Humanos e as orientações direcionadas ao processo de trabalho são feitas diretamente por representantes das CAPs 3.1, 3.3 e 5.1. A OS SPDM apresenta a particularidade de discutir o processo de trabalho com seus profissionais por meio de reuniões de eixo e de núcleo de saber, sendo a interação dos nutricionistas com a CAP 3.2 restrita aos espaços de educação continuada sobre assuntos técnicos. As demandas sobre o processo de trabalho são definidas pela CAP 3.2, mas intermediadas aos profissionais pela OS SPDM.

Enquanto o controle de cumprimento de carga horária costuma ser monitorado pela gerência ou direção da UBS-mãe das APs 3.1, 3.3 e 5.1, quem o faz na 3.2 é a OS SPDM. As demissões são deliberadas pelas CAPs e não pelas OS, exceto a OS SPDM.

Nem todas as APs contam com a figura do assessor da OS, suscetibilizando seu processo de trabalho a variações conforme as deliberações de cada gerente ou diretor de UBS. O grupo focal destaca a importância do apoiador do NASF oriundo da CAP para modular discrepâncias nas formas de gestão conforme o perfil do gestor descentralizado da UBS.

Segundo as nutricionistas selecionadas, a alta rotatividade e a variação nos perfis de gerentes selecionados para as Clínicas da Família traz a falta de uniformidade na condução do processo de trabalho, interferindo no grau de valorização do apoio matricial do NASF.

A qualidade na relação com os profissionais e na compreensão sobre o papel do NASF é aprimorada quando os gestores locais se tratam de egressos de Residência em ESF. Por outro lado, é apontado um perfil mais autoritário de diretores de UBS com regime estatutário, que estão há muitos anos na Prefeitura.

As relações de trabalho mediadas pela CAP 3.3 demonstraram maior fragilidade no grupo focal, com histórico de divergências entre suas deliberações, da OS Viva Rio e os gestores locais, gerando dúvidas sobre o coletivo de profissionais do NASF sobre a quem se reportar em determinadas situações. Prejuízos na relação com a apoiadora do NASF da CAP 3.3 foram apontados, em virtude do acúmulo de diversas atribuições por parte daquela.

Nas diversas AP, as relações dos profissionais do NASF com a gerência ou direção da UBS são agradáveis. Novamente, os relatos específicos sobre a CAP 3.3 revelam rugas na relação com os gestores locais, exemplificadas por formalidade na comunicação, falta de acolhimento e escuta às contribuições que podem emanar do apoio matricial para o processo de trabalho, assim como situações de assédio moral, com efeitos deletérios à saúde ocupacional de membro da eSF.

“Outro dia, só quando eu cheguei na unidade, eles resolveram chamar o NASF para participar da reunião técnica. Aí, a gente participa, mas é assim: não tem muito direito à fala. Chega no final da reunião e falam assim: “O NASF tem alguma coisa para dizer? Alguma questão?”. Se algum assunto for ou não colocado, depois eles falam: “Então, tá. Agora eu quero conversar com as equipes, tá?” e pedem para a gente do NASF sair. Aí, no outro dia eu fiquei sabendo que uma dessas questões que tinham sido discutidas somente com as eSF eram sobre o PSE. Como não incluir o NASF?”

Entre as três Organizações Sociais, o papel de assessor do NASF se mostra mais presente pela Viva Rio, com qualidades variáveis na relação com os profissionais da ponta da assistência.

Sobre os membros das eSF, denota-se um julgamento das nutricionistas do grupo focal sobre a inclinação destes para atuação na ESF, sendo proporcional à qualidade em sua interação. Ressaltam uma relação mais tranquila em unidades com eSF constituídas por atuais residentes em Medicina/Enfermagem de Família ou por profissionais que tenham vivenciado anteriormente a prática da interdisciplinaridade.

Predomina uma boa relação entre os componentes do NASF, representada por relatos de motivação mútua e da construção de laços afetivos sólidos, especialmente porque a maioria constituiu a equipe ao mesmo tempo. A busca coletiva pelo alcance de metas da gestão anterior se fazia por coesão intra-NASF. Não obstante, é colocada a mobilidade dos membros do NASF que atuam em mais de uma UBS por divisão do território como elemento fragmentador da equipe. Acaba se destacando um maior vínculo entre as categorias profissionais que atuam concomitantemente na mesma UBS.

O grupo expõe atravessamentos pontuais provocados pela interpenetração na linha tênue da interdisciplinaridade em áreas afins cuja abordagem esbarra em divergências de condutas mais específicas para cada eixo. Reforçam a importância da distinção entre o papel de multiplicador do conhecimento trocado nas relações interdisciplinares e a assunção do papel daquela categoria profissional específica. É preciso flexibilidade e adotar o caráter técnico-pedagógico do NASF em situações interdisciplinares de colocações discordantes sobre a área específica de alimentação e nutrição por parte das eSF ou demais componentes do NASF.

No que diz respeito às condições de trabalho, as nutricionistas destacam sua vulnerabilidade ao se inserirem em territórios marcados por violência, tráfico e consumo abusivo de drogas. Existe uma classificação de risco de violência sinalizada pelas cores verde, amarela e vermelha a fim de nortear a permissão para entrada no território e na UBS. Enquanto a cor verde representa segurança, a cor amarela aponta para que os profissionais

permaneçam somente dentro da UBS, e a vermelha resulta na necessidade de fechamento da mesma. Sentem-se ressentidas por situações de ocultação do grau de risco ou de alerta do mesmo já em sua iminência, por parte da gerência da UBS.

“A gente consulta o gerente para saber se pode ou não entrar no território. Só que muitas vezes, eles esperam a confusão acontecer até fecharem a unidade. O carro da Prefeitura uma vez foi fazer uma entrega e eles apontaram os fuzis. Só baixaram quando o gerente foi explicar.”

Referem certa sobrecarga diante do perfil epidemiológico da população e da distribuição excessiva de eSF matriciadas, em um configuração da RAS em que um profissional generalista precisa buscar a resolutividade para um amplo espectro de situações de saúde. A vivência de redesenhos territoriais da área adscrita às eSF também traz um retrabalho do NASF, para constituir vínculos com novos usuários.

“Sempre que eu saio das reuniões na CAP, a gente fala: “Eles precisam de super-heróis”. Eu saio completamente desmotivada, achando que eu não dou conta de nada. SuperNASF! Se você considerar todas as nossas atribuições, não tem condições, isso não vai ser humano.”

A carga horária de quase todas as integrantes do grupo focal consiste em 40 horas semanais, excetuando-se uma profissional inserida na AP 3.1. Referem que o desgaste da força de trabalho seja proporcional às diferenças de carga horária no NASF (20h, 30h ou 40h/semana), uma vez que o número de eSF matriciadas tende a acompanhar a carga horária. O deslocamento entre UBS distantes também gera sobrecarga e o tempo destinado ao planejamento de ações acaba sendo restrito.

O tempo limitado a 20 minutos para realização de atendimentos individuais, a limitada capacidade instalada de salas em UBS tradicionais ou o próprio modelo esperado de compartilhamento de um mesmo espaço por todos os integrantes do NASF expressam condições de trabalho que dispendem energia dos sujeitos da pesquisa.

“Mas sabe o que eu acho também? O projeto de Saúde da Família no Rio de Janeiro talvez não esteja em seu melhor molde, porque a população está muito doente. Com a população doente, a gente não consegue trabalhar a prevenção. Quando a gente se volta mais para a prevenção, a gente tem mais tempo para sentar e planejar. Do jeito que está, a gente não consegue fazer isso. Por exemplo, eu não consigo fazer uma consulta de Nutrição em 20 minutos. Para a equipe aceitar a interconsulta com o nutricionista, que requer um processo educativo e vai demorar mais que 20min, eles acham que é perda de tempo. A agenda deles vai aumentando muito e eles vão ficando loucos.”

Uma grande preocupação das profissionais do NASF consiste na instabilidade do vínculo profissional em uma conjuntura de desmontes sociais e tendência a não realização de concursos públicos para a área da saúde. As medidas de austeridade econômica anunciadas pelo atual Prefeito maximizaram a insegurança dos profissionais da ESF.

A respeito do modelo de gestão, emerge a crítica sobre a lógica quantitativa e produtivista em saúde, caracterizada por um processo de trabalho marcado por burocracia e inflexibilidade no alcance de indicadores, especialmente na gestão municipal passada. No movimento de persecução de metas de variáveis de produtividade que se reverteriam em gratificações salariais ou incremento de recursos materiais para infraestrutura, as eSF contavam com apoio matricial do NASF, cujos profissionais nunca foram contemplados diretamente por essas compensações. Não obstante, havia certa expectativa anualmente frustrada de o NASF ser contemplado com o bônus. Relatam ameaças implícitas de impermanência no emprego no NASF no caso de não alcance de metas pelas eSF, advindas diretamente dos gestores locais, por sua vez pressionados em outra escala pela OS e/ou CAP.

Subsequentemente à extensão da cobrança por produtividade das eSF ao NASF, efetuava-se a exposição e discussão sobre *rankings* comparativos sobre a produção trimestral entre os membros de cada equipe NASF e entre diversas equipes NASF da mesma Área de Planejamento, gerando a sensação de competitividade entre os profissionais. A crítica do grupo focal a esse modelo gerencialista reside na desconsideração a respeito da diversidade de territórios e UBS, além de reduzir o sentido da busca pela qualidade da atenção e do cuidado em saúde. Somente a representante da AP 3.1 discordou dessa pressão sobre o NASF para o alcance das metas, embora houvesse para todas o desdobramento do papel de gerenciamento de listas de determinadas situações clínicas e sociais pelo NASF.

Outra crítica sobre a lógica burocrática do trabalho está na limitação do tempo de contato com os usuários em detrimento do tempo usado para se inserir toda a produção atualizada nos prontuários eletrônicos. Na ESF municipal, existem três tipos distintos de prontuários eletrônicos. A lógica quantitativa propicia fraudes nos registros, exemplificada pela conversão de atividades educativas em atendimentos individuais pelas eSF, prática corroborada por determinadas CAPs.

Na época das reuniões do grupo focal, o NASF aguardava a transição do acordo de metas definido em Seminários anuais da gestão municipal anterior, chamado *Accountability*, para o emprego dos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde. Previam a mudança para uma

avaliação de caráter qualitativo, com a necessidade de apresentação de comprovantes das ações em saúde, considerando metas mais tangíveis e naturais ao processo de matriciamento.

Aparece a falta de uniformidade no conhecimento das componentes do grupo focal quanto aos indicadores destinados ao NASF, conforme a Agenda Padrão da SUBPAV vigente à época dos debates. Para aquelas que os conheciam, houve o consenso em torno da determinação de 120 atendimentos (individuais ou compartilhados) e 8 visitas domiciliares mensais. A busca pelo alcance de metas é assimilada como fator complicador para disponibilidade dos membros das eSF à participação em interconsultas. Os membros das eSF tendem a preferir realizar interconsultas entre eles por considerarem sua intervenção mais objetiva e rápida do que com integrantes do NASF.

“A meta das equipes também impacta na gente, na disponibilidade deles em participarem das interconsultas conosco. Lembro que uma vez eu falei com a gerente e ela respondeu “Eu não vou cobrar isso deles, de fazerem interconsultas, porque eles têm que bater meta.”

A adoção do apoio matricial às eSF traz um processo educativo relacional entre profissionais com distintos perfis de formação e concepção em saúde, fazendo com que as nutricionistas se deparem com situações de resistência, incompreensão e aprendizado mútuo com a práxis. A dificuldade no entendimento é maior em unidades mistas, caracterizadas historicamente pelo modelo tradicional de APS. O perfil do enfermeiro e do gestor local são entendidos como essenciais para motivação ao matriciamento. Dentro das equipes NASF, a dificuldade é maior para aqueles profissionais com formação mais cartesiana. A concepção do grupo focal é de que as demandas de apoio matricial das eSF junto ao NASF devem advir de situações de menor resolubilidade por aquelas.

“Eu acho que já passei por mais de 40 eSF. Eles ficavam mudando muito a gente de equipe com os redesenhos da área. E minha área sempre foi expandindo. Eu vi coisas muito parecidas, com muita resistência ao matriciamento. É uma longa caminhada. E eu acho que eles não entendem. Às vezes a pessoa passa anos ouvindo 7aquilo, e aí, tem gente que muda. Mas tem muita gente que continua resistente. Acho que depende muito do perfil do enfermeiro da equipe. Acho que faz muita diferença. O gerente também consegue dar uma segurada. Aí, depois de um tempo, acho que eles se resignam. Aí, quando você tá com o lance do NASF bem amarradinho, você consegue fazer o negócio funcionar. Mas eles não ficam completamente satisfeitos.”

Há tendência à insistência pela gerência local e pelas eSF pela realização de atendimentos individuais pelo nutricionista do NASF e certo desmérito à educação em saúde. O movimento de resistência do NASF efetuado pela recusa em lidar com situações não

discutidas previamente em reuniões de matriciamento nas UBS gera efeito pedagógico nas eSF, com reorganização de seu processo de trabalho.

“Eu já percebi que quando você nega, você causa reorganização da equipe. Depois que eu aprendi a dizer “não”, diminuíram muito os pedidos fora do pactuado nas reuniões. Devido à minha relação com o meu núcleo, eles me ajudam nesse sentido, de qualificar a minha negativa. A psicóloga me ajuda muito nesse sentido. O foco do meu trabalho são os grupos educativos.”

Nos casos de atuação do nutricionista do NASF em mais de uma UBS, assim como um dimensionamento excessivo de eSF apoiadas, reconhecem a inviabilidade de um matriciamento oportuno, o que compromete a visibilidade das ações do NASF naquela Área de Planejamento.

“A proposta do matriciamento é ótima, mas realmente, um NASF para atender a 3 unidades, com um grande número de equipes, não tem como. A gente acaba apagando incêndio, tampando buraco e o nosso trabalho no NASF não tem visibilidade por isso! Porque a gente não consegue fazer o matriciamento.”

Predominam interconsultas, consultas individuais, grupos educativos e visitas domiciliares, em ordem decrescente de ações de cunho clínico-assistencial entre as nutricionistas participantes da pesquisa. Em média, matriciam 11 eSF, em um intervalo entre 9 e 19 eSF. O dimensionamento extrapolado compromete o processo reflexivo inerente ao trabalho no NASF. A profissional que apoia o número superior de eSF concentra-se na educação em saúde e não consegue realizar toda a agenda de ações previstas para o NASF, dentro da AP 5.1, de grande densidade populacional.

Consoante os sujeitos da pesquisa, há tendência de as eSF encaminharem casos como obesidade ou ações de vigilância alimentar e nutricional do Programa Saúde na Escola e Programa Bolsa Família aos nutricionistas do NASF, como se esses aspectos sobre a população adscrita não fossem de sua responsabilidade na coordenação de cuidados. Aham que deve ser clara a necessidade de assunção pelas eSF de ações que precisam ser executadas mesmo na ausência do NASF no território.

Quanto ao matriciamento técnico-pedagógico, há a dificuldade em se participar de todas as reuniões de eSF devido ao dimensionamento aumentado, havendo o aproveitamento de espaços informais e mídias sociais para discussão de casos. Embora o Projeto Terapêutico Singular seja adotado verbalmente na discussão de casos, não é sistematizado e registrado no formato preconizado pela gestão, nem monitorado regularmente.

O papel de regulação de encaminhamentos para outros níveis de atenção por 3 categorias profissionais do NASF, incluindo o nutricionista, conforme orientado pelo Guia de Referência Rápida da SUBPAV, fica comprometido por fragilidades na RAS.

Quando inquiridas sobre aspectos mais subjetivos, como o sentido de seu trabalho no NASF, revelaram surpresa e certa dificuldade em iniciar a discussão, trazendo respostas mais pragmáticas, como: matriciar, dar apoio, trabalho multiprofissional. Precipitadas por aquelas com formação humana mais crítica, surgiram apontamentos como o sentido da busca de um olhar mais integral sobre os usuários por meio da interdisciplinaridade e do posicionamento de escuta qualificada a necessidades explícitas e ocultas. O caráter educativo profissional promovido pelo contato com as histórias de vida dos usuários é enaltecido, bem como aquele promovido pela interdisciplinaridade.

A desconstrução de paradigmas sobre a Nutrição estritamente clínica e elitizada junto à população e aos profissionais de saúde também é expressa pelo grupo focal. Colocam a Nutrição como uma relação construída socialmente com diversos sentidos e interfaces com outras áreas de formação e atuação, que podem ser trabalhados juntos ao NASF e as eSF, de modo transversal.

3.3 CONCEPÇÕES DE SAÚDE

Com relação às concepções de saúde, buscaram-se tendências para um conceito de caráter ampliado, biomédico ou sistêmico (determinantes sociais em saúde). As participantes haviam recebido previamente algumas definições em torno dos atributos essenciais da APS, como atenção no primeiro contato, coordenação de cuidados, longitudinalidade e integralidade, baseados em Starfield (2002). A crítica à concepção da gestão municipal vigente sobre a APS como simples, seletiva e de menor valor é percebida por integrantes do grupo focal.

As nutricionistas entendem que qualquer usuário que chegue à UBS precisa ter suas necessidades atendidas, inclusive aquelas mais subjetivas e ocultas, mas comumente as eSF fazem dedução sobre as mesmas, sem oferecer o espaço para escuta qualificada, fato também favorecido pela limitação no tempo de atendimento. Referem uma posição predominante das eSF de dificuldade ou recusa imediata ao acolhimento, buscando o encaminhamento, especialmente quando o usuário pertence a outra eSF ou mora fora do território.

Muitas vezes, a atenção no primeiro contato acaba se dando por meio do NASF, embora notem que em geral, o gestor local reconhece que esse papel é das eSF. O

nutricionista do NASF identifica a residência, o ACS e a eSF de referência do usuário, e ao se colocar em posição de escuta e acolhimento, inclusive para questões inespecíficas da área de alimentação e nutrição, inevitavelmente constrói um vínculo com o mesmo. Em seguida, intermedeia a conexão do usuário com os membros da eSF. Acolher diversas necessidades em saúde fora de seu espectro específico de formação resulta em gratificação para as nutricionistas do grupo focal.

“Às vezes passa por 10 consultas com a equipe, mas quando chega no NASF, essas coisas são pela primeira vez reveladas.”

“O mais prazeroso é você fazer esses acolhimentos e descobrir que não tem nada a ver com a Nutrição. Às vezes, você vê que era uma questão de Saúde Mental e que você foi resolutivo, até. Ou uma questão do Serviço Social, você vê aquela questão de família e leva para os outros componentes do NASF. Então você vê, ao trabalhar na ESF, que você não é só nutricionista, você perpassa todas as categorias. Quando você percebe que consegue ter todo esse olhar, de identificar que nem sempre a coisa é a Nutrição, que você não puxa para falar simplesmente de alimentos, mas que existem outras prioridades de abordagem antes, é muito bom! Você consegue também identificar quando é a vez de você entrar com seu conhecimento específico.”

Partindo do pressuposto de que a definição de vínculo significa ser referência para o cuidado do usuário e que seu estabelecimento independe da categoria profissional, as nutricionistas expressam disponibilidade para que sua escuta suscite questões complexas, silenciadas e certas vezes não acessadas pelas eSF.

Destacam o predomínio da lógica do encaminhamento em detrimento da plena coordenação de cuidados pelas eSF. Segundo os sujeitos da pesquisa, os casos acabam se arrastando, até que demandem outro nível de atenção em saúde.

O NASF é considerado pelas eSF matriciadas como núcleo estratégico para a coordenação de cuidados, tendo como facilitador o papel de gestão das listas de usuários prioritários definida pelas metas do contrato que vigorou no governo passado, expostas no Seminário *Accountability*. Embora não permaneçam com o caráter de monitoramento, *ranking* e compensação com bônus para as eSF, a gestão dessas listas permanece como incumbência do NASF. Mesmo criticando a lógica gerencialista que estabeleceu as listas predominantemente clínicas, reconhecem ser um bom guia para coordenação de cuidados em situações tidas como essenciais.

Não obstante, apontam que muitas dessas situações deveriam estar alocadas em outro nível de atenção, mas com o investimento regressivo na atenção secundária e com a morbidade da população, resta para a ESF o acúmulo de demandas.

Segundo o grupo focal, o NASF busca incitar a busca pela longitudinalidade junto às suas eSF, mas creem ser esse o atributo da APS mais frágil em seu contexto de trabalho e especulam que seja de mais difícil alcance para aquelas eSF não matriciadas.

A distribuição da carga horária do profissional do NASF em mais de uma UBS é vista como um empecilho para esse estímulo junto às eSF. Com um dimensionamento justo de eSF matriciadas, acreditam que a sistematização de casos por meio do PTS convergiria para a longitudinalidade.

“O que atrapalha muito a longitudinalidade é o fato de você não está em somente uma Clínica da Família, de você ter que dividir sua carga horária em várias clínicas. Tem clínica em que estou 1,5 dia na semana.”

Percebem que a grande demanda compromete sua consecução, uma vez que mesmo conseguindo realizar a regulação completa, os casos se perdem com o passar do tempo. Para elas, o cuidado em saúde se torna superficial diante do surgimento incessante de novos casos. Um dos meios pelos quais a longitudinalidade é alcançada consiste nos grupos educativos, embora não alcancem um universo importante da população adscrita.

“Eu penso: “Gente, eu vou parar de pegar casos novos e vou me debruçar nos que já existem para mim”. Mas não tem como, é impossível. Aí, às vezes eu sinto a minha prática superficial para alguns pacientes. Algumas vezes, eu os revejo, faço uma visita domiciliar, uma interconsulta, uns 3 encontros e já se perdeu o paciente. Às vezes, a gente encaminhou, e vão aparecendo novos.”

O trabalho interdisciplinar é visto como favorável à aproximação com a integralidade, bem como a escuta qualificada à amplitude de necessidades do usuário, mas devido às fragilidades nos fluxos da RAS, torna-se difícil atingir a resolutividade. O impedimento de coordenação de cuidados pelo retardo ou não efetivação do deslocamento do usuário para outro nível de atenção é, de certa forma, recompensado pelo vínculo estabelecido ao longo dessa espera.

Dentre os obstáculos ao matriciamento na totalidade de suas dimensões, destacam: tendência à transferência de casos para o NASF ao invés do compartilhamento por parte das eSF, sem a devida escuta ao usuário; dimensionamento excessivo de usuários por eSF e de eSF por NASF; insuficiência de espaço de tempo para discussão coletiva de casos entre as eSF e o NASF; resistência das eSF às interconsultas com o NASF; falhas na configuração da RAS; fragilidade na atenção secundária; morbidade da população; e lógica gerencialista em saúde pautada em produtividade.

Percebem que a demanda para as eSF é muito grande, dificultando a reflexão sobre o processo de trabalho e a solicitação do apoio matricial. Acreditam que antes da implantação do NASF, as eSF deveriam ter recebido processos educativos extensivos sobre o conceito de matriciamento, com reconhecimento oportuno prévio pela gestão local. A experiência da AP 5.1 de abordagem pedagógica periódica e avaliações contínuas sobre o apoio matricial pelo NASF foi frisada com um exemplo positivo de extensão de sua relevância para as eSF.

Em geral, o grupo relata ter vivenciado o desvelamento da concepção idealizada sobre o apoio matricial pelo NASF, haja vista sua transformação em serviço de assistência à saúde, no município do Rio de Janeiro, diante da implantação concomitante com os desmontes dos ambulatórios da RAS (Centros Municipais de Saúde convertidos em unidades mistas, com predomínio da ESF, e menor ênfase pela gestão às Policlínicas Municipais). A regulação na área é prejudicada pelo dimensionamento regressivo de nutricionistas estatutários que estariam nos ambulatórios, diante da não realização de concursos desde 2008. Aquelas que atuam no mesmo espaço que nutricionistas estatutários expressam resistência daqueles sobre o modelo de APS baseado na ESF e no NASF, havendo falhas na comunicação. Portanto, torna-se difícil para os membros do NASF resistirem à lógica ambulatorial.

“Antigamente se tinha essa visão romântica de que o NASF faria um matriciamento perfeito e com certeza, faríamos o PTS maravilhoso. Só que a gente virou um serviço. A gente virou parte da assistência. E é assim. Se a gente fizesse só matriciamento, ok. A gente teve reunião com nossa apoiadora da CAP e a psicóloga levou essa questão que tinha sido levantada no fórum. A apoiadora concordou que o NASF não está fazendo matriciamento há muito tempo, porque tem muita falha na rede. Se a gente tivesse ambulatório de tudo, tudo bem, mas não tem.”

A chegada de especialistas do NASF dentro da RAS resultou na abertura de agenda ambulatorial pelas expectativas das eSF e da população. Ressaltam ainda a absorção de demandas devido à dificuldade em encaminhar determinadas situações em saúde para outros pontos de atenção, pela ausência de referência na RAS. Com isso, destacam a insegurança sobre a resolutividade de suas ações diante de doenças crônicas e complexas cuja assistência tem recaído sobre o NASF.

No que tange à dimensão técnico-pedagógica, em geral, o grupo aponta pouco apoio por parte da gestão local para o seu desenvolvimento junto às eSF, bem como o desinteresse de grande parte das equipes técnicas por ações de educação continuada pelo NASF, percebendo uma visão fragmentada em saúde. A adesão dos ACS costuma ser mais expressiva que das equipes técnicas. Por vezes, quando solicitadas informalmente orientações

nutricionais por demandas pessoas de membros das eSF, este momento é aproveitado para vinculação e promoção de apoio técnico-pedagógico na área.

“Tem ainda aquela coisa de eles ficarem demandando atendimento para eles próprios, para emagrecimento. Quando começa a avolumar isso, eu marco um grupo de saúde do trabalhador com eles. Eu e a fisioterapeuta até temos esse grupo contínuo, mas não tem muita adesão. Eles vão nas primeiras semanas, depois param de aderir e pedem consulta. A gente acaba trabalhando um pouco do matriciamento pedagógico em alimentação e nutrição pela demanda que eles trazem para eles mesmos.”

Para aumentar a atratividade, a maioria das nutricionistas acaba adaptando a educação profissional em saúde para os 20 minutos finais das reuniões de eSF, de forma subsequente às discussões de casos. É utilizado o termo capacitação para designar esse tipo de ação educativa pontual. Quando há a especificidade de reuniões de matriciamento, que costumam ser mensais, a participação não pode ser constante, porque os membros do NASF se dividem, uma vez que acumulam ações em mais de uma UBS.

Os temas mais presentes nas discussões técnico-pedagógicas compreendem aleitamento materno, alimentação complementar, avaliação nutricional, obesidade e fluxos para regulação de diversas situações em saúde que precisariam estar em outro nível de atenção em saúde.

Embora não sistematizado formalmente, o Projeto Terapêutico Singular é predominantemente elaborado pelo NASF, na ausência das eSF, as quais, no entanto, reconhecem que as discussões de casos com o apoio matricial trazem uma complexificação positiva sobre os mesmos. Na construção do PTS, definem-se os agendamentos e responsabilidades, mas como dito anteriormente, os prazos se perdem em virtude de novas demandas incessantes.

Como informado nas concepções de trabalho, a dimensão clínico-assistencial é praticada de forma decrescente em: interconsultas, atendimentos individuais, grupos educativos e visitas domiciliares.

Percebem que a aceitação das eSF à participação em interconsultas é proporcional ao espaço concedido ao NASF nas reuniões de equipe para discussões sobre o matriciamento. Em geral, há a necessidade de posicionamento de resistência às consultas individuais para pressionar as eSF para execução de interconsultas, propaganda de seu saber técnico para aproveitamento em interconsultas ou penetração intencional em consultas individuais que já estão ocorrendo só com membro das eSF.

“Mas eu também comecei a entrar no espaço da interconsulta meio que de penetra na própria consulta do profissional da equipe mínima. E no agendamento do retorno, eu pressionava que participaria também. Às vezes, no dia eu aviso que tenho interconsultas com ele. Acho que isso ajudou. Agora, quando remarcam, já consideram que vou estar presente.”

As participantes acreditam que o ideal seria que tais demandas fossem suscitadas pela eSF, ao se depararem com limitações técnicas para determinadas abordagens, de modo a recorrer ao NASF. Porém, na realidade, a partir da exposição oral do NASF nas reuniões, é que são emanadas as necessidades de atendimentos compartilhados.

Apesar da crítica de prejuízo à visibilidade do NASF pela lógica gerencialista que vigorou na gestão anterior, aproveitaram a orientação da gestão da CAP ou OS para estruturar o matriciamento com base nas listas de situações de saúde consideradas prioritárias pelos indicadores do contrato de gestão do governo anterior, para motivação à prática de interconsultas com as eSF.

Entendendo o momento da interconsulta como oportunidade de educação nutricional e em saúde, as nutricionistas do grupo focal referem incômodo ao terem que acelerá-la por restrições no tempo do profissional da eSF. Por vezes, a interconsulta não é efetiva, devido à pequena interação do outro profissional, ocorrendo apontamentos fragmentados.

“É aquele negócio. Predomina a interconsulta, mas não necessariamente se trata de uma interconsulta. Ele está ali do meu lado, mas às vezes está no celular ou no computador, e de repente, quando falo algo sobre Nutrição que ele desconhece, ele se desliga do que está fazendo e solta alto: “Jura?”.”

Segundo as participantes, quando há uma pretensa sensação de domínio e autonomia na abordagem da área de alimentação e nutrição por membros da equipe técnica, as demandas por apoio matricial são mascaradas, o que costuma ser esclarecido nas reuniões de matriciamento ou na própria interdisciplinaridade durante a dimensão clínico-assistencial.

Nos atendimentos individuais, quase sempre é extrapolado pelas nutricionistas o prazo máximo de 20 minutos pela gestão da UBS para o contato com o usuário. Elas alegam insuficiência de tempo para escuta qualificada (por vezes, a primeira oportunidade para o usuário dentro daquela UBS) e para sua atuação específica.

O grupo focal destaca a potencialidade da educação em saúde, mas percebe pouca valorização e discreta participação nas mesmas por parte das eSF, que corroboram a hegemonia da lógica ambulatorial. Grande parte dos grupos educativos se consolidam e sustentam devido à presença do NASF, com suporte dos ACS. Para as nutricionistas, conseguir a participação da equipe técnica gratifica seu papel no NASF. Valorizam o efeito

pedagógico mútuo decorrente da interdisciplinaridade, especialmente em grupos educativos, ensinando os profissionais no reconhecimento do momento de escutar e de se colocar verbalmente com seu núcleo de saber específico.

A estrutura física da UBS pode influenciar a tendência ao predomínio de atividades extra-muros (explorando equipamentos sociais, a visita domiciliar e o próprio território) ou a lógica ambulatorial, entendendo-se o número grande de consultórios como limitante da promoção da saúde. Nas atividades externas, as nutricionistas deparam-se com possibilidades de descobrir potencialidades de atuação além de seu núcleo de saber.

“Quando eu entrei, com essa questão de a gente não ter sala favorecia atividades extra-muros. Então, era PSE direto. Todas as escolas me viam frequentemente. E os grupos educativos também, porque não precisavam de sala específica. Depois que a gente foi para outro espaço físico, principalmente em uma das unidades, meus atendimentos individuais cresceram vertiginosamente. Até minha apoiadora fez uma intervenção, recomendando que eu fizesse mais interconsultas.”

Geralmente, as demandas por visitas domiciliares provêm do NASF ou dos ACS, de maneira subsequente à discussão das listas por patologia ou ciclos da vida que contavam para os indicadores pregressos. As nutricionistas percebem realização por parte dos ACS em conduzirem o profissional que não compõe a equipe mínima às residências e em busca de resolutividade. Elas referem gratificação profissional e pessoal com a interdisciplinaridade e mediante o conhecimento do contexto social das famílias.

Com relação às linhas de cuidado enfatizadas pelo grupo focal, de fato sobressaltam aquelas inerentes à lógica programática baseada em doenças crônicas ou em fases do ciclo da vida. Reiteram o lado positivo das metas pactuadas no seminário da gestão anterior, que facilitaram o acesso a determinados grupos de usuários que antes eram vistos com menor frequência ou estavam desassistidos, uma vez que culminaram na programação de listas prioritárias. Essas listas ajudaram a organizar o fluxo de atendimento das eSF e da UBS.

As diversas fases do ciclo da vida são acompanhadas, com ênfase ao público materno-infantil, seja em condições normais ou em risco (pré-natal, puericultura, gestação de risco, bebê em déficit nutricional). Os beneficiários do Programa Bolsa Família e a atuação junto ao Programa Saúde na Escola ganharam destaque a partir da orientação de tais listas.

Em virtude do destaque da meta laboratorial de monitoramento da hemoglobina glicada pelo nutricionista do NASF, diabéticos recém-diagnosticados, descompensados e/ou amputados são vistos com grande frequência. Hipertensos descompensados e pessoas com doença renal crônica também. Usuários restritos ao leito, ostomizados e com necessidade de

terapia nutricional enteral em domicílio acabam tendo seus cuidados coordenados pela ESF após a alta referenciada pela atenção terciária. Segundo o grupo focal, são considerados pela gestão como casos graves de que a APS pode dar conta.

O lado negativo apontado para a definição de uma lista generalizada do perfil de usuários a serem priorizados é que não considera a especificidade epidemiológica de cada território. Membros do grupo focal salientam a importância da presença de um profissional sanitário em cada equipe NASF ou minimamente na CAP para realização de diagnóstico situacional em cada território.

Quanto às concepções de saúde do grupo focal no que diz respeito ao modelo de gestão que vigorou até a mais recente transição política, cabe a crítica de que gerou uma cultura organizacional que confunde resolutividade com produtividade. As diversas possibilidades de apoio matricial ficavam injuriadas pela cobrança quantitativa às eSF por procedimentos, comprometendo a visibilidade das ações do NASF. Um dos elementos constituintes da agenda clínico-assistencial do NASF, a educação em saúde, considerado pelas participantes como um dos mais resolutivos, recebia menor valorização pela gestão no rol dos indicadores. Naquele modelo gerencial baseado em meritocracia, fraudes eram recorrentes, como a conversão pelas eSF no prontuário eletrônico, do momento de entrega coletiva de resultados de exames como atendimentos individuais e grupos de educação em saúde concomitantes. Como alguns indicadores eram bioquímicos, valores como da hemoglobina glicada foram manipulados arbitrariamente com vistas ao alcance de metas, pelas eSF. O mascaramento do alcance de metas justificava a permanência de um dimensionamento de excessivo de eSF matriciadas por equipe NASF, de acordo com o grupo focal.

“Eu cheguei a me perguntar: “Em que lugar estou na Atenção Básica?”, porque no Accountability do ano passado teve muita manipulação de dados. Era claro que aquilo não estava acontecendo na realidade e a gente acabou mostrando um número que foi completamente arbitrário. Os coordenadores satisfeitos, achando que a unidade estava ótima e a realidade não era aquela. Então, isso acontece também no desespero quando o enfermeiro vê que não deu conta daquela demanda. Cara, ele vai colocar um 7 para aquela hemoglobina glicada e ok. Para quem quer número, é isso que vai acontecer.”

A ideia-força presente no grupo focal sobre a lógica gerencialista em saúde é de que embora tenha havido algum efeito positivo no direcionamento do trabalho diante da morbidade da população, a persecução de metas quantitativas vai na contramão do SUS e não repercutiu na melhoria da qualidade do cuidado em saúde, por restringirem o tempo com o usuário e o conhecimento de suas necessidades reais. Questionam a desproporção entre as

condições de trabalho oferecidas e o peso conferido às metas de produtividade. Discordam da exposição e comparação de resultados entre as eSF e UBS, assim como alertam sobre os prejuízos acarretados à população diante da tendência a fraudes e a distribuição financeira desigual à infraestrutura de cada UBS.

Os indicadores pactuados no seminário *Accountability* ficaram atrelados à gestão anterior, do prefeito Eduardo Paes. A adoção de indicadores de produtividade baseados na Agenda Padrão e no Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde, foi considerada de alcance mais tático pelas nutricionistas do grupo focal. As expectativas de retorno financeiro ao NASF subsequente ao atingimento das metas foram perdidas, uma vez que as eSF deixaram de ser contempladas com os bônus no salário, embora o PMAQ também mobilize recursos para a APS conforme os resultados de cada eSF. A Agenda Padrão mantém o viés quantitativo, mas no PMAQ sobressai a busca por qualidade e solicita documentos comprobatórios. Apesar de nortear a qualidade, não direciona o olhar das para os usuários previstos nas listas prioritárias do *Accountability*, que por considerarem relevantes, a prática da identificação e monitoramento continuaram a ser adotadas pela CAP, gestão local, eSF e NASF.

“O *Accountability* é completamente número e o PMAQ é a qualidade. Ao invés da quantidade de reuniões, pede os documentos que comprovam, como ata, livro de planejamento. Para a qualidade, os indicadores do PMAQ são muito bons para nortear, mas para a gestão daquelas listas, não.”

Em ambas as gestões municipais, a ausência de um mapeamento atualizado de fluxos da RAS e da articulação entre os serviços de saúde são apontadas como um gargalo para a coordenação de cuidados pelo NASF. Em meio às medidas de austeridade e ajuste econômico do Prefeito Marcelo Crivella, as participantes assimilam desmérito à APS.

Quando se referem à avaliação das concepções de saúde e doença das eSF matriciadas, as integrantes do grupo focal expõem críticas ao predomínio dos modelos biomédico, enquanto expressam entre suas próprias concepções a convergência com o modelo sistêmico.

Do modelo biomédico, destaca-se a valorização da permanência da gestão de listas de usuários prioritários com foco em doenças, o monitoramento de indicadores laboratoriais e o papel do NASF como serviço de assistência à saúde. Percebem o foco das eSF na intervenção sobre a dor física por meio da medicalização, compartimentalização das categorias do NASF ao valorizarem a encaminhamentos e a lógica ambulatorial dentro da UBS, concedendo um menor valor à educação em saúde. Elas fazem a crítica ao modelo biomédico, crendo haver

um contraste entre as concepções dos profissionais do NASF e das eSF sobre saúde e doença. Expressam preocupação com o impacto sobre os usuários e questões éticas diante dessas divergências de formação ou concepção na atuação profissional.

“Tem muito disso também: o profissional tem uma linha de pensamento um pouco tradicional de lidar com a saúde. Aí, você vem com uma visão mais ampla. E no meio tem o paciente, que fica: “sigo ele ou sigo a outra?”. Temos que procurar um meio-termo para não “desfalar” aquele profissional por questões éticas e ao mesmo tempo tentar chegar a um consenso.”

Do modelo sistêmico, trazem de suas próprias concepções que as iniquidades no alcance de determinantes sociais da saúde são empecilhos para a resolutividade de ações das eSF e do NASF. Valorizam a necessidade de diagnóstico situacional em saúde do território, com vistas à identificação de fatores condicionantes ou determinantes.

A fim de se captarem inclinações em suas concepções de saúde e doença, o grupo focal foi inquirido sobre as causas da obesidade e de doenças crônicas no território. Predomina o discurso sobre múltiplos determinantes sociais para a obesidade, incluindo acesso e disponibilidade do alimento *in natura*, questões psicológicas e culturais, precariedade da mobilidade urbana, violência.

É frisada a questão cultural e o *status* conferido aos produtos alimentícios ultraprocessados, bem como a menor taxa de impostos e a maior oferta desses em detrimento dos alimentos *in natura*. Os artifícios apelativos da indústria, da publicidade à palatabilidade (hipersabor) dos ultraprocessados, são apontados como causas relevantes.

Também aparece a consideração sobre estilo de vida visto em lógica comportamental de escolhas individuais que efetivam o risco de obesidade e doenças crônicas, como sedentarismo, falta de autocuidado, rede de apoio frágil e sabotadora. Houve destaque a uma ideia-força de uma insuficiente reflexão das pessoas sobre seus hábitos alimentares, cabendo ao nutricionista esse estímulo.

Notam que os grupos educativos conduzidos pelas eSF costumam ter foco na doença e são mais expositivos, ao passo que aqueles conduzidos pelo NASF (muitos deles, extra-muros da UBS) têm uma lógica mais ampla em saúde, de caráter preventivo e que protagoniza os usuários. Percebem que o convite dos ACS para educação em saúde traz como alegação a promoção da saúde, enquanto que quando parte da equipe técnica, o chamariz consiste no cuidado sobre a doença.

Egressas de residências multiprofissionais destacam a construção social simbólica da alimentação, expressando o papel do profissional da ESF em favorecer a reflexão sobre a

criticidade e a autonomia do usuário em suas escolhas. Apontam a delicadeza em se tocar em detalhes da construção familiar de hábitos alimentares, especialmente com pessoas com doenças crônicas que requeiram alguma restrição ou adaptação. Fazem analogia entre a anamnese alimentar e a confissão, considerando uma abordagem íntima sobre o sujeito, que requer a constituição de um vínculo prévio com o profissional. Por vezes, veem que a alimentação é tida como único mecanismo de prazer para pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social e a falta de perspectiva de melhores condições de vida acaba por desmotivar sua revisão de hábitos.

“E tem todo o papel de socialização da alimentação. Então, se você não come nada daquilo que sua família toda está comendo, isso é chato, né? Então é muito forte você mexer nessa mudança de papéis. Às vezes, o doente crônico, como o diabético por exemplo, fala: “mas minha família toda come coisas que eu não posso e eu acabo comendo o que eles comem”. É uma pressão muito forte.”

As relações intersetoriais promovidas pelo NASF exprimem articulações com a Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH), por meio do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e do Conselho Tutelar. Com a Secretaria Municipal de Educação (SME), o relação se dá por meio dos Núcleos de Saúde na Escola e pela educação em saúde nos estabelecimentos de ensino. Diante de fragilidade na comunicação com a Subsecretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD), realizam parcerias com institutos de reabilitação e centros de convivência para pessoas com deficiência conduzidos pela sociedade civil e presentes nos territórios. As articulações com as Associações de Moradores são frequentes, equipamentos como a Vila Olímpica e espaços de projetos sociais comunitários costumam ser utilizados para promoção de atividade física. Por vezes, ocorre a pactuação de doações de alimentos por instituições religiosas e supermercados. Efetua-se parceria com sítios, clubes, Corpo de Bombeiros, o Serviço Social do Comércio (SESC) e outros dispositivos do entrono para realização de grupos educativos e/ou oficinas culinárias. O grupo focal enaltece o valor educativo proveniente das trocas interdisciplinares estabelecidas com outros setores formais e informais.

As articulações intra-setoriais mais frequentes são aquelas estabelecidas junto à rede de atenção psicossocial, sendo que todas as participantes do grupo focal contam com a presença de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) em seus territórios. O CAPS especializado em Álcool e outras Drogas (Ad) não existe na AP 5.1.

Para precipitar discussões sobre a promoção da saúde e da alimentação saudável, questões inerentes às diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e ao

Caderno de Atenção Básica sobre o NASF foram apresentadas. Das diretrizes da PNAN, houve maior menção à promoção da alimentação adequada e saudável; vigilância alimentar e nutricional; participação e controle social; pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição.

A imersão em situações de saúde que caberiam à atenção secundária e em demandas burocráticas e tecnológicas restringe o tempo para promoção da saúde, que se efetiva principalmente por meio dos grupos educativos e do PSE, consoante o grupo focal. Os grupos conduzidos pelas eSF basicamente abordam aleitamento materno, alimentação complementar, diabetes e hipertensão. Na presença do NASF, o acesso costuma ser democrático, sem seleção por estado nutricional ou por patologia, mais voltados para saúde e vitalidade. O emprego de oficinas culinárias para promoção da saúde depende de recursos do nutricionista ou dos usuários, em virtude da falta de infraestrutura institucional para esse fim.

A partir do estímulo à implantação e manutenção de hortas nas UBS, com apoio de usuários e ACS, propõem-se discussões sobre cultura alimentar, segurança alimentar e nutricional, sistema alimentar, sustentabilidade e agroecologia, com vistas à valorização dos alimentos regionais e *in natura* como patrimônio.

Reconhecendo o frequente consumo de produtos alimentícios ultraprocessados nos territórios, as nutricionistas têm como mote a redução de danos, promovendo o estímulo à criticidade e interpretação de seus rótulos, apresentação concreta das quantidades de sal, açúcar e gordura em produtos industrializados, bem como discussões sobre a publicidade e os apelos da indústria e da mídia. No que diz respeito à vigilância alimentar e nutricional, que expressa as tendências nas condições de alimentação e nutrição na população, as profissionais apontam: falhas no diagnóstico nutricional coletivo em virtude da qualidade da aferição e do registro; inadequação dos pontos de corte para avaliação nutricional pelos prontuários eletrônicos. Questionam a validade dos dados de consolidação do perfil nutricional disponível na plataforma SUBPAV, que se baseia em apenas um tipo de prontuário eletrônico, que não gera classificação automática do estado nutricional.

Entendem que o valor da vigilância alimentar e nutricional não é significativo para as eSF, culminando na autocobrança do nutricionista do NASF por todo esse processo, mas inviabilidade diante do número excessivo de eSF matriciadas. Com isso, pelo nutricionista, há focalização nos participantes de grupos educativos e de alcance pelo NASF, em uma amostra não representativa do território como um todo.

Sobre a participação popular, no período de realização dos debates (maio a julho de 2017), o grupo focal referiu repressão por parte dos gestores locais quando suscitadas

discussões a respeito dos desmontes em políticas sociais, incluindo o SUS, junto aos usuários. No entanto, os usuários são comumente estimulados pelo NASF a participarem das reuniões do Colegiado Gestor. A atuação dos profissionais do NASF em mais de uma UBS é um fator limitante para sua participação nessas reuniões de controle social.

O grupo focal coloca o pesar de haver pouco estímulo institucional para realização ou participação em pesquisas, além da absorção por demandas assistenciais em saúde e reduzido tempo para planejamento e reflexão sobre o processo de trabalho.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento deste estudo exigiu a construção do referencial teórico centrado na relação ontológico-histórica e ajustes neoliberais sobre trabalho, educação e saúde, bem como as influências sobre a formação e a atuação em Nutrição.

Necessário também foi buscar a historicidade o objeto, de maneira a se retomar o processo da Reforma Sanitária, da ESF e sua especificidade no município do Rio de Janeiro, a fim de se caracterizar o processo de trabalho dos nutricionistas nas equipes NASF Rio.

Para além dessa incursão teórica e documental, a realização do trabalho de campo equivaleu ao ponto fundamental deste estudo, pois somente com ele puderam ser apreendidas as mediações que constituem as concepções e trabalho, educação e saúde dos nutricionistas do NASF Rio. Estas devem ser compreendidas nos limites deste estudo, do ponto de vista tanto da relação mais orgânica com a teoria, quanto do caminho metodológico traçado e a viabilidade relativa de obtenção de mais dados ou mesmo da profundidade dos dados obtidos. Foram válidas as inferências feitas a partir das análises, as quais pretendem cumprir com a finalidade anunciada na Introdução, de contribuir para a construção do conhecimento da Nutrição na perspectiva histórica e dialética, com algum potencial de intervenção na política pública.

No que diz respeito às concepções de educação, predominou na formação dos nutricionistas do grupo focal o caráter pragmático e tecnicista, constatando-se a hegemonia da área biomédica, hospitalocêntrica e clínica. A didática nas disciplinas de Dietoterapia foi considerada expositiva e conteudista, oferecendo limitadas possibilidades de reflexões críticas.

Ainda que as profissionais tenham apresentado motivação prévia por especialização ou pela práxis para a inserção na ESF, suas demandas por educação continuada também inclinam-se para Nutrição Clínica, área dominante e que traz mais proximidade do mercado e de retorno financeiro, em meio a sua instabilidade de vínculo empregatício junto às OS. Também subsidia a atuação na ESF, em cenário epidemiológico marcado por prevalência de doenças crônicas e uma configuração da RAS sem referências clínicas nos demais pontos de atenção.

A fim de trazer sentido à articulação entre Ciências Sociais e Saúde, recomenda-se a realização de disciplinas da área de Humanas, como Sociologia e Psicologia, em períodos mais tardios, a fim de que tragam contextualizações com situações reais apreendidas nos estágios de Nutrição em Saúde Pública ou Coletiva.

As disciplinas de Saúde Pública, Nutrição em Saúde Pública e Educação Nutricional parecem potenciais para despertar um perfil profissional inclinado para a integralidade, requerendo vinculação com a prática. A vivência de estágios em APS, com a possibilidade de abordagem familiar, identificação de necessidades nos territórios e a interdisciplinaridade é vista pelo grupo focal como essencial.

As nutricionistas entendem o SUS como espaço pedagógico complementar às mediações teóricas da graduação. O incentivo da academia para engajamento dos graduandos em movimento estudantil e em ações sociais faz-se importante para reconhecimento dos princípios do SUS e de valores do Estado de Bem-Estar Social. Os desmontes sociais contemporâneos podem ameaçar a formação mais humanista e integral como previsto no texto geral das DCN.

O grupo focal valoriza a linha pedagógica da problematização, empregada nas Residências Multiprofissionais em Saúde e na Educação Permanente no SUS, e que lhes educou sobre o NASF via prática. Reitera-se que as reflexões críticas sejam estimuladas de modo ampliado durante a formação, para evitar a instrumentalização ou experimentação na prática.

A gratificação financeira por titulação na área de Saúde da Família, Coletiva ou Pública é considerada estimulante para profissionais com essa formação e contribui para a relevância desses cursos, ao encontro do fortalecimento do SUS. O ideal é que residentes em Saúde da Família ou Medicina/Enfermagem de Família tenham preceptores e não sejam dotados da responsabilidade técnica pela eSF enquanto ainda estão em formação.

O reconhecimento da educação continuada disponível pelo INAD ratifica sua permanência enquanto órgão técnico em Alimentação e Nutrição no município e a concessão de maior destaque dentro da SMS. As participantes demandam maior oferta de ações de educação profissional em saúde pelas CAPs e articulações com instituições acadêmicas. Dentre os temas de maior interesse para educação continuada, destacam-se: comportamento alimentar, obesidade, saúde mental, fitoterapia e metodologias para educação em saúde, nos quais podem ser incorporadas discussões transversais a várias áreas de conhecimento.

Quanto às concepções de trabalho, o princípio educativo e criativo das nutricionistas é mais despertado nos grupos educativos em saúde conduzidos com maior autonomia pelo NASF, ou na viabilidade de atendimentos efetivamente compartilhados com outros núcleos de saber, de modo relacional com outras categorias profissionais e com as histórias de vida dos usuários. Entretanto, a lógica gerencialista em saúde que vigorou especialmente na gestão

passada, mas que ainda orienta as linhas de trabalho e cuidado em saúde evidencia o pragmatismo e funcionalismo nas demais formas de suporte matricial.

Enfatiza-se a necessidade de aumento na frequência das reuniões de matriciamento, com formalização no planejamento de ações e construção de PTS para os casos mais complexos. A educação em saúde deve ser o carro-chefe do matriciamento clínico-assistencial do NASF, com presença constante de membros das eSF, para legitimar sua responsabilização pela população adscrita e cumprir concomitantemente o eixo técnico-pedagógico sobre cada núcleo de saber do NASF com as equipes de referência. Segundo as integrantes, a Agenda Padrão da SUBPAV precisa conferir mais valor à educação em saúde para resolutividade pelo NASF. Em paralelo, é imprescindível o investimento nos demais níveis de atenção, constituindo referências de serviços especializados para a população.

O dimensionamento ideal de eSF matriciadas, conforme apontado pelo Caderno de Atenção Básica do NASF, e a permanência da equipe NASF em um número menor de UBS traria mais coesão às equipes e melhores condições de trabalho. O número médio de equipes de Saúde da Família matriciadas pelo nutricionista do NASF Rio é de 11, que supera a recomendação máxima de 9, existindo áreas do município com até 19 equipes sob seu suporte técnico, o que denota excesso de trabalho e traz questionamento sobre a qualidade desse matriciamento. A ideia de polivalência pretendida pelo modelo das competências na gestão do trabalho mascara um cenário organizacional constituído pelo enxugamento no quadro de trabalhadores, que conduz à intensificação do trabalho atrelada à busca incessante por resultados em prol da organização, assimilada em convencimento e consenso coletivo (DELUÍZ, 2001).

A comunicação mais clara e preventiva sobre a classificação de risco de violência, a flexibilidade de tempo de contato com o usuário e a desburocratização mediante adoção de indicadores mais qualitativos trariam melhores condições de trabalho. Urge a unificação dos prontuários eletrônicos por meio do e-SUS, com possibilidades de consolidação de relatórios, como por exemplo, sobre o estado nutricional.

A metodologia da problematização é reiterada ao se discutir o modelo ideal de processo seletivo para o NASF, com interlocução com conceitos existentes no Caderno de Atenção Básica. A vivência prévia em APS e em interdisciplinaridade foi valorizada pelo grupo focal, ratificando a educação pela práxis.

A teoria fica frequentemente subsumida à prática, recorrendo-se ao pragmatismo e condutivismo, de modo instrumental ou experimental, com predomínio do viés clínico conforme ocorram situações em saúde a serem problematizadas em equipe.

É requerida a homogeneidade entre os papéis das CAPs e das OS junto aos profissionais do NASF, uma vez que a hierarquia e a discussão sobre o processo de trabalho têm sido feitas por representantes distintos. Da mesma forma, a alta rotatividade e a variação nos perfis de gerentes selecionados para as Clínicas da Família trazem a falta de uniformidade na condução do processo de trabalho, interferindo no grau de valorização do apoio matricial do NASF.

A hibridização de vínculos na SMS impede a constituição da coletividade de profissionais de saúde, trazendo instabilidade àqueles vinculados às OS e desmobilizando reivindicações políticas em prol da APS e SUS. A realização de concurso público com ampla provisão de vagas para a área é esperada pelas participantes do grupo focal.

Há resistência e crítica das nutricionistas às tendências biomédicas nas concepções de saúde das eSF, predominando entre elas a visão sistêmica, de determinantes sociais em saúde, e discursos algo culpabilizantes sobre escolhas individuais. No entanto, ressaltou-se a motivação por um conceito ampliado em saúde.

Apresentam bom entendimento sobre os atributos essenciais da APS, colocando-se em posição de escuta qualificada e acolhimento junto aos usuários, mesmo porque a atenção no primeiro contato costuma se dar por meio do NASF. A abertura para questões que transcendem a área de formação lhes coloca rumo à integralidade e a um conceito ampliado em saúde. Entendem que as eSF devem estar presentes no processo de acolhimento.

A coordenação de cuidados tende a ser realizada pelo NASF mas seria otimizada com a regulação eficiente e uma melhor estruturação da atenção secundária, como informado anteriormente. A longitudinalidade é o atributo mais frágil, em virtude das amplas demandas para a ESF e do dimensionamento excessivo de usuários por eSF e do número de eSF matriciadas pelo NASF.

Acreditam que a dimensão técnico-pedagógica do matriciamento precisa ser mais valorizada pela gestão local e em consequência, pelas eSF, para que as demais expressões da dimensão clínico-assistencial também sejam melhor oportunizadas, em especial aquelas que agregam a interdisciplinaridade e escapam da lógica ambulatorial individualizante.

As linhas de cuidados enfatizadas pelos indicadores oriundos do contrato de gestão que vigorou anteriormente são preservadas, com lógica programática baseada em doenças crônicas (notadamente laboratoriais) ou em algumas fases do ciclo da vida. Estas têm seu reconhecimento pelas nutricionistas do grupo focal, como guia para alcance de grupos de usuários que estavam desassistidos. Tratou-se de uma compensação para falhas na RAS, colocando o NASF como um serviço especializado dentro da APS municipal. Se houvesse a

ampla oferta de especialidades na rede secundária de atenção, haveria filtro para um maior papel de promoção da saúde e orientação do processo de trabalho mais afastado da lógica programática, o que em geral, tentam realizar por meio dos grupos educativos, mas das quais não conseguem escapar nas ações assistenciais.

Sobre o modelo de gestão que vigorou até a última transição política, o grupo teceu críticas à cultura organizacional que passou a confundir resolutividade com produtividade. As diversas possibilidades de apoio matricial ficavam injuriadas pela cobrança quantitativa às eSF por procedimentos, comprometendo a visibilidade das ações do NASF. O mascaramento do alcance de metas pelas eSF justificava a permanência de um dimensionamento de excessivo de eSF matriciadas por equipe NASF, de acordo com o grupo focal.

Haja vista a contemplação predominante de linhas de cuidado para determinadas patologias, prevalece o modelo de atenção à saúde biomédico sobrepujando a medicina comunitária que teria a ESF como reorientadora da rede.

Dessa forma, a concepção de saúde fundamentada parece residir na ausência de doença e subliminarmente deve considerar o estilo de vida por uma lógica comportamental de escolhas individuais, com a possibilidade de modificação do comportamento de risco. Para Castiel, Xavier e Moraes (2016), sob pano de fundo do ultraindividualismo, a perspectiva gestonária mescla-se com a ideologia do risco ao fundamentar em uma certa moralidade o alcance de indicadores de saúde ideais, tendo as escolhas de vida como elementos principais.

A subjetividade neoliberal incorporada aos corpos dos sujeitos inclui a adoção de termos como escolhas individuais, riscos à saúde, estilo e qualidade de vida, frequentemente apresentados nos relatos do grupo focal no eixo concepções de saúde. Entendida em uma perspectiva histórico-crítica e articulada com Ciências Sociais, pode-se minimizar o potencial do campo da Nutrição em corroborar com o desenvolvimento cultural da individualização das questões de saúde. A situação de saúde e nutrição das pessoas no momento atual passa por influências da publicidade da indústria alimentícia; da fragilidade no rigor sobre a rotulagem de produtos alimentícios ultraprocessados, incorporação de agrotóxicos e aditivos alimentares; dificuldades na mobilidade urbana; insegurança pública; precarização no trabalho com redução no tempo disponível para o lazer, desenvolvimento de habilidades culinárias e autocuidado em saúde; vulnerabilidades sociais; entre diversas questões que divergem da possibilidade individual e autônoma para “escolhas de vida saudáveis”.

Especificamente sobre o monitoramento dos valores de hemoglobina glicada, atribuição vinculada aos nutricionistas do NASF pelas linhas de cuidado orientadoras da ESF municipal, a atenção aos indivíduos e suas famílias pode se afastar de uma abordagem integral

em saúde, sendo que este é apenas um dos indicadores bioquímicos de escolha a serem considerados para avaliação clínica de pessoas com diabéticos. Cabe apontar a presença de um conglomerado de operadoras de plano de saúde contratadas para execução de exames laboratoriais na rede municipal de saúde, a partir da gestão iniciada em 2009, fazendo com que a rotina de investigação bioquímica beneficie o setor privado.

Ademais, abordagens mais integradas, que transcendam os aspectos bioquímicos, clínicos ou limitados ao público daquelas listas, podem variar conforme a disponibilidade à escuta e acolhimento de cada profissional ou equipe NASF.

Certas fases do ciclo da vida e pessoas com outras patologias acabam não sendo contempladas com a mesma frequência, em virtude desse processo de avaliação de desempenho, que tendia a desviar o olhar dos profissionais.

Logo, percebe-se que os resvalos mais prováveis ao SUS constitucional por meio do gerencialismo na ESF municipal, afetam principalmente os princípios doutrinários de integralidade e a universalidade.

Consoante Mattos (2004) a integralidade deve abranger políticas de saúde e respostas governamentais que articulem ações preventivas e assistenciais, considerem as necessidades de saúde de forma ampliada e promovam processos de trabalho que abordem questões além daquelas explicitamente demandadas pela população. A disponibilidade para escuta e acolhimento às intersubjetividades e necessidades veladas ou silenciosas da população é requisito fundamental em uma perspectiva integral.

O mecanismo avaliativo que era baseado na meritocracia de *rankings* na gestão anterior, com bonificações ou sanções de acordo com o alcance de metas reduzia a autonomia do profissional de saúde e deve ter incitado uma cultura organizacional de competitividade entre as unidades de saúde, que por lidarem constitucionalmente com proteção social e pressuporem integração da RAS com vistas à integralidade, deveriam ser baseadas em colaboração.

A universalidade tem como cerne o conceito ampliado de saúde, que se confunde com o direito à vida, contemplando o acesso universal às ações e serviços de saúde, estruturados de forma holística com base nas condições ideais de vida dos sujeitos sociais (MATTA, 2007).

Convivendo com essa realidade, uma das possibilidades de tornar essas metas mais reais à saúde da população é considerar a construção local das necessidades de saúde, por meio do controle social e participação dos profissionais envolvidos na assistência à saúde, e não de forma vertical. O desafio é não desmerecer a Clínica, mas associá-la com as contribuições das ciências sociais, uma vez que é pela primeira que os usuários se vinculam

aos profissionais e serviços de saúde, podendo exercer seu ato de democracia ao manifestarem sua posição em favor da adoção prática do SUS legal (CAMPOS, 2000).

Discussões mais frequentes sobre o processo de trabalho no NASF, à luz dos princípios do SUS, atributos da Atenção Básica em Saúde, reflexões e mobilizações crítico-emancipatórias acerca dos desmontes contemporâneos são demandas urgentes na luta pela igualdade, integralidade e universalidade. É importante o estímulo ao controle social, como a participação da população nas reuniões do Colegiado Gestor e nas manifestações políticas.

O sentido político inscrito nos direitos sociais precisa ser reassumido pela população, com vistas à criticidade sobre o determinismo econômico (TELLES, 1999). Desde as práticas em saúde, os profissionais devem valorizar e estimular o fortalecimento do poder autônomo gerador de saúde e a participação popular, tendo a clínica como importante espaço para construção de relações emancipatórias (BORGES, BAPTISTA e MATTOS, 2014).

Não obstante a presente hibridização de vínculos profissionais na saúde, a força de trabalho interdisciplinar deve buscar a intersecção entre suas demandas, configurando uma coletividade representável por sindicatos ou associações, de modo a substanciar seu papel político e social e a reivindicar vínculos mais protegidos pelo resgate da seguridade social e do papel do Estado como provedor prioritário de serviços sociais como a saúde.

A representação sintética sobre as concepções de trabalho, educação e saúde do grupo de nutricionistas considerados nesta pesquisa está apresentada na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3: Síntese sobre as concepções de trabalho, educação e saúde do grupo focal

Concepções de Trabalho
Princípio educativo e criativo despertado na educação em saúde e transdisciplinaridade
Lógica gerencialista evidencia o pragmatismo e o funcionalismo
Necessidade de ajuste no dimensionamento de eSF
Desejo por concurso público amplo e constituição política da coletividade de trabalhadores
Concepções de Educação
Formação pragmática e tecnicista / Hegemonia biomédica e clínica
Didática expositiva e conteudista / Demandas por educação continuada em Nutrição Clínica
Disciplinas potentes: Saúde Pública, Nutrição em Saúde Pública e Educação Nutricional
SUS como espaço pedagógico suplementar à academia

Concepções de Saúde
<p>Crítica às tendências biomédicas nas concepções das eSF</p> <p>Predomínio da visão sistêmica e discurso algo culpabilizante sobre escolhas individuais</p> <p>Bom entendimento sobre os atributos da APS e abertura para ampliação do conceito de saúde</p> <p>Necessidade de melhoria na regulação e investimento na atenção secundária</p>

Em coerência com a perspectiva histórico-dialética, a relação pesquisador-pesquisados trouxe certa vinculação e unidade entre sujeito e objeto, expressa pela empatia com as dificuldades vividas pelas profissionais contratadas por OS para comporem o NASF municipal. Por este motivo, além de tentar dar clareza às opções e aos processos metodológicos, decidiu-se registrar as impressões subjetivas dos participantes do grupo focal sobre a inserção na pesquisa, como forma de sustentar a coerência científica deste estudo. Porém, os resultados foram além disto, pois, na linha da experiência de Marx e Engels na “Enquete Operária” (THIOLLENT, 1987), guardadas as devidas proporções, considera-se o potencial da pesquisa de despertar a consciência crítica dos sujeitos entrevistados, à medida em que foram instados a pensar e a falar sobre suas realidades; mais do que isto, seus interlocutores não foram somente o pesquisador, mas os outros sujeitos que se reconheceram uns aos outros, se não como classe social, mas como um grupo constituído pelo mesmo conjunto de relações sociais, ao menos no universo demarcado pela profissão e pela política pública.

Assim, ao término do terceiro debate do grupo focal, que tratou das concepções de saúde, as nutricionistas foram estimuladas a apresentarem suas motivações para terem aceitado o convite, uma vez que não se tratou de um processo compulsório. Como dito anteriormente, dos 16 profissionais convidados com base nos recortes metodológicos, 10 aceitaram. Dentre essas 10 pessoas, somente uma não pôde participar da pesquisa, visto que foi aprovada em processo seletivo com vínculo estatutário para outro município, enquanto o projeto estava sob análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Antes da participação nos debates, a maioria esperava perguntas diretas, individuais, no molde de entrevista. Embora tenham valorizado os espaços viabilizados pelo INAD para suscitar trocas de experiências com os demais nutricionistas do NASF e o privilégio de ser uma das poucas categorias profissionais que detém de um órgão técnico em seu núcleo de saber, avaliam os debates conduzidos no grupo focal como uma oportunidade ímpar de se discutir e comparar distintos processos de trabalho. Potencialidades e vulnerabilidades

vivenciadas dentro da mesma categoria de trabalho mas específicas de cada território puderam ser compartilhadas e trouxeram inspirações.

A possibilidade de repensar o próprio processo de trabalho a partir da escuta às experiências alheias marcou o desejo em se replicarem esses momentos. A experiência contribuiu para tornar seu conhecimento tácito em explícito, visto que muitas situações em que acreditavam individualmente ou na particularidade de sua Área de Planejamento em Saúde, de uma forma inata, instintiva e automática, representaram concretude, deram-se maior conta de suas próprias ações.

Para as participantes, os encontros constituíram uma catarse, uma possibilidade de reflexão e discussão mais ampla do que imaginavam. Referem uma sensação de coletividade, com fortalecimento do vínculo entre as participantes e com o pesquisador mediante os encontros. Por outro lado, o pesquisador desenvolveu empatia pelas dificuldades vivenciadas pelas profissionais contratadas via OS para atuação na APS do município do Rio de Janeiro.

A pesquisa terminou, mas o movimento do real, não: conjuntura da ESF municipal subsequente aos debates

Talvez o relato que se segue pudesse fazer parte de um anexo. Mas a intenção ao trazê-lo para o fim das conclusões foi realçar a necessidade de continuidade e aprofundamento de estudos sobre o tema desta dissertação, em especial, neste tempo de regressão de direitos.

A primeira semana do mês de agosto de 2017 foi marcada por medidas de austeridade do Prefeito Marcelo Crivella sobre a APS, com ameaças ao fechamento de Clínicas da Família e avisos prévios verbais de demissão de membros de eSF das algumas Áreas de Planejamento em Saúde, especialmente a 4.0. Sua alegação desde a posse é da existência de um grande déficit subsequente a financiamentos de longo prazo pela gestão anterior.

Contudo, a manifestação vultuosa de profissionais e usuários de saúde (que parecem ter legitimado a ESF como porta de entrada preferencial para a RAS) fez com que o Prefeito recuasse em menos de 24h em sua decisão. O movimento intitulado *Nenhum Serviço de Saúde a Menos* trouxe uma sensação de emancipação política e empoderamento por parte dos profissionais da ESF. No fim de agosto, as nutricionistas do grupo focal solicitaram um encontro extra para discutirem sobre sua mobilização política nesse contexto.

Fortalecidas naquele momento, inclusive com apoio dos gestores locais à época, para discutirem com os usuários sobre os desmontes sobre o SUS, algumas participantes do grupo estavam orgulhosas de sua militância. Essa nova escuta às mesmas foi marcada para outubro

de 2017, porém, sua situação empregatícia voltou a se tornar bastante vulnerável e na realidade, o encontro extra foi caracterizado por um clima desânimo e frustração. Atrasos ou fragmentação no calendário de pagamento de salário e de benefícios, férias canceladas, riscos de fechamento de Clínicas da Família, em meio à aprovação da revisão da PNAB pela Comissão Tripartite, justificam esses sentimentos.

Alguns membros do grupo focal estiveram presentes em manifestação na Fiocruz, em reação à aprovação da PNAB. Criticam o desmonte do SUS, a consideração da APS como seletiva, com oferta de um rol de serviços limitados, e o incentivo às empresas de planos populares de saúde pelo atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros.

No que se refere à mobilização política diante da instabilidade da APS municipal, as participantes relatam que as categorias mais presentes nas plenárias são nutricionistas e psicólogos. Participantes do grupo focal estão bem ativas no movimento, corroborando a importância da catarse propiciada nos debates para sua emancipação política. O Sindicato de Nutricionistas do Rio de Janeiro (SINERJ) tem oferecido suporte a situações necessárias de estado de greve.

Mesmo igualmente privados de alguns de seus direitos trabalhistas, conforme o grupo focal, os gestores locais parecem ter mudado sua postura, com omissão ou coerção sobre a participação dos profissionais das eSF e NASF nas manifestações, assim como impedindo falas sobre a mobilização política dentro da UBS, com ameaças de demissão por justa causa; provavelmente sofrem e replicam o efeito hierárquico de assédio moral em cascata. As participantes sentem reforço negativo por parte de profissionais estatutários que atuam nos CMS e anteriormente já discordavam da lógica da ESF como porta de entrada do SUS.

Determinadas unidades foram fechadas, aproveitando-se o pretexto de guerras reais entre facções rivais do narcotráfico. O número de assessores da OS Viva Rio decresceu, as demissões de profissionais das eSF têm sido graduais e discretas, começando por ACS e dentistas. Como acreditam que os médicos tenham amplas oportunidades no mercado de trabalho e uma formação mais biomédica, sem o ideal pela APS e SUS, o número de desistências da ESF tem aumentado.

As nutricionistas exibem grande desmotivação, mesmo aquelas com maior inclinação para APS, cogitando a enviar currículos e participar de processos seletivos em outras áreas de atuação. As contribuições informais que prestavam para custeio de oficinas culinárias e grupos educativos foram cessadas diante do endividamento da maioria das profissionais.

Consoante as OS, a PCRJ não tem cumprido o calendário de pagamento. Agenda, mas não realiza a transferência na data pactuada. O Movimento *Nenhum Serviço a Menos* tem tido dificuldade em dialogar com o Prefeito.

Sentem-se manipuladas, com ajustes no pagamento com saldo de aprovisionamento, mesmo sem repasse pela PCRJ, em véspera de grandes eventos, como a vacinação contra a febre amarela.

De acordo com as nutricionistas, suas condições de conforto e ergonomia estão mais frágeis, com equipamentos como ar condicionado sem manutenção, cadeiras em mau estado, além da insuficiência de insumos básicos, como medicamentos anti-hipertensivos e psicotrópicos. Há situações de reaproveitamento de rascunho, onde em seu verso há informações confidenciais dos usuários. Por vezes, materiais de papelaria estão sendo guardados pelo poder paralelo (narcotráfico).

As manifestações têm tido caráter pacífico, incluindo a participação de usuários do SUS. Contudo, na última grande manifestação em frente ao Centro Administrativo São Sebastião (CASS), prédio da PCRJ, os profissionais e usuários de saúde foram recebidos de forma ostensiva pela polícia, com *spray* de pimenta, bomba de gás lacrimogênio e cassetete.

Cabe colocar que a Agenda Padrão do NASF foi reformulada pela SUBPAV em 29/08/17, por meio de Ofício Circular SMS n.º 004/2017 (PCRJ, 2017a). Esta propõe para o profissional com carga horária semanal de 40 h, o cumprimento mensal de 96 atendimentos (individuais e compartilhados), 8 ações educativas em grupo, 8 visitas domiciliares, a participação em 4 reuniões de eSF e a realização de 2 reuniões específicas para o NASF. As nutricionistas consideram que as metas da Agenda Padrão seriam tangíveis, em condições normais de trabalho, mas não na conjuntura atual de instabilidade, baixa adesão e queda na credibilidade dos usuários sobre os serviços públicos de saúde.

Nesse ínterim, também foi publicada a Nota técnica n.º 2/2017 SMS-RIO/SUBPAV/SAP/CPNASF, com divulgação da Carteira de Serviços de Nutrição no NASF (PCRJ, 2017c), que foi elaborada por grupo constituído por uma amostra de nutricionistas desses núcleos, do INAD e da SUBPAV. Em seguida, o material passou por uma consulta pública e técnica. Os eixos consistem em: Atenção Psicossocial; Reabilitação; Alimentação e Nutrição; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Doenças Crônicas Transmissíveis; Saúde da Mulher; Materno-infantil; Saúde do Trabalhador. Dentre as nutricionistas envolvidas nesta pesquisa, houve críticas sobre o amplo espectro de ações atribuídas ao nutricionista generalista no NASF, com foco biomédico e ambulatorial, uma sensação de sobrecarga e autocobrança por uma resolutividade considerada impossível, diante do adoecimento da

população e dos gargalos na oferta e integração com os demais níveis de atenção em saúde. Por outro lado, extrapolando-se a proposta de um documento ordenador seletivo de ações dentro da APS municipal, emergiram contrariedades quanto à concepção pela gestão dos princípios de universalidade e integralidade do SUS.

Apesar das negatividades expressas pelo grupo focal nesse encontro extra, foram valorizadas as potencialidades de organização política dos profissionais da ESF municipal, testemunhadas nos últimos meses, e suas possibilidades de vinculação subjetiva com os usuários, que podem ser empregadas como munição para resistência aos desmontes da APS e SUS, tendo como facilitador contemporâneo a instantaneidade e difusão de comunicação pelas mídias sociais. A busca pela redução na precarização do trabalho e reivindicação por concursos públicos na área da saúde; pelo acompanhamento da população quanto à transparência e à legitimidade das relações público-privadas; pela solidificação dos diversos níveis de atenção da RAS, com ampliação na oferta de serviços especializados; pelo dimensionamento mais justo de famílias por eSF e de eSF matriciadas por NASF – permitiriam à ESF seu papel efetivo de coordenação longitudinal de cuidados e maior concretude do SUS legal. É nesse sentido que o presente estudo espera contribuir, com estímulo à construção de concepções emancipatórias sobre educação, trabalho e saúde, desde a graduação à práxis.

REFERÊNCIAS

ACUÑA, K.; CRUZ, T. Surgimento da ciência da Nutrição e breve histórico das políticas de alimentação no Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 27, n. 1/2, p. 114-123, jan.-jul. 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução nº 18, de 30 de abril de 1999**. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas para análise e comprovação de propriedades funcionais e/ou de saúde alegadas em rotulagem de alimentos.

ANDREAZZI, M.F.S.; BRAVO, M.I.S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 499-518, 2014.

APERIBENSE, P.G.G.S.; BARREIRA, I.A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 474-482, set. 2008.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, Rio de Janeiro, p. 753-762, mai.-jun. 2009.

BAPTISTA, T.W.F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G.C. *et al.* **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 29-60.

BAPTISTA, T.W.F. Seguridade Social no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 49, n. 3, jul.-set. 1998.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 11-16, 2005.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

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

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F.; MATTOS, R.A. Um ensaio sobre a ideia de reforma sanitária brasileira. In: FRANCINI, G. *et al.* **Políticas de Participação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária, 2014. p. 37-58.

BOTELHO, A.; SCHWARCZ, L.M. Cidadania e direitos: aproximações e relações. In: _____. **Cidadania – um projeto em construção – minorias, justiça e direitos**. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

BOURDIEU, P. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

BRASIL. Câmara dos Deputados e Senado Federal. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 dez. 2016a.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2010. Seção 1, p. 6.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a

elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2010. Seção 1, p. 6.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior**. Base de dados oficial e única e informações relativas às Instituições de Educação Superior (IES) e cursos de graduação do Sistema Federal de Ensino. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<<http://emec.mec.gov.br>>>. Acesso em 02 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n. 1.133/2001 de 7 de agosto de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Educação, 3 out. 2001, seção 1, p. 131.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 20, de 13 de outubro de 2016. Dispõe sobre o procedimento de redução de vagas de cursos de graduação, ofertados por Instituições de Ensino Superior – IES integrantes do Sistema Federal de Ensino, e altera a Portaria Normativa nº10, de 6 de maio de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 out. 2016b, n. 198, seção 1, p. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 515, de 03 de junho de 2016**. Posicionamento contrário à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área de saúde, ministrado na modalidade de Educação a Distância (EaD). Poder Executivo, Brasília, DF, 03 jun. 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica à Saúde. **PMAQ: Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (versão preliminar)**. Brasília, DF, 2016d. 45p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 2012b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, DF, 25 mai. 1998.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e Saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Uma Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde e Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306 p.

CASTIEL, L.D.; XAVIER, C. MORAES, D.R. Encurralados no Paraíso ou Saúde Coletiva e Políticas Públicas de Saúde: um olhar cínico para o gerencialismo arriscado? In: _____. **À Procura de um Mundo Melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016, p.105-130.

CASTRO, R.P. **Tecnologia, Trabalho e Educação**. Caxambu: ANPED, 1986.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Editora Ática, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução n.º 380**, de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 10 jan. 2005.

CORRÊA, C.J.D. **O fenômeno Instagram na Nutrição**. 2015. 38 p. Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Nutrição – Faculdade de Ciências da Saúde (FACES), Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Brasília, DF, 2015. 38 p.

COSTA, V.M. **O currículo de Nutrição do Rio de Janeiro e sua interface com as Ciências Sociais: diálogos epistemológicos**. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Nutrição, Rio de Janeiro, 2015. 208 p.

CUNHA, L.A. O desenvolvimento meandroso da educação brasileira entre o Estado e o mercado. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100, p. 809-829, out. 2007.

CRUZ NETO, O. *et al.* **Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 32 p.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico Senac: A Revista de Educação Profissional**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set.-dez. 2001.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FAGNANI, E. Desenvolvimento e cidadania: além da agenda endógena do SUS. In: _____. **Saúde, desenvolvimento e inovação**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-FIOCRUZ, 2015. p. 101-136.

FERNANDES, F. História em processo. In: _____. **Marx Engels: História**. São Paulo: Editora Ática, 1989. P. 47-54.

FREITAS, L.C. Os reformadores empresariais da educação: da desmoralização do Magistério à destruição do sistema público de educação. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 33, n. 119, p. 379-404, abr.-jun. 2012.

FRIGOTTO, G. **A produtividade da escola improdutiva**. São Paulo: Cortez, 2001.

FRIGOTTO, G. **Educação e a crise do capitalismo real**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

FRIGOTTO, G. Novos fetiches da pseudoteoria do capital humano no contexto do capitalismo tardio. In: ANDRADE, J. *et al.* **As Políticas Públicas para a Educação no Brasil contemporâneo**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2011, v. 1, p. 18-35.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 77p.

GIOVANELLA L., MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária em Saúde. In: GIOVANELLA L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HARVEY, D. Do Fordismo à Acumulação Flexível. In: _____. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 135-162.

HINKELAMMERT, F. Globalização e Neoliberalismo. In: _____. **Mercado versus Direitos Humanos**. São Paulo: Paulus, 2014. P. 75-92.

KESTENETSKY, C. **O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KOSIK, K. Metafísica da Cultura. In: _____. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969. P. 111-151.

KUENZER, A.Z. Da dualidade assumida à dualidade negada: o discurso da flexibilização justifica a inclusão excludente. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100, p. 1153-1178, out. 2007.

KUENZER, A.Z. *et al.* **Ensino médio: construindo uma proposta para os que vivem do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LALANDE, A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris: Quadrige, 2002. Disponível em: <<<http://dicionario.babylon-software.com>>>. Acesso em 17 out. 2016.

LANDER, E. La ciência neoliberal. **Tabula Rasa**, Bogotá, v. 1, n. 9, p. 247-283, jul.-dez. 2008.

LIMA, J.C.F. Bases histórico-conceituais para compreensão do trabalho em saúde. In: FONSECA, A.F. *et al.* **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2001, p.57-96.

LIMA, J.C.F. O Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde e o novo “universalismo” ou a “cobertura universal em saúde”. In: PEREIRA, J.M.M; PRONKO, M. **A demolição de direitos**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015, p. 233-253.

LIMA, J.C.F. Trabalho e Educação Profissional em Saúde. **O Trabalho no Mundo Contemporâneo: fundamentos e desafios para a Saúde**, Seminário, Rio de Janeiro: EPSJV, 17-19 set. 2013.

LOBATO, L.V.C. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 87-97, dez. 2016.

LOWY, M. O positivismo ou o princípio do Barão de Münchhausen. In: _____. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen**. 5. ed. São Paulo: Busca Vida, 1987. p. 15-62.

LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. In: _____. **Temas de Ciências Humanas**, São Paulo: Editora Ciências Humanas, 1978. p. 1-18.

LUCE, M.S. Brasil: nova classe média ou novas formas de superexploração da classe trabalhadora? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 169-190, jan.-abr. 2013.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 174 p.

MARX, K. **O Capital**. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

MACHADO, C.V. *et al.* Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 42-57, 2008.

MACHADO, D.C. *et al.* O modelo metodológico quadripolar de Bruyne, Herman e Schoutheete e as pesquisas qualitativas de fenômenos sociais. **Atas do Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa de 2016**, Porto, v. 3, n.1, p. 276-285.

MATTA, G.C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: _____. **Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, v. 3, n.1, p. 61-80.

MATTOS, R. A. O Incentivo ao Programa Saúde da Família e seu Impacto sobre as Grandes Cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77- 108, 2002.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004.

MC NALLY, D. Língua, história e luta de classe. In: WOOD, E.; FOSTER, J. **Em defesa da História**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p. 33-48.

MEDEIROS, R.H.A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MELLO, L.I.A. Gramsci: Hegemonia e Revolução. In: COGGIOLA, O. **História e Revolução**. São Paulo: USP, 1997, p. 9-14.

MENDONÇA, S.R. Sociedade Civil em Gramsci – venturas e desventuras de um conceito. In: _____. **Sociedade Civil: Ensaios históricos**. Rio de Janeiro: Paço Editorial, 2011. p. 15-25.

MÉSZAROS, I. **Marx: a teoria da alienação**. São Paulo: Zahar, 1981. p. 111-228.

MIRANDA, R. B. **O cotidiano da Educação em Saúde de Equipes de Saúde da Família**. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.

MONS, N. Effets théoriques et réels des politiques d'évaluation standardisée. **Revista Francesa de Pedagogia**, Paris, n. 169, v. 1, p. 99-140, out.-dez. 2009.

MOURA, D.H.; LIMA FILHO, D.L.; SILVA, M.R. Politecnicidade e formação integrada: confrontos conceituais, projetos políticos e contradições históricas da educação brasileira. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 63, p. 1057-1080, out.-dez. 2015.

NETTO, J.P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011. 64p.

PALMA, A. *et al.* Conflitos de interesse na “guerra” contra a obesidade: é possível servir a dois senhores? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 148-160, out.-dez. 2014.

PASCHOAL, V.; NAVES, A.; FONSECA, A.B.B.L. **Nutrição Clínica Funcional: dos princípios à prática clínica**. São Paulo: Valéria Paschoal Editora Ltda., 2010.

PAULANI, L.M. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, J.C.F.; NEVES, L.M.W. **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.67-107.

POULAIN, J.P. **Sociologias da alimentação – os comedores e o espaço social alimentar**. Santa Catarina: Ed. UFSC, 2013.

POULANTZAS, N. As lutas políticas: o Estado, condensação de uma relação de forças. In: _____. **O Estado, o Poder, o Socialismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p. 125-164.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO (PCRJ). Secretaria Municipal de Saúde. SMSRJ/SUBPAV/SAP/CPNASF. **Ofício Circular SMS n.º 004/2017**, de 29 de agosto de 2017. Informa novos parâmetros a serem considerados na Agenda Padrão do NASF e institui

os indicadores que deverão ser monitorados em conjunto com as Coordenadorias Gerais de Atenção Primária. Rio de Janeiro, 2017a.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO (PCRJ). **Decreto Rio n.º 43.675**, de 19 de setembro de 2017. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Rio de Janeiro, 2017c. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Poder Executivo, ano XXXI, n. 128, 20 set. 2017.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO (PCRJ). Secretaria Municipal de Saúde. SMSRJ/SUBPAV/SAP/CPNASF. **Nota Técnica n.º 2/2017**, de outubro de 2017. Orientações sobre a atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017c.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO (PCRJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses. Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD). **Regulação da Publicidade de Alimentos para Crianças: uma questão de direitos e cidadania**. Rio de Janeiro: PCRJ, 2015. 34p.

PRONKO, M. O Banco Mundial no campo internacional da educação. In: PEREIRA, J.M.M; PRONKO, M. **A demolição de direitos**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015, p. 89-112.

RAMOS, M. A pedagogia das competências a partir das reformas educacionais dos anos de 1990: relações entre o (neo)pragmatismo e o (neo)tecnicismo. In: ANDRADE, J. *et al.* **As Políticas Públicas para a Educação no Brasil contemporâneo**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2011, v. 1, p. 56-71.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: Editoras UFRJ e EPSJV, 2010. 289 p.

RIBEIRO, I.G.; MARIN, V.A. A falta de informação sobre os Organismos Geneticamente Modificados no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 359-368, 2012.

RIZZOTTO, M.L.F. O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde no Brasil. In: PEREIRA, J.M.M; PRONKO, M. **A demolição de direitos**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015, p. 255-277.

RODRIGUES, D.C.M; BOSI, M.L.M. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 6, p. 735-746, nov.-dez. 2014.

ROTENBERG, S. et al. Práticas Educativas em Saúde e Nutrição: repensando esta ação no cotidiano dos serviços de saúde. **Revista Saúde em Foco**. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva. Edição Especial. 2009.

SANTOS, B. de S. **Direitos humanos, democracia e desenvolvimento**. São Paulo: Cortez, 2013.

SAVIANI, D. Trabalho e Educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 152-165, jan.-abr. 2007.

SHIROMA, E.O.; CAMPOS, R.F.; EVANGELISTA, O. Técnicas e procedimentos para a análise conceitual de documentos de política educacional. In: SHIROMA, E.O. **Dossiê: uma metodologia para análise conceitual de documentos sobre política educacional**. UFSC: Florianópolis, 2004. p. 31-52.

SILVA, J.P. **A inserção do nutricionista no Núcleo de Apoio a Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

TAUBMAN, P.M. **Teaching by numbers: deconstructing the discourse of standards and accountability in education**. New York: Routledge, 2009.

TELLES, V. **Direitos Sociais: afinal, do que se trata?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

THOMPSON, E.P. O Domínio da Lei. In: _____. **Senhores e caçadores: a origem da Lei Negra.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

THIOLLENT, Michel. **Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária.** 5. ed. São Paulo: Polis, 1987. 270 p.

VASCONCELOS, F.A.G. A ciência da Nutrição em trânsito: da Nutrição e Dietética à Nutrigenômica. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 935-945, nov.-dez. 2010.

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

WILLIAMS, R. Base e superestrutura na teoria da cultura marxista. In: _____. **Cultura e Materialismo.** São Paulo: Editora Unesp, 2011. P. 43-69.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Concepções de Trabalho, Educação e Saúde na formação e atuação profissional do nutricionista no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**, desenvolvida por HUGO BRAZ MARQUES, discente de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da Prof.^a Dra. MARISE NOGUEIRA RAMOS.

O objetivo do estudo é analisar as concepções de Trabalho, Educação e Saúde presentes na formação e atuação profissional do nutricionista inserido na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro, a partir da implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Você está sendo convidado(a) por atuar no NASF no município do Rio de Janeiro há mais de 2 anos e por ter se graduado após o estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais atualmente vigentes para o curso de Nutrição. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

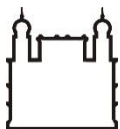
Os nomes do(a)s entrevistado(a)s, bem como outros dados de identificação individual não serão divulgados nos resultados da pesquisa. Entretanto, em função do cargo que você ocupa, pode existir algum risco de identificação indireta.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação se dará em três reuniões em que se estabelecerão debates em um grupo focal do qual você fará parte e que será conduzido com base em um roteiro sobre as categorias Trabalho, Educação e Saúde, em março, abril e maio de 2017, nas dependências da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. O tempo de duração de cada reunião é de aproximadamente duas horas. Os debates poderão ser registrados em vídeo, servindo estritamente como suporte à análise.

Os dados obtidos nas reuniões com o grupo focal serão transcritos e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos o pesquisador e sua orientadora, assim como os vídeos gravados. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Rubricas:



O benefício indireto decorrente de sua colaboração é a contribuição para ampliação de conhecimentos na área de Trabalho, Educação e Saúde, tensionando-se discussões sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, políticas públicas, gestão do trabalho e da saúde referentes à Nutrição, sob a perspectiva do materialismo histórico-dialético. Possíveis riscos seriam de constrangimento ou dano emocional no caso de exaltação de ânimos promovida por divergências entre os integrantes do grupo. O pesquisador buscará a moderação e a conciliação entre os mesmos.

Os resultados serão divulgados na dissertação e possivelmente, em eventos ou publicações científicas. Como a pesquisa passou pela anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), os resultados poderão ser apresentados à gestão da ESF ou do NASF.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o(a) participante e outra para o pesquisador.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV. Trata-se da instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ
Av. Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-360
Tel.: 21 38659797 / E-Mail: cep@epsjv.fiocruz.br
<http://www.epsjv.fiocruz.br/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>

Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ

Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – Sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20211-901
Tel.: 21 22151485 / E-Mail: cepsms@rio.rj.gov.br
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Rio de Janeiro, de de 2017.

HUGO BRAZ MARQUES

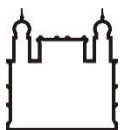
Pesquisador

Avenida Pasteur, 44 – Botafogo – Rio de Janeiro – RJ – CEP 22290-240
Tel: 21 988699489 / E-mail: hugobrz@gmail.com

Declaro que entendi e concordo com as condições de minha participação na pesquisa.

Nome por extenso e assinatura do(a) participante da pesquisa:

**APÊNDICE B – Ficha de levantamento de perfil básico de formação e atuação
profissional de participantes do grupo focal**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Concepções de Trabalho, Educação e Saúde na formação e atuação profissional do
nutricionista no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

1. Identificação do profissional

2. Instituição de ensino superior em que se graduou

3. Ano de graduação _____

4. Possui especialização ou residência em Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Saúde Pública?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, especifique a titulação e o curso: _____

5. Possui outra pós-graduação além das mencionadas no item 4?

() Especialização lato sensu – Área: _____

() Mestrado – Área: _____

() Doutorado – Área: _____

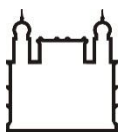
6. Data de admissão no NASF ____/____/____

7. Área(s) de Planejamento e Unidade(s) Básica(s) de Saúde em que atua ou já atuou desde a inserção no NASF

8. Nome da(s) Organização(ões) Social(is) a que se vincula ou já esteve vinculado desde a inserção no NASF

9. Categorias profissionais que compõem a equipe NASF em que está inserido(a) atualmente

APÊNDICE C – Roteiro de Debate do Grupo Focal



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

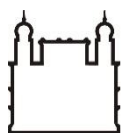
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Concepções de Trabalho, Educação e Saúde na formação e atuação profissional do nutricionista no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

1ª Reunião (Maio de 2017)	
Questão-chave: Quais as concepções de <u>Educação</u> do nutricionista da ESF do município do Rio de Janeiro?	
Perguntas diretivas	Duração máxima do debate
1. Como veem a área de conhecimento da Nutrição (mais inclinada para área biomédica ou de ciências sociais)?	20min
2. Para vocês, qual a importância de se formar o nutricionista para o SUS?	20min
3. Consideram que sua formação durante a graduação foi generalista ou apresentou maior ênfase em determinada área de atuação em Nutrição?	20min
4. Existiu algum componente em sua formação, incluindo estágios, que as estimulou a optarem pela atuação na ABS?	20min
5. Em que áreas de atuação em Nutrição procuraram cursos de pós-graduação?	20min
6. Por quais temas vocês têm mais se interessado em sua atualização profissional ou educação continuada?	20min



Ministério da Saúde

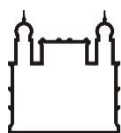
FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Concepções de Trabalho, Educação e Saúde na formação e atuação profissional do
nutricionista no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no município
do Rio de Janeiro

2ª Reunião (Junho de 2017)	
Questão-chave: Quais as concepções de <u>Trabalho</u> do nutricionista da ESF do município do Rio de Janeiro?	
Perguntas diretivas	Duração máxima do debate
1. Quais foram suas motivações para ingresso no NASF e como consideram seu processo seletivo?	20min
2. Como avaliam suas relações de trabalho com a OS e com a CAP a que se vinculam?	20min
3. Como avaliam suas relações de trabalho com a gerência, a eSF e os demais integrantes de sua equipe NASF?	20min
4. Qual o sentido do seu trabalho no NASF?	20min
5. Quais as repercussões da pactuação das metas do contrato de gestão sobre suas relações e condições de trabalho?	20min
6. Consideram condizente o número de equipes matriciadas com uma carga ideal de trabalho?	20min



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Concepções de Trabalho, Educação e Saúde na formação e atuação profissional do nutricionista no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

3ª Reunião (Julho de 2017)	
Questão-chave: Quais as concepções de <u>Saúde</u> do nutricionista da ESF do município do Rio de Janeiro?	
Perguntas diretivas	Duração máxima do debate
1. Quais os principais entraves para o alcance dos atributos essenciais da ABS observados em seu contexto de trabalho no NASF?	20min
2. Com quais elementos constituintes da agenda do NASF vocês têm contato mais frequente: reuniões de matriciamento com as eSF, atendimentos individuais, interconsultas, visitas domiciliares ou grupos educativos?	20min
3. Achem que as linhas de cuidado enfatizadas pelas metas do contrato de gestão contribuem para a saúde da população adscrita?	20min
4. Quais são as causas da obesidade e de doenças crônicas no território em que estão inseridas?	20min
5. Que articulações intersetoriais conseguem estabelecer com vistas à promoção da saúde da população?	20min
6. Comparem o seu papel na ESF com as diretrizes da PNAN e do Caderno de Atenção Básica do NASF.	20min

APÊNDICE D – Unidades de Registro e de Contexto Emergentes das Categorias Empíricas

Concepções de EDUCAÇÃO – emancipatório/integral x pragmática	
CATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADES DE REGISTRO E CONTEXTO
Formação Biomédica	Biomédica; dietoterapia; internato em clínica; hospital; formação para a área hospitalar ou ambulatorial; prescrição dietoterápica; estudo de caso clínico; inclinação da graduação para a área clínica; contagem de calorias; dieta; ambulatório de Nutrição; fragmentação do conteúdo por patologias; Patologia e Fisiologia; visão bioquímica e clínica; recomendações nutricionais por patologias apresentadas de modo aligeirado sem se promover uma discussão ampliada; reiterada pela in experiência do docente na prática (ênfase acadêmica); visão predominantemente clínica por parte da preceptoria de estágios das faculdades; exigência de estudo de caso clínico centrado por patologia como trabalho de conclusão de estágio no NASF; legitimação da restrição profissional à prescrição dietética pelo senso comum; expectativa de estagiários de atuar em ambulatório; solicitação de universidade privada para oferta de estágio de Nutrição Clínica no NASF.
Formação em Ciências Sociais	Olhar se amplia depois da graduação; não viram quase nada na graduação; questão social apareceu depois que começaram a trabalhar; sem noção sobre Ciências Sociais quando se formaram; deficiência da abordagem social das questões biomédicas na academia; disciplinas da área de Humanas, como Sociologia, feitas prematuramente; desagregada da área da saúde; fins de complementação formal da grade curricular; sem interlocução com a prática do nutricionista; iniciativa do estudante em suscitar discussões mais amplas; demandada/revelada na prática; desconsideração de questões psicológicas e econômicas; falta de sentido no curso de Nutrição por estar dissociado das Ciências Sociais; desejo individual pela busca da abordagem das Ciências Sociais no curso de Nutrição; necessidade de inscrição em disciplinas optativas convergentes com as Ciências Sociais; aproximação por meio da participação em movimento estudantil; pouca oportunidade para reflexão na graduação; pequena reflexão sobre o campo social em estágios; coisas que a faculdade não ensina; insuficiência na formação de pensamento crítico além das questões biomédicas; quando subsidiada por estágios de Saúde Coletiva (práxis), permitia discussões mais abrangentes e multidisciplinares; educação em saúde e nutricional por meio de estágios trouxeram aproximação; carência de formação multiprofissional na época graduação; perspectiva positiva de abordagem multiprofissional nas turmas contemporâneas; chegada de estagiários enrijecidos para questões além das biomédicas; ausência de discussões sobre questões sociais que envolvem escolhas alimentares na graduação.
Generalista	Oportunidade de estágios curriculares em Nutrição Clínica, Alimentação Coletiva, Nutrição em Saúde Pública e Tecnologia de Alimentos (Uerj, UniRio e UFRJ); tentativas de algumas faculdades em oferecer vivências integradas no mesmo estágio em mais de uma área de atuação.
Especialista	Compartimentado; fragmentado; maior carga horária para Dietoterapia; ênfase em Nutrição Clínica (UFRJ); produção científica intensa, docência, pesquisa (UFRJ); ênfase em Alimentação Coletiva (UniSuam); ênfase em Nutrição Clínica (UGF); mais inclinada para Nutrição Clínica (UniRio); Clínica e Alimentação Coletiva (Uerj); destaque à oportunidade de Internato em Saúde Coletiva como forma de aproximação com a ESF (Uerj); autonomia para escolha pelo aluno da área de atuação em estágio com maior carga horária (UniRio); mais oportunidades de estágios extracurriculares na área de Alimentação Coletiva.

Nutrição para APS	Insuficiência de discussões sobre a ESF na graduação; NASF ainda era recente ou não tinha sido implantado na época da graduação; valorização da oportunidade de apresentarem o trabalho do nutricionista no NASF em cursos de graduação; formação na própria prática no NASF; importância dos estágios para aproximação com a questão social, educação em saúde e vivência da interdisciplinaridade; desconhecimento do NASF e pouco conhecimento sobre o SUS e a APS pela maioria dos graduandos de Nutrição; algumas faculdades estão começando agora a abordar o NASF; chegada dos estagiários ao campo sem conhecer previamente o NASF e a ESF; falta de estímulo à abordagem familiar na graduação; exigência de material educativo em saúde guiado pela lógica programática (ciclos da vida ou patologias), como trabalho de conclusão de estágio no NASF; visão equivocada sobre o que é Saúde Pública ou Saúde Coletiva; distanciamento dos estagiários da integralidade em saúde; solicitação de universidade privada para estágio de Nutrição Clínica no NASF; falta de domínio de professores sobre APS, ESF e NASF; SUS como espaço pedagógico por meio de prática; graduação em universidade pública mais voltada para o SUS, porém para área hospitalar; motivação do próprio aluno para busca por estágios extracurriculares em APS (5 das 9 participantes procuraram); influência de docentes nutricionistas sanitaristas e epidemiologistas; disciplinas de Saúde Pública, Nutrição em Saúde Pública e Educação Nutricional contribuíram para identificação profissional com a APS; importância do internato de Nutrição em Saúde Coletiva para motivação à atuação na APS; percepção de maiores possibilidades de gratificação profissional enquanto nutricionista pela APS; estágios de Nutrição em Saúde Pública em Centro Municipal de Saúde, em lógica ambulatorial distinta da promoção da saúde proposta com o NASF; disciplina de Saúde Pública pouco atrativa, muito teórica; a formação deveria estimular a ampliação da clínica a partir de formação multidisciplinar e incluir olhar sobre a vulnerabilidade social.
Formação para/pela a prática	Depois da graduação se amplia o olhar; questão social apareceu depois que começaram a trabalhar; constatação sobre a deficiência acadêmica em Ciências Sociais com a prática; disciplinas voltadas para Ciências Sociais passaram a fazer sentido depois da graduação; distanciamento mútuo entre academia e a prática; a prática demanda conhecimento ou abordagem de Ciências Sociais; ingresso na área acadêmica sem que o docente tenha experimentado a prática é visto negativamente; o olhar social pode ser despertado com a prática; Residência em Saúde da Família e formação na própria prática no NASF; capacidade inesgotável de aprendizado com a prática; processo de construção perene; insatisfação com as limitadas oportunidades para discussão de casos clínicos reais na graduação; importância dos estágios para aproximação com a questão social, educação em saúde e vivência da interdisciplinaridade; valorização da oportunidade de apresentarem o trabalho do nutricionista no NASF em cursos de graduação ou de levar os alunos para o campo de atuação; conclusão de estágio no NASF como a ampliação do olhar para questões sociais; extrapolação da visão clínica e bioquímica na relação profissional de saúde-usuário; visita domiciliar como ação diferencial para ampliação do olhar em saúde; necessidade daquelas que vivenciaram a implantação do NASF a aprender com a prática; SUS como espaço pedagógico por meio de prática; reflexão em torno de situações-problema; falta de subsídios teóricos para discussão com os usuários sobre questões sociais que envolvem escolhas alimentares; distância entre a teoria e a realidade social das famílias implica na necessidade de adaptações práticas; oportunidade de visitas domiciliares e grupos educativos em estágios; disciplinas como Psicologia e Sociologia deveriam ser mais aplicadas a discussões práticas vivenciadas em territórios cobertos pelo NASF.
Formação humana	Inclinação do sujeito para o olhar social antes da graduação; motivação em participar de movimento estudantil; atuação prévia como profissional de saúde de nível médio; interesse na participação em ações sociais promovidas pela faculdade ou voluntariado; características subjetivas da formação humana, maior sensibilidade a outros aspectos da vida dos usuários; culinária como expressão familiar de afeto

	<p>incentivou a busca pelo curso de Nutrição; depende da personalidade do sujeito extrapolar a visão biologicista da Nutrição; aproximação com a memória familiar; discussões amplas sobre sociedade, política e filosofia em ensino médio em colégio de aplicação da UFRRJ; familiar militante; religião, espiritismo, altruísmo, caridade; indecisões no momento de escolha do curso no vestibular (área da Saúde, Humanas e Exatas); Nutrição como segunda opção no vestibular, com prioridade por Medicina; exaustão em tentar aprovação em Medicina; expectativa familiar por Medicina; conflitos entre desejo, status e remuneração decorrentes da escolha profissional; percepção alheia de expressão de olhar acolhedor; modo de olhar mais integral; sensibilidade para o sofrimento alheio; criatividade; vontade de entender o funcionamento do corpo humano.</p>
Educação continuada	<p>Desenvolvimento do olhar para social e formação diferencial pela interdisciplinaridade a partir da Residência em Saúde da Família (n = 2) e/ou Saúde Coletiva (n = 2); especialização em Nutrição Clínica Funcional (n = 3) e crítica ao elitismo de seu público-alvo; pós-graduação em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social (n = 1); continuidade da Residência em Gestão da APS (n = 1); Mestrado Profissional em Atenção Primária (n = 1); Residência em Nutrição Clínica no INCA (não concluída – n = 1); Residência em Nutrição Clínica no HUPE (não concluída – n = 1); Mestrado em Epidemiologia Nutricional (pobreza extrema e consumo alimentar de beneficiários e não-beneficiários do Bolsa Família como tema de pesquisa) – n = 1; iniquidade em gratificações para egressos de cursos de Residência em ESF, Saúde Pública ou Coletiva (apenas CAP 3.1); histórico de indisponibilidade de vaga para nutricionistas na presença de residentes multiprofissionais em Clínicas da Família sem NASF (formação sem preceptoria de categoria); Interesse por assuntos como comportamento alimentar, obesidade, saúde mental, fitoterapia, metodologias para educação em saúde; insuficiência na graduação quanto a terapia nutricional em domicílio e cuidado nutricional na doença renal crônica (coordenam os cuidados embora discordem de esses casos estarem nesse nível de atenção em saúde); educação continuada prejudicada pelo volume de demandas, carga horária de trabalho no NASF e papel de mãe em sociedade patriarcal; desequilíbrio entre as APs quanto à liberação de carga horária e/ou estímulo à educação continuada; valorização do apoio técnico do INAD, com atualizações e mediação de discussões condizentes com sua atuação profissional; apoio dependente do perfil do gestor local, apoiador do NASF ou coordenador da AP; necessidade de maior proximidade entre a CAP e a academia; divergências entre ações de educação continuada oferecida pela CAP e a atuação prática no NASF; falta de discussões interdisciplinares na CAP sobre questões que costumam ser atribuídas só ao nutricionista (obesidade e diabetes); liberação para educação continuada se dá pela OS SPDM e não pela CAP (3.2).</p>

Concepções de TRABALHO – Princípio educativo do trabalho e o sentido ontológico x trabalho pragmático e sentido econômico	
CATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADES DE REGISTRO E CONTEXTO
Processo Seletivo	Contratação via CLT; Processo seletivo público, nos moldes de concurso, com prova descontextualizada sobre o NASF, com questões inerentes a outras áreas de atuação, especialmente Nutrição Clínica (IABAS e SPDM); entrevistas com profissionais do NASF (IABAS e SPDM) refinaram a seleção; aquelas que inauguraram o NASF foram entrevistadas por psicóloga não inserida no mesmo e passaram por dinâmica de grupo (SPDM); risco de seleção de profissional sem perfil para atuação na APS baseado predominantemente em prova escrita (IABAS e SPDM); análise de currículo, entrevista com membros da CAP e da OS (Viva Rio), com discussão de situações-problema; discussão de dois casos reais e perguntas sobre conceitos presentes no Caderno de Atenção Básica do NASF (Viva Rio); possibilidade de argumentação oral na discussão de casos (Viva Rio); a entrevista do Viva Rio filtrou quem tinha vivência prévia em APS: 2 ex-residentes ESF, 2 ex-residentes SC, 1 ex-técnica Enf ESF; participação em processo seletivo constituído predominantemente por egressos de Residência Multiprofissional (sensação de vínculo, identidade e acolhimento); objetivo de selecionar candidatos com perfil multidisciplinar (Viva Rio); integrante que participou de processos seletivos de 3 OS considera o da Viva Rio mais específico para atuação no NASF; convocação insuficiente dos profissionais aprovados em processo seletivo do IABAS; somente o IABAS não alertou sobre a violência no território durante o processo seletivo; ainda que haja uma prova, que seja voltada para a realidade do NASF, com a obrigatoriedade de uma entrevista; exposição de divergências entre OS e CAP na definição de critérios para seleção.
Motivações para o Trabalho	Desconhecimento prévio sobre o trabalho no NASF – conhecimento a partir da preparação para a prova (2 do IABAS e 1 da SPDM) ou no ato da entrevista (1 da SPDM); remuneração como atrativo (2 do IABAS e 2 da SPDM); desejo de ter o primeiro de emprego; crença de que se tratasse de concurso público em regime estatutário – estabilidade (2 do IABAS e 1 da SPDM); percepção inicial de que o trabalho se referia à atuação ambulatorial; desafio de atuação em um campo novo e impressão da identidade profissional em um novo trabalho; menor precariedade do vínculo empregatício sendo celetista que contratada; vontade de aplicar com maior autonomia e maturidade profissional o aprendizado da Residência em Saúde da Família; acolher e cuidar de famílias vulneráveis por ações de saúde e nutrição; possibilidade de construção de trabalho novo no território.
Atuação Inicial	Aprendizado por meio da práxis, implantando o NASF na AP (imaturidade em sua configuração) ou por meio de apoio de nutricionistas que já estavam no NASF; recursos recorrentes ao Caderno de Atenção Básica do NASF; orgulho em ter participado do processo de construção; dificuldade inicial para conquistar o espaço enquanto nutricionista do NASF; a atuação foi considerada uma novidade mesmo para ex-residentes ESF devido à maior responsabilidade e número de equipes matriciadas (ideal x real); percepção da diferença entre ser residente e profissional do NASF (necessidade de amadurecimento e ser menos combativo); maior possibilidade de criticidade enquanto residente; ambientação (entrada de ex-residentes multiprofissionais, identificação, vínculo e segurança profissional); situação de alarme e dúvidas sobre a permanência no NASF devido à violência no território; aprendizado experimental na prática.
Relações de Trabalho	Menor dificuldade em lidar com a interdisciplinaridade por conta da Residência Multiprofissional; resistência dos demais profissionais ao matriciamento; o papel das OS Viva Rio e IABAS restringe-se a questões de RH ou comunicações sobre segurança no território, o contato direto sobre o processo de trabalho é com a CAP; relação mais estreita com a CAP do que com a Viva Rio; discussões frequentes sobre o processo de trabalho com a OS SPDM, relação com a CAP (3.2) restrita a capacitações; apoiadores da OS SPDM fazem a ponte entre as

	<p>necessidades da CAP 3.2 e o NASF por meio de reuniões dos eixos e núcleos do saber; nem todas APs contam com a figura do assessor da OS, suscetibilizando seu processo de trabalho às deliberações variadas de cada gerente ou diretor de UBS; importância do papel do apoiador NASF para modular discrepâncias nas formas de gestão conforme o perfil do gerente ou diretor da UBS; controle de horas extras pela OS SPDM (3.2); controle de frequência pela gerência da UBS-mãe (demais APs); demissões deliberadas pelas CAPs e não pelas OS, exceto a OS SPDM; alta rotatividade de gerentes de CF e variações nos perfis dos gerentes de CF comprometem a uniformidade do processo de trabalho; valorização do papel do NASF conforme o perfil do gestor local; relação e melhor compreensão sobre o papel do profissional no NASF, por gerentes que foram residentes ESF; perfil mais autoritário de gestores locais estatutários, com tempo maior na Prefeitura; histórico de divergências nas deliberações entre a gestão local, a CAP 3.3 e a OS Viva Rio (dúvidas sobre a quem se reportar); qualidade variável na relação com assessores da OS Viva Rio; prejuízos na relação com a apoiadora do NASF na 3.3 por esta acumular diversas funções; boa relação em geral com os gestores locais (APs 3.1, 3.2, 5.1); especificidade da AP 3.3 em rusgas na relação com gerentes de UBS (a maioria destaca formalidade na comunicação, pouca escuta às contribuições do NASF ao processo de trabalho das eSF, assédio moral e efeitos sobre a saúde ocupacional de membro da eSF); dificuldade na interação com profissionais da eSF que não têm perfil para a ESF; melhor relação em unidades com eSF constituídas por atuais residentes em Medicina/Enfermagem de Família; relação com membros das eSF e do NASF depende do histórico prévio de atuação interdisciplinar; predomínio de boa relação intra-NASF, constituindo motivação mútua e laços afetivos sólidos; apoio mútuo para alcance das metas que vigoraram na gestão anterior; mobilidade de membros do NASF que atuam em mais de uma UBS pela divisão do território fragmenta a equipe; maior vínculo com os que membros NASF que atuam concomitantemente na mesma UBS; maior parte dos integrantes da equipe NASF começaram juntos – vínculo; atravessamentos pontuais na equipe NASF por interpenetração em áreas de formação profissional; distinção entre multiplicador do conhecimento trocado na relação interdisciplinar e de assunção do papel daquele profissional; linha tênue na relação interdisciplinar quando se abordam condutas mais específicas; situações eventuais de posicionamentos divergentes de membros NASF ou das eSF junto aos usuários sobre assuntos inerentes à alimentação e nutrição.</p>
Condições de Trabalho	<p>Atuação em territórios marcados intensamente por violência, tráfico e consumo abusivo de drogas; classificação de risco de violência como norte para entrada no território e na UBS; classificação de risco amarela denota que só se pode realizar atividades dentro da UBS; classificação de risco vermelha resulta no fechamento da UBS; situações de ocultação do grau de risco ou de alerta do mesmo já em sua iminência, por parte da gerência; sobrecarga de profissional generalista diante do perfil epidemiológico da população e distribuição de eSF matriciadas; percepção de prejuízos na qualidade do trabalho devido ao dimensionamento excessivo de eSF; sensação de não conseguir dar conta do rol de tantas demandas; redesenhos territoriais da área adscrita; desgaste proporcional às diferenças de carga horária (20h, 30h ou 40h); o número de eSF matriciadas aumenta à proporção do aumento da carga horária; restrição do tempo destinado para planejamento; carga pesada pela distância entre as UBS em que atua o profissional; necessidade de adaptação ao compartilhamento de sala com toda a equipe NASF; tempo limitado para atendimento individual (20min); instabilidade de vínculo profissional em conjuntura de desmontes sociais e a não realização de novos concursos públicos para a área da saúde; sensação de insegurança devido às propagandas na TV do atual prefeito sobre necessidade de ajuste econômico na saúde.</p>
Modelo de Gestão	<p>Lógica quantitativa e produtivista em saúde; gestão burocrata e inflexível; gestão municipal anterior estimulava a perseguição de metas de</p>

	<p>produtividade para compensação financeira que não se estendia ao NASF; expectativa frustrada de o NASF ser contemplado financeiramente mediante o alcance das variáveis; ameaças implícitas de impermanência no emprego estendidas aos membros do NASF no caso de não alcance de metas, exceto para a 3.1; cobrança por aumento da produtividade do NASF; gerenciamento de listas de determinadas situações clínicas e sociais pelo NASF; ranking comparativo da produção trimestral entre os membros de cada equipe NASF e entre diversas equipes NASF da mesma AP; competitividade entre os profissionais; a lógica gerencialista de metas não considera a diversidade dos territórios e UBS; reduz o sentido da busca pela qualidade da atenção e do cuidado em saúde; demanda de tempo para se inserir toda produção nos prontuários eletrônicos compromete o tempo de contato com usuário; margem à conversão fraudulenta de atividades educativas como atendimentos individuais para alcance de metas, corroborada por determinadas CAPs; perseguição de metas como fator complicador para disponibilidade a interconsulta pelas eSF; falta de uniformidade no conhecimento de indicadores da Agenda Padrão da SUBPAV sobre o NASF; consenso sobre a determinação de 120 atendimentos (individuais ou compartilhados) e 8 visitas domiciliares por mês; consideram positiva a transição das metas do Accountability para os indicadores do PMAQ, com a expectativa de mudança para lógica qualitativa; necessidade de apresentar comprovações na avaliação externa do PMAQ.</p>
Matriciamento	<p>Resistência e incompreensão dos demais profissionais ao matriciamento; número excessivo de eSF matriciadas - integrantes do GF matriciam de 9 a 19 eSF (média de 11); dificuldade em ver o resultado do seu próprio trabalho devido ao dimensionamento excessivo; importância da educação permanente para a eSF, do perfil do enfermeiro e do gerente local para compreensão pela eSF sobre o matriciamento; maior dificuldade de compreensão sobre o matriciamento em categorias profissionais com formação mais cartesiana; concepção do GF de que demanda das eSF junto ao NASF deve advir de situações de menor resolubilidade por aquelas; realização de reuniões na OS SPDM (3.2) e na CAP 5.1 para discussão sobre o matriciamento; melhor compreensão sobre o apoio matricial do profissional no NASF, por gerentes que foram residentes ESF; rotatividade de membros do NASF que atuam em mais de uma UBS fragmenta a equipe devido à divisão do território compromete o matriciamento; correlação entre o perfil do gestor imediato para ESF e a compreensão sobre o matriciamento; maior dificuldade na compreensão sobre o matriciamento em unidades mistas; tendência à insistência pela gerência e eSF por atendimentos individuais e desprestígio à educação em saúde; efeito de reorganização do processo de trabalho das eSF mediante a recusa pelo NASF para lidar com ações não discutidas previamente; empecilhos para o matriciamento em casos de atuação em mais de uma UBS e com dimensionamento excessivo de eSF por NASF (compromete a visibilidade do trabalho do NASF); membros da eSF preferem realizar interconsulta entre eles e não com o NASF por ser mais objetivo e rápido; em geral, predominam interconsultas, consultas individuais, grupos educativos e visitas domiciliares; dificuldade em participar de todas as reuniões de eSF em virtude do dimensionamento para apoio matricial; aproveitamento de espaços informais e mídias sociais para discussão de casos; o PTS é considerado na discussão de casos mas não é registrado e monitorado formalmente; aleitamento materno, alimentação complementar, vigilância alimentar e nutricional e cuidado nutricional no diabetes são os temas mais comuns na educação profissional junto às eSF; tendência ao encaminhamento de casos como obesidade ou vigilância alimentar e nutricional do PSE e PBF aos nutricionistas do NASF, como se esses aspectos da população adscrita não fossem de sua responsabilidade; necessidade de assunção pela eSF de ações que precisam ser executadas independente da presença do NASF; papel de regulação de encaminhamentos para outros níveis de atenção por 3 categorias profissionais do NASF, incluindo o nutricionista, conforme o guia de referência rápida da SUBPAV, comprometido por fragilidades na RAS; expectativa de elaboração da</p>

	Carteira de Serviços da Nutrição pela SUBPAV para melhor compreensão sobre a configuração da RAS.
Sentido do Trabalho no NASF	Dificuldade em iniciar essa discussão; pergunta difícil; matricular; dar apoio; trabalho multiprofissional; apoio multiprofissional em busca de um olhar mais integral do sujeito; favorecer a escuta qualificada para questões mais silenciosas, ocultas; ampliação do olhar para os usuários; aprender com a história de vida dos usuários; quebra de paradigmas sobre Nutrição estritamente clínica; papel educativo junto aos profissionais e usuários sobre a relação social da alimentação; desmistificar o elitismo da Nutrição; mostrar para as eSF e usuários que a Nutrição é uma relação construída socialmente; trabalhar diversos sentidos junto ao NASF; estabelecer interfaces com outras áreas de formação e atuação; as diversas áreas de atuação têm correlação com a Nutrição; estimular o entendimento transversal da Nutrição junto aos demais profissionais.
Concepções de SAÚDE – conceito ampliado x biomédico	
CATEGORIAS EMPÍRICAS	UNIDADES DE REGISTRO E CONTEXTO
Atributos da APS	Entendimento de que qualquer usuário que chegue à UBS precisa ter sua necessidade atendida, mesmo aquela mais subjetiva; por vezes, a eSF faz dedução sobre as necessidades do usuário, não o escuta; limitação no tempo para atendimento diante da demanda compromete o vínculo com o usuário; dificuldade de as eSF realizarem um acolhimento (frequentemente pensam em encaminhar); recusa da eSF no acolhimento quando o usuário pertence a outra eSF ou é de fora do território; atenção no primeiro contato acaba se dando por meio do NASF, que identifica onde mora, seu ACS e eSF de referência; reconhecimento pelo gestor local de que o primeiro contato deve se dar com a eSF; intermediação com a eSF após ter estabelecido um vínculo inicial inevitável com o usuário, mesmo sendo do NASF; prazer em acolher necessidades dos usuários que não sejam específicas da Nutrição; NASF visto pelas eSF como estratégico para a coordenação de cuidados; gestão de listas de usuários prioritários vai ao encontro da coordenação de cuidados; lógica de encaminhamento em detrimento da coordenação de cuidados pelas eSF; casos se arrastam até demandarem atenção secundária ou terciária; coordenação de cuidados comprometida pelo baixo investimento na atenção secundária e acúmulo de demandas para a eSF; a presença do NASF incita a busca pela longitudinalidade (acreditam que eSF não matriciadas têm esse atributo ainda mais frágil); conseguem encaminhar e receber a contra-referência, mas a carga de demandas impede o acompanhamento ao longo do tempo; casos se perdem com o tempo; cuidado em saúde se torna superficial diante dos casos novos incessantes; grupos educativos favorecem a longitudinalidade; o PTS poderia favorecer a longitudinalidade, se o número de eSF fosse justo e fosse possível sistematizá-lo com maior frequência (mas seus prazos acabam se perdendo); distribuição da carga horária em mais de uma UBS dificulta a longitudinalidade vínculo significa ser referência para o cuidado do usuário e independe da categoria profissional; disponibilidade do NASF para escuta pode suscitar questões complexas do usuário, silenciadas ou não inquiridas pelas eSF; abertura para escutar o sofrimento alheio; escuta pouco qualificada pelas eSF; limite de tempo para atendimento prejudica o acolhimento; aproximação com a integralidade em virtude do trabalho interdisciplinar e da escuta qualificada ao usuário; mesmo com olhar integral, as fragilidades na rede dificultam que o usuário seja assistido em todos os níveis de atenção; ao longo dessa espera ou não concretização do acesso à atenção secundária, o vínculo é fortalecido; crítica de que APS vista pela gestão atual como algo simples, seletivo, reles.
Matriciamento	Tendência à transferência de casos para o NASF ao invés de compartilhamento por parte das eSF, em a devida escuta ao usuário; necessidade de assunção de responsabilidades pela eSF; dimensionamento excessivo de usuários por eSF e de eSF por NASF; falta de espaços para

discussão coletiva de casos entre eSF e NASF; impossível dar conta de toda a demanda, ainda que o dimensionamento de eSF por NASF fosse o ideal; as demandas também são excessivas para as eSF, dificultando a reflexão sobre o processo de trabalho e a solicitação do apoio matricial; possibilidades de matriciamento injuriadas pela cobrança quantitativa por procedimentos; resistência dos profissionais da equipe mínima para a interconsulta; desvelamento da concepção “romântica” sobre o apoio matricial pelo NASF; transformação do NASF Rio em serviço de assistência à saúde; falhas na RAS têm impedido o apoio matricial pelo NASF há anos (atenção secundária frágil); implantação do NASF concomitante com os desmontes dos ambulatorios da RAS; dificuldade do NASF em resistir à lógica ambulatorial; o conceito de matriciamento deveria ter sido trabalhado extensivamente com as eSF antes da implantação do NASF; importância do reconhecimento sobre o apoio matricial pela gerência, para que as eSF compreendam como se dá o mesmo; chegada de especialistas do NASF na RAS resultou na abertura de agenda ambulatorial; dificuldade de encaminhar usuários para outros pontos de atenção pela ausência de referências na RAS; serviços mais específicos precisam estar disponíveis (atenção secundária); dificuldade em escolher que situações absorver ou encaminhar para outro ponto de atenção da RAS; compromisso em dar conta de toda e qualquer demanda; insegurança sobre a resolutividade diante de doenças crônicas e complexas cuja assistência recai sobre o profissional NASF; redução do número de nutricionistas dos ambulatorios pela ausência de concursos também prejudica a regulação; resistência de nutricionistas do modelo anterior de APS ao NASF e falhas na comunicação; pouco apoio da gerência para desenvolvimento da dimensão técnico-pedagógica junto às eSF; desinteresse da equipe técnica por ações técnico-pedagógicas em virtude da visão fragmentada em saúde; PTS geralmente feito pelo NASF, distante das eSF; PTS feito sem sistematização (agendamentos e responsabilidades definidas, mas os prazos se perdem); visão das eSF de que o NASF complexifica (positivamente) a discussão de casos; adaptação para realizar apoio técnico-pedagógico em 20min de cada reunião de eSF, subsequente às discussões de casos, de modo a atrair os profissionais; maior adesão de ACS que da equipe técnica às discussões propiciadas com o apoio técnico-pedagógico; importância de reuniões específicas de matriciamento, cuja participação reduz conforme aumenta o número de UBS para atuação do nutricionista; a discussão de casos guia o tema a ser abordado pela dimensão técnico-pedagógica; reconhecimento da relevância do papel técnico-pedagógico do NASF pela gerência estende-se para as eSF; temas mais frequentes nas discussões técnico-pedagógicas: aleitamento materno, alimentação complementar; avaliação nutricional, obesidade, fluxos para regulação; aproveitamento de demandas pessoais de membros das eSF para revisão de hábitos alimentares, promovendo apoio técnico-pedagógico; abordagem periódica sobre o papel do NASF junto às eSF por determinação da gerência ou direção; avaliações contínuas sobre o apoio matricial pelo NASF (5.1); reuniões mensais para matriciamento; termo capacitação empregado para designar apoio técnico-pedagógico; aumento na realização de interconsultas com a equipe mínima proporcional ao espaço concedido ao NASF em reuniões de equipe; demandas por interconsultas emanadas em reunião de equipe; o ideal seria que as demandas por interconsultas fossem suscitadas pelas eSF, ao se depararem com limitações técnicas para certas abordagens; discussões para matriciamento costumam suscitadas pela equipe NASF; pretensa sensação de domínio e autonomia na área de alimentação e nutrição pela equipe técnica minimiza as demandas por matriciamento (esclarecimentos nas reuniões); pretensa sensação de domínio e autonomia na área de alimentação e nutrição pela equipe técnica mascara as demandas por matriciamento (esclarecimentos em reuniões ou pela interdisciplinaridade); interdisciplinaridade ensina a saber escutar e a saber o momento de se colocar com o conhecimento específico; pouca valorização da educação em saúde por parte das eSF; lógica ambulatorial das eSF; discreta participação das eSF em grupos educativos; reconhecimento da potencialidade da educação em saúde pelo grupo focal; maior pare

	<p>dos grupos educativos acontecem devido à presença do profissional do NASF, com suporte dos ACS; conseguir a presença de membros da equipe técnica gratifica o papel do NASF; ordem decrescente de frequência: interconsultas/consultas individuais > grupos educativos > VDs; valor das trocas interdisciplinares nos grupos educativos; dependendo, a estrutura física da UBS pode favorecer atividades extra-muros ou lógica ambulatorial; descobrir em si potencialidades além da Nutrição por meio da atividade extra-muros; necessidade de posicionamento de resistência às consultas individuais para pressionar a execução de interconsultas; entrada de penetra na consulta de profissional da eSF para que se configure uma interconsulta; incômodo em ter que acelerar a educação em saúde na interconsulta por conta do tempo do outro profissional; por vezes, a interconsulta não o é, devido à pequena interação do outro profissional; necessidade de propagandear/ofertar seu saber técnico para aproveitamento em interconsultas; apesar de criticarem a lógica produtivista imposta às eSF como elemento prejudicial à visibilidade do NASF, aproveitaram a estruturação do matriciamento com base nas listas do contrato de gestão do governo anterior para motivar as eSF para a realização de interconsulta; nos atendimentos individuais, quase sempre é extrapolado o prazo máximo de 30min pela gestão da UBS para o contato com o usuário (a fim de que haja a escuta qualificada e a atuação específica); VDs surgem como desdobramento da discussão das listas por patologia ou ciclos da vida; muitas vezes as demandas por VDs provêm do NASF ou do ACS; ACS ficam realizados com a possibilidade de resolutividade e por conduzem profissionais de diversas categorias aos domicílios; gratificação em realizar VD pela interdisciplinaridade e conhecimento do contexto social das famílias.</p>
Linhas de cuidado	<p>As metas pactuadas no <i>Accountability</i> facilitaram o contato com determinados grupos de usuários que eram vistos com menor frequência ou estavam desassistidos (identificação e programação das listas); as listas ajudaram a organizar o fluxo de atendimento da equipe e da unidade; acompanhamento de diversas fases do ciclo da vida (materno-infantil, adolescente, adulto, idoso, gestante); pré-natal; gestante de risco; puericultura; bebê em déficit nutricional; diabéticos recém-diagnosticados; hipertensos e diabéticos descompensados; monitoramento da hemoglobina glicada em diabéticos; diabéticos amputados; nefropatas; pacientes restritos ao leito e ostomizados após alta referenciada pela atenção terciária; maior aproximação com beneficiários do PBF, a menores de 2 anos e ao PSE mediante as listas; casos graves de que a APS consegue dar conta, conforme a gestão; crítica à definição de lista de usuários que não considera a especificidade epidemiológica de cada território; apontamento de necessidade de diagnóstico situacional em saúde por território com a presença de sanitaria no NASF ou pelo menos na CAP.</p>
Contrato de gestão	<p>O modelo da gestão que vigorou até o fim de 2017 as levou a confundirem resolutividade com produtividade; pouca valorização da educação em saúde como indicador pela gestão, mas que consideram a ferramenta mais resolutiva; recurso a fraudes pelas eSF, computando entrega de resultados de exames como atendimentos individuais e grupos educativos concomitantes; a variável do antigo contrato de gestão referente a grupos educativos requeria a presença da equipe mínima em sua condução; possibilidades de matriciamento injuriadas pela cobrança quantitativa por procedimentos; lógica produtivista imposta às eSF dificulta a visibilidade do NASF; mascaramento do alcance de metas justifica o dimensionamento excessivo de eSF por NASF; reconhecimento de que a busca pelo alcance das metas favoreceu o acesso a determinados públicos de usuários; as listas ajudaram a organizar o fluxo de atendimento da equipe e da unidade; rejeição à lógica de cumprimento de metas (as ações poderiam ser assimiladas sem o peso de seu alcance); cobrança por produtividade vai na contramão do SUS; as metas não repercutiram em melhor qualidade na assistência, restringem tempo com usuário; as necessidades reais do usuário podem ficar ocultas; estrutura oferecida desproporcionalmente ao peso dado às metas; rejeição à lógica de cumprimento de metas (as ações poderiam ser</p>

	<p>assimiladas sem o peso de seu alcance); cobrança por produtividade vai na contramão do SUS; as metas não repercutiram em melhor qualidade na assistência, restringem tempo com usuário; as necessidades reais do usuário podem ficar ocultas; infraestrutura oferecida desproporcionalmente ao peso dado às metas; na gestão municipal atual, os retornos financeiros subsequentes ao alcance das variáveis foram cessados, tornando a persecução por metas mais leves; maior facilidade em alcançar indicadores do PMAQ; lógica quantitativa do Accountability e mais qualitativa do PMAQ; ao invés da quantidade de ações, o PMAQ solicita documentos comprobatórios; PMAQ norteia a qualidade mas não direciona o olhar para os usuários previstos nas listas do Accountability; fraudes em valores bioquímicos para alcance de metas (hemoglobina glicada); os resultados não precisavam ser expostos e comparados; prejuízos à população diante das fraudes e retornos financeiros desiguais à infraestrutura de cada UBS; o mascaramento de metas justifica o dimensionamento excessivo de eSF por NASF; crítica à definição de lista de usuários que não considera o perfil epidemiológico do território; questionamento sobre a validade dos dados oriundos do prontuário eletrônico; ausência de um mapeamento atualizado de fluxos da RAS, bem como a articulação entre os serviços; desmérito à APS pela gestão municipal atual, em meio às restrições orçamentárias.</p>
<p>Concepção de saúde e doença</p>	<p>Papel do NASF na gestão de listas de usuários prioritários com foco na doença; priorização da clínica e de exames laboratoriais nos indicadores da gestão anterior ainda orientam o olhar das eSF e NASF; NASF como assistência à saúde; precisam dar conta do controle da hemoglobina glicada em diabéticos; cronicidade da situação de saúde da população adoecida; atendimento rápido e com visão biomédica pelas eSF (foco na dor, medicalização); visão compartimentalizada das eSF sobre saúde, NASF e Nutrição; pouca valorização da educação em saúde por parte das eSF; lógica ambulatorial das eSF; reconhecimento pelo NASF da potencialidade da educação em saúde; contraste entre as concepções do profissional NASF e da eSF (tendo neste um modelo mais tradicional biomédico); preocupação com o impacto sobre o usuário e questões éticas diante dessas divergências de formação/postura profissional; preocupação com o impacto sobre o usuário e questões éticas diante dessas divergências de formação/concepção na postura profissional eSF x NASF; crítica do NASF à definição de lista de usuários que não considera o perfil epidemiológico do território; apontamento de necessidade de diagnóstico situacional em saúde por território; iniquidades no alcance de determinantes sociais da saúde dificultam a resolutividade; crítica do NASF à definição de lista de usuários que não considera o perfil epidemiológico do território; apontamento de necessidade de diagnóstico situacional em saúde por território; iniquidades no alcance de determinantes sociais da saúde dificultam a resolutividade; múltiplos determinantes para a obesidade (acesso e disponibilidade do alimento, questões psicológicas e culturais, precariedade na mobilidade urbana, violência); questão cultural e status envolvendo a escolha por produtos ultraprocessados; questão sobre a menor taxação e maior oferta de produtos ultraprocessados que alimentos <i>in natura</i>; convencimento pela palatabilidade (hipersabor) e outros artifícios da indústria alimentícia; estilo de vida visto em lógica comportamental de escolhas individuais (falta de autocuidado e rede de apoio frágil e sabotadora); as pessoas não refletem sobre seus hábitos; o papel do nutricionista no NASF é colocar as pessoas para pensarem; favorecer a reflexão para escolhas autônomas pelo usuário; construção social da alimentação; delicadeza em se tocar em construções familiares de hábitos alimentares, especialmente para pessoas com doenças crônicas que demandam alguma restrição ou adaptação; analogia entre anamnese alimentar e confissão, intimidade; importância do vínculo para que o usuário se sinta à vontade para expressar seus hábitos; alimentação vista como único mecanismo de prazer para pessoas em vulnerabilidade social; falta de perspectiva de ascensão na qualidade de vida desmotiva a revisão de hábitos; grupos educativos conduzidos pelas eSF costumam ter foco na doença e aqueles realizados no território têm lógica mais ampla em saúde (preventiva) e dão voz</p>

	<p>aos usuários, com presença do NASF; o convite do ACS para grupos educativos traz como alegação a busca pela qualidade de vida, enquanto que quando parte da equipe técnica, o chamariz é o cuidado sobre a doença.</p>
Intersetorialidade	<p>Articulações com Assistência Social; todas dispõem do CRASS no território; Conselho Tutelar; Educação (PSE); falhas na comunicação com a SMPD; parceria com institutos de reabilitação e centro de convivência para pessoas com deficiência nos territórios; Associação de Moradores; doações de alimentos promovidas por instituições religiosas e supermercados; utilização da Vila Olímpica e espaços de projetos sociais comunitários para promoção de atividade física; utilização de sítios, clubes, Corpo de Bombeiros e SESC para realização de grupos educativos e/ou oficinas culinárias; valor educativo proveniente das trocas interdisciplinares com outros setores formais e informais. Articulações intrasetoriais (todas dispõem de CAPS e CAPSi; AP 5.1 não detém CAPSAd).</p>
Promoção da saúde	<p>Imersão do NASF em situações de saúde que caberiam à atenção secundária, demandas burocráticas e tecnológicas diminuem o tempo para promoção da saúde; promoção da alimentação saudável e da saúde se dão especialmente no PSE e nos grupos educativos, que abordam aleitamento materno, alimentação complementar, diabetes e hipertensão arterial; os grupos educativos conduzidos pelo NASF costumam ser democráticos, não fazendo seleção por estado nutricional ou patologia; compromisso com a qualidade de vida; falta de infraestrutura para realização de oficinas culinárias, que dependem de recursos do nutricionista ou da população; estímulo à implantação e manutenção de horta em UBS pelos usuários e ACS; discussão sobre sistema alimentar e agroecologia; promoção de discussões sobre segurança alimentar e nutricional; discussões sobre publicidade de alimentos; estímulo à criticidade e interpretação de rótulos de produtos alimentícios ultraprocessados; reflexões sobre sustentabilidade e alimentação; redução de danos quando inevitável o recurso a alimentos ultraprocessados; alerta quanto aos apelos da indústria e mídia; apresentação concreta da quantidade de sal, açúcar e gordura em produtos industrializados; falhas no diagnóstico nutricional coletivo do território (qualidade da aferição e do registro; inadequação dos pontos de corte nos prontuários eletrônicos; focalização dos participantes dos grupos educativos; amostra não representativa do todo); consolidação limitada de perfis de saúde por somente um tipo de prontuário eletrônico contratualizado junto à SMS; autocobrança do nutricionista pela VAN do território, já que a eSF não abraça sua realização; as eSF não reconhecem o valor da VAN; questionamento sobre a validade do perfil nutricional disponível na plataforma SUBPAV; repressão por parte dos gestores quando se promovem discussões sobre os desmontes em políticas sociais e do SUS junto aos usuários (controle social); estímulo aos usuários para participação em reuniões do Colegiado Gestor; a atuação dos profissionais em mais de uma UBS dificulta sua participação nas reuniões do Colegiado Gestor; pouco estímulo institucional para realização ou participação em pesquisas, além da absorção por demandas assistenciais em saúde e reduzido tempo para planejamento.</p>

ANEXO A – Carta de Anuência da Superintendência de Atenção Primária e da Coordenação do NASF no Município do Rio de Janeiro



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

CARTA DE ANUÊNCIA


Por meio da **Coordenação de Policlínicas e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)**, a **Superintendência de Atenção Primária (SAP)**, vinculada diretamente à Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização da pesquisa de mestrado intitulada: **“Concepções de Trabalho, Educação e Saúde na Formação e Atuação Profissional do Nutricionista no Âmbito da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro”**. A pesquisa está sob responsabilidade de **Hugo Braz Marques**, discente do curso de Mestrado em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz.

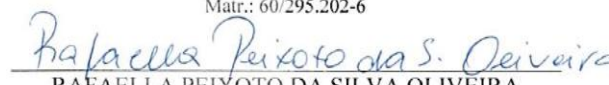
Cientes dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento junto aos nutricionistas do NASF do município do Rio de Janeiro.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP. O projeto foi submetido previamente ao Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para os gestores da Estratégia de Saúde da Família e do NASF deste município. No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 2016.


GUILHERME WAGNER
Superintendente de Atenção Primária
S/SUBPAV
Matr.: 60/295.202-6


RAFAELLA PEIXOTO DA SILVA OLIVEIRA
Coordenadora de Policlínicas e Núcleos de Apoio a Saúde da Família
S/SUBPAV/SAP
Matr.: 60/295.150-7


Rafaela Peixoto Oliveira
Coordenadora
S/SUBPAV/SAP/CPNASF
Matr.: 60/295.150-7