

## Capítulo 2 - As ações de alimentação e nutrição no fazer dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: possibilidades no cotidiano da Atenção Básica

Kimielle Cristina Silva  
Mara Lucia dos Santos Costa  
Olivia Lucena de Medeiros

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, K. C., COSTA, M. L. S., and MEDEIROS, O. L. As ações de alimentação e nutrição no fazer dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: possibilidades no cotidiano da Atenção Básica. In.: SILVA, A. C. F., MOTTA, A. L. B., and CASEMIRO, J. P., eds. *Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado* [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2021, pp 36-56. ISBN: 978-65-87949-11-6.  
<https://doi.org/10.7476/9786587949116.00003>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## Capítulo 2

# As ações de alimentação e nutrição no fazer dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: possibilidades no cotidiano da Atenção Básica

Kimielle Cristina Silva  
Mara Lucia dos Santos Costa  
Olivia Lucena de Medeiros

Ao iniciar a discussão sobre as potencialidades dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) na qualificação das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica (AB), é importante refletir sobre o contexto em que essas equipes se inserem, ou seja, compreender de maneira ampliada o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como sua configuração em um sistema, que tem a AB como ordenadora do cuidado, organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nessa perspectiva, este capítulo abordará os desafios do “fazer o Nasf-AB” forjado pelo imperativo de responder às situações complexas do cotidiano profissional e do trabalho em equipe.

No entanto, é necessário entender a AB como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, exercidas por equipes multidisciplinares e dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2011). Essas ações devem ser desenvolvidas por meio de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe.

Ademais, constitui o ponto de atenção estratégico para organização e oferta dos cuidados em alimentação e nutrição, como o controle e prevenção das carências nutricionais, a promoção de práticas alimentares e do direito humano à alimentação adequada e saudável, a vigilância alimentar e nutricional, o cuidado aos indivíduos com necessidades alimentares especiais, bem como do sobrepeso e da obesidade. Assim, visando ao fortalecimento dessas ações na AB, o Ministério da Saúde (MS) instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, e incluiu a alimentação e nutrição como área estratégica para a composição do núcleo.<sup>1</sup>

O Nasf-AB deve utilizar, em sua prática diária, variadas tecnologias de cuidado que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior prevalência e magnitude junto às equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Consultório na Rua (eCnR), equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais (eSFRF), equipes de Atenção Básica (eAB) e às equipes que desenvolvem atividades nos polos das Academias da Saúde. Ou seja, o Nasf-AB pode apoiar o processo de trabalho de todas as equipes de Atenção Básica. Assim, trabalha de maneira integrada e horizontal, ampliando o escopo de práticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contribuindo para a integralidade e a resolutividade do cuidado nesse ponto de atenção.

---

<sup>1</sup> O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criado por meio da Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008, é constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. A Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, ampliando o apoio também para as equipes de Atenção Básica (eAB) e mudança do nome para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

## **Atuação da equipe NASF-AB e a agenda da alimentação e nutrição**

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Nasf-AB deve se constituir como membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS, e como tal deve pautar seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho em conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias (Brasil, 2017).

Além disso, com a incorporação de outras categorias profissionais na AB, verificam-se a ampliação das práticas profissionais e o compartilhamento de conhecimentos e novas habilidades. Nessa perspectiva, o Nasf-AB propõe romper com a lógica hegemônica dos conhecimentos fragmentados, presentes no modelo biomédico. Mas, sabe-se que essa proposta não acontece de forma espontânea e natural.

O processo de trabalho dos profissionais das equipes do Nasf-AB (eNasf-AB) deve ter como foco o seu território de atuação, contemplando todas as ações que são realizadas pelas eAB (atendimento individual específico, compartilhado e domiciliar; ações de educação em saúde; discussões de casos; entre outras), com troca constante de saberes e experiências na produção do cuidado integral (Brasil, 2014).

Desse modo, a contribuição do Nasf-AB para a Atenção Nutricional na AB tem por finalidade aumentar a capacidade de análise e resolução de problemas relacionados à alimentação e nutrição, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Portanto, devem ser incluídas, de forma geral, ações que visem a (Brasil, 2017a):

- identificação e análise das características alimentares e nutricionais da população adstrita, o que demanda ir além da análise epidemiológica de indicadores antropométricos e de consumo alimentar, incluindo o reconhecimento da alimentação como prática social nos territórios permeada por aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais, não somente os biológicos, de modo a contribuir para a prática do acolhimento e da clínica ampliada;
- planejamento e execução de ações de educação alimentar e nutricional, no âmbito individual e coletivo, de acordo com características alimentares e nutricionais identificadas na população adstrita;
- diagnóstico dos principais agravos relacionados à alimentação e nutrição e organização de critérios de classificação de risco, para identificação de prioridades e definição das ofertas de cuidado;
- compartilhamento de saberes dos núcleos profissionais junto aos demais profissionais integrantes da eSF que possam contribuir para a organização do cuidado e ampliação do escopo de atuação das equipes de referência da AB, utilizando metodologias da aprendizagem em serviço, como atendimento compartilhado, discussão de casos, entre outras;
- oferta de atendimento clínico nutricional aos indivíduos que apresentem agravos relacionados à alimentação e nutrição, de acordo com os critérios de classificação de risco e ofertas de cuidado pactuadas junto às equipes de referência da AB;
- construção e implementação de estratégias clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas que ampliem a resolutividade da Atenção Nutricional na AB e racionalizem os encaminhamentos para serviços de Atenção Especializada, com coordenação do cuidado e manutenção

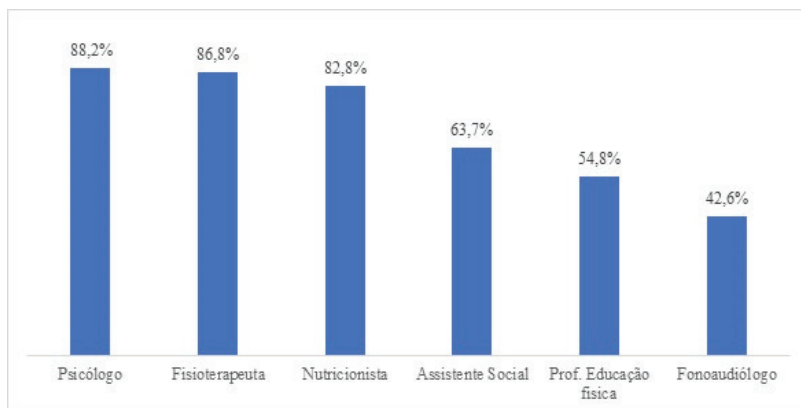
do vínculo pela equipe de referência, incluindo fluxos e protocolos assistenciais;

- desenvolvimento de articulações intersetoriais nos territórios para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e defesa e exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

### **Definições estratégicas: composição e prioridades das eNASF-AB**

Há três modalidades de equipe possíveis para o Nasf-AB (Portaria n.º 3.124/2012 e Portaria n.º 2.436/2107). A modalidade 1 pode ser vinculada a 5 ou até 9 eAB e cumpre no mínimo 200 horas semanais; a modalidade 2 pode ser vinculada a 3 ou 4 eAB e cumpre no mínimo 120 horas semanais; e a modalidade 3 pode ser vinculada a 1 ou 2 eAB e cumpre no mínimo 80 horas semanais. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), em março de 2019, estavam cadastradas 5.625 eNasf-AB, sendo 3.301 (58,7%) da modalidade 1, 1.047 (18,6%) da modalidade 3 e 1.277 (22,7%) da modalidade 2 (SCNES, 2019).

A composição das eNasf-AB é definida pelos gestores municipais, considerando o perfil epidemiológico, nutricional e as necessidades de saúde do seu território, bem como a disponibilidade dos profissionais. Dados do SCNES de março de 2019 mostram que do total de profissionais de saúde que atuam nas eNasf-AB (32.944) há predominância de psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistente social, profissional de educação física e fonoaudiólogos, respectivamente. Essas categorias somam 85,9% dos profissionais inseridos nos núcleos. Verifica-se que o profissional nutricionista está presente em 82% dessas equipes (gráfico 1).

**Gráfico 1.** Percentual de eNasf-AB segundo categoria profissional – Brasil

Fonte: Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Março/2019.

Uma das fragilidades do programa desde sua criação até 2013, foi a pouca possibilidade de registro das atividades típicas do Nasf-AB. Havia somente alguns procedimentos na tabela SUS que não refletiam a gama de atividades desenvolvidas, fato que pode ter prejudicado a verificação da contribuição do Nasf-AB na Atenção Básica e no campo da alimentação e nutrição. Entretanto, a realidade do monitoramento e acompanhamento das ações desenvolvidas pelas eNasf-AB mudou a partir do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que possibilitou o incremento na gestão da informação de forma a contribuir para a melhoria da organização dos processos de trabalho das equipes. O sistema integra todas as ações e programas da Atenção Básica por meio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Tal estratégia é composta por dois *softwares* que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB: Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

De acordo com o SISAB, no período de janeiro a dezembro de 2017, mais de 5,1 milhões de atendimentos individuais

específicos foram realizados pelo Nasf-AB, e, destes, 48,1% foram de procedimentos clínicos/terapêuticos, 33,3% de avaliação/diagnóstico e 18,6% de prescrições terapêuticas. Já as atividades coletivas realizadas na Atenção Básica, os atendimentos em grupo e as atividades de educação em saúde foram mais frequentes entre as eNasf-AB, totalizando, aproximadamente, 550 mil atividades/ano com a participação de quase dez milhões de usuários. Destacaram-se os temas práticas corporais/atividade física e promoção da alimentação adequada e saudável, perfazendo aproximadamente 78% das atividades realizadas. Os temas autocuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e a antropometria foram abordados em 22% das atividades realizadas pelos núcleos. O quadro 1 mostra a descrição dos campos disponíveis na ficha de atendimento individual do *software* CDS para registro das ações das eNasf-AB e polo da academia da saúde.

**Quadro 1.** Descrição dos campos de informação do *software* Coleta de dados Simplificada (CDS) da estratégia e-SUS Atenção Básica - 2016

<b>Campo</b>	<b>Orientação de preenchimento</b>
Procedimentos clínico-terapêuticos	Campo exclusivo para uso dos profissionais do Nasf-AB. Deve ser marcado sempre que ocorrer intervenção (manipulações osteoarticulares, exercícios respiratórios, estimulações neurosensoriais, exercícios ortoarticulares, exercícios de equilíbrio, psicoterapia, entre outras).
Avaliação/diagnóstico	Deve ser marcado sempre que forem realizados anamneses, testes e avaliações (testes físicos, inquérito alimentar, avaliação funcional, avaliação psicológica, avaliação social, avaliação antropométrica, avaliação psicossocial, entre outros).
Prescrições terapêuticas	Deve ser marcado sempre que ocorrerem prescrições, orientações e recomendações (prescrições de atividades psicoterapêuticas, recomendações para o usuário – como dietas, exercícios, adaptações no domicílio para atender às demandas relacionadas à funcionalidade e à autonomia, entre outras).

Fonte: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS versão 2.1, 2016.



Dados do 2.º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), coletados em 2013/2014, demonstram que, das 1.773 eNasf-AB avaliadas, mais de 70% realizavam apoio às eAB para Atenção Nutricional:

A Atenção Nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (Brasil, 2013, p. 26).

As principais ações desenvolvidas por essas equipes foram: ações de promoção da alimentação adequada e saudável (74%), apoio ao desenvolvimento de ações voltadas aos agravos relacionados à alimentação e nutrição (73%) e apoio ao desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (70%). Ainda, 60% das equipes avaliadas desenvolveram ações de articulação intersetorial visando à garantia da segurança alimentar e nutricional (SAN) nos territórios. As ações de atenção/assistência aos agravos relacionadas à alimentação e nutrição, com destaque para as carências nutricionais, desnutrição, obesidade, diabetes, entre outras, foram realizadas por 73% das eNasf-AB que participaram do 2.º ciclo do PMAQ-AB. Ainda que esse resultado não seja ruim, é de se esperar valores maiores que os encontrados, tendo em vista o perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira. Pressupõe-se que os resultados, em torno de 70%, se aproximam do percentual de eNasf-AB que contam com nutricionistas (80%), implicando que as ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Básica seriam vinculadas à presença desse profissional.

Sabe-se da importância do nutricionista no enfrentamento dos problemas relacionados à alimentação e nutrição, porém, há uma visão abreviada acerca da condução do cuidado em saúde

pretendido na Atenção Básica, bem como do fazer da categoria. Percebe-se a vinculação de suas atribuições ao aspecto da doença e ao recorte da alimentação, reverberando em uma atenção à saúde fragmentada (Rodrigues e Bosi, 2014). Assim, a incorporação desse profissional nas eNasf-AB pretende romper com a lógica e a visão equivocada do papel dessa categoria.

Quando indagada a forma que a equipe realizava esse apoio, 71% informaram que é por meio do atendimento individual ou domiciliar, além de articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (61%), ações de Educação Permanente nesses temas (58%) e Construção de Projeto Terapêutico Singular (42%), como pode ser observado na tabela 1. Embora as ações de educação permanente estejam aquém das demais, é importante compreender que a agenda da eNasf-AB pode seguir uma lógica de “equilíbrio dinâmico”, na qual não se pretende fazer divisões exatas entre as atividades, e sim se compreende que as variações entre as atividades devem atender às necessidades das eAB, dos usuários e do território. Por outro lado, o desenvolvimento de ações de educação permanente, por sua natureza, necessita da cooperação entre as eAB e eNasf-AB, sugerindo que esse resultado seja influência do desafio de integração dessas equipes.

Logo, há de se considerar que essa articulação deve ser construída diariamente entre profissionais mediante práticas concretas, as quais são perpassadas por inúmeros obstáculos, sejam conceituais, subjetivos ou estruturais (Campos e Domitti, 2007), que necessitam ser explicitados e pactuados durante a construção do trabalho em equipe. Nesse contexto, a integração com as eAB e Nasf-AB se torna uma potencialidade e também um desafio, visto que, por um lado, é conveniente trabalhar de forma individual e desarticulada, não considerando as necessidades das eAB e da população, e, por outro, o construir e fazer em conjunto. Tal fato pode explicar os grupos operativos e terapêuticos que “não dão certo”, pois a demanda vem da expertise do profissional, e não da necessidade da equipe e da

população. Um exemplo é o profissional nutricionista especialista em nutrição ortomolecular e biofuncional que planeja os grupos apenas baseados nesses conhecimentos específicos, não levando em consideração o contexto cultural e econômico da população onde eles estão inseridos.

**Tabela 1.** Ações de apoio desenvolvidas pelas eNasf-AB voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição, PMAQ 2.º ciclo, Brasil 2014

<b>Apoio da equipe Nasf-AB (eNasf-AB) para ações relacionadas à alimentação e nutrição</b>	<b>% eNasf</b>
Atenção individual e/ou domiciliar aos casos priorizados junto às equipes de AB	71%
Articulação com outros pontos da Rede de Atenção	61%
Processos de educação permanente (carências de micronutrientes, desnutrição, obesidade, diabetes, intolerâncias e alergias alimentares)	58%
Construção de Projeto Terapêutico Singular	42%

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

Avaliando as ações desenvolvidas pelas eNasf-AB com e sem o nutricionista (tabela 2), observa-se que a presença do profissional potencializa o apoio ao desenvolvimento dessas atividades pelas eAB. Verifica-se a sua importância na indução e participação de ações de alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Básica.

**Tabela 2.** Apoio ao desenvolvimento de ações de Atenção Nutricional realizadas pelas eNasf-AB com e sem nutricionista, PMAQ 2.º ciclo, Brasil, 2014

Ações realizadas	Nasf-AB	
	Sem Nutricionista	Com Nutricionista
<b>Apoio em ações de vigilância alimentar e nutricional</b>		
Sim	152 (11,5%)	1093 (82,5%)
Não	10 (0,8%)	69 (5,2%)
<b>Apoio na promoção da alimentação adequada e saudável</b>		
Sim	158 (11,9%)	1149 (86,8%)
Não	4 (0,3%)	13 (1,0%)
<b>Apoio em ações agravos relacionados à alimentação e nutrição</b>		
Sim	155 (11,7%)	1141 (86,2%)
Não	7 (0,5%)	21 (1,6%)
<b>Apoio em ações de articulação intersetorial para garantia da SAN</b>		
Sim	123 (9,3%)	942 (71,2%)
Não	39 (2,9%)	220 (16,6%)

Fonte: DAB/SAS/MS, 2014.

As ações assistenciais não podem esgotar-se como estratégia para tratamento de doenças e agravos relacionados à alimentação e nutrição, mas sua organização deve ser qualificada, para que os profissionais alcancem o cuidado integral ao usuário. Esse conjunto de informações apresentadas provoca uma reflexão das práticas desses profissionais e o fortalecimento do papel das eNasf-AB na Atenção Básica. Apesar dos dados sugerirem uma priorização das ações de caráter “curativo”, é importante que os registros referentes a outras formas de trabalho também sejam avaliados, assim como as taxas de absenteísmo nas atividades assistenciais.

A complexidade da Atenção Nutricional na Atenção Básica contrasta com a visão equivocada de que nesse ponto de atenção à saúde do SUS são realizadas as “práticas mais simples” de cuidados em alimentação e nutrição, voltadas apenas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, ou apenas práticas para indivíduos que são público-alvo de programas específicos. Também é frequente o entendimento de que os cuidados relativos à alimentação e nutrição sejam de responsabilidade apenas do profissional nutricionista, e não sejam compartilhados entre todos da equipe, como se aquele pudesse sozinho resolver todos os problemas/agravos relacionados à alimentação e nutrição do território. Isso, por vezes, tem gerado práticas fragmentadas que não respondem de forma adequada às demandas da população e do sistema de saúde (Brasil, 2017a).

Entende-se que o papel do Nasf-AB é aprimorar a resolutividade das equipes pela incorporação de diferentes saberes e práticas, e a educação permanente em saúde (EPS) se constitui em um importante dispositivo para que os profissionais das eAB possam ser qualificados nas ações relacionadas à alimentação e nutrição, dividindo, assim, o “saber fazer” com o profissional nutricionista.

As atividades de educação permanente em saúde devem dar sentido à produção de conhecimentos no cotidiano das equipes, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses profissionais como base de interrogação e mudança (Ceccim e Ferla, 2009). Os temas de ações de vigilância em saúde, condições/doenças crônicas, saúde da mulher e saúde da criança são abordados por um número maior de equipes que possuem o profissional nutricionista, de acordo com o 2.º ciclo do PMAQ-AB. Isso leva a refletir que o profissional nutricionista pode ser um disparador do processo de EPS em suas equipes, de forma a induzir e qualificar os profissionais das equipes para as ações de Atenção Nutricional, buscando maior resolubilidade no âmbito da Atenção Básica e sua ordenação nos demais pontos de atenção da RAS, bem como con-

tribuindo para que o SUS colabore para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional nos territórios (Brasil, 2017a).

A organização do processo de trabalho das eNasf-AB favorece a orientação do cuidado em saúde e da Atenção Nutricional na Atenção Básica, enquanto processo contínuo, longitudinal e integrado de ações, que se torna mais resolutivo. A construção do “saber fazer” normalmente é norteadas por diretrizes e documentos ministeriais e municipais, bem como por ações de cooperação horizontal. Na verdade, as práticas devem se delinear de forma particular com cada equipe do território, dependendo da formação, das categorias profissionais, da integração da equipe, dos recursos e condições de trabalho disponíveis e das características epidemiológicas e nutricionais da população atendida. Essa forma pioneira e inovadora de sistema de trabalho apoiado e compartilhado está em processo de reconhecimento, aperfeiçoamento e implantação para todos os profissionais envolvidos e para a população assistida. Nesse movimento de construção e consolidação do trabalho, o profissional nutricionista tem um papel importante no apoio aos profissionais das equipes de Atenção Básica, no sentido de induzir o desenvolvimento de ações e a adoção de práticas voltadas à Atenção Nutricional e, assim, se configurando uma excelente janela de oportunidade de concretização das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica.

### **Apoio matricial em alimentação e nutrição**

Outros aspectos importantes também implicaram para escolha da alimentação e nutrição como área estratégica para a composição dos Nasf-AB, entre eles: as mudanças do cenário epidemiológico brasileiro representado pela tripla carga de doenças/agravos com uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco – tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada – e o aumento expressivo do crescimento

das causas externas. Ainda nesse contexto, insere-se a transição nutricional, marcada por alterações complexas no consumo alimentar que, juntamente com um estilo de vida sedentário, são consideradas fatores imediatos do aumento do peso verificado nas últimas décadas na população brasileira (Mendes, 2011; Coutinho, 2008).

Além disso, existem o quadro de insegurança alimentar e nutricional e as carências nutricionais, como as altas taxas de anemia em crianças, gestantes e mulheres em idade reprodutiva e a hipovitaminose A, quase sempre associadas a situações de pobreza e precariedade nas condições de alimentação vivenciadas pelas equipes de Atenção Básica (Brasil, 2009; Brasil, 2013).

Ademais, as normativas e programas que norteiam as ações de saúde e de segurança alimentar e nutricional balizaram todo o processo para implantação dos Nasf, como a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Mas, desde a instituição dos Nasf, em 2008, como dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, diversas iniciativas foram empreendidas para construir, sistematizar, registrar e analisar o “modo de fazer” dessas equipes de apoio matricial. Muitas vezes o termo apoio matricial, uma metodologia de atenção à saúde incorporada pelo Nasf-AB, produz dúvidas ou inseguranças na organização do processo de trabalho pelos profissionais. Dúvidas do tipo “isso o Nasf-AB pode fazer?” ou “aquilo é apoio matricial?” podem produzir o efeito contrário esperado com o advento do Nasf-AB na Atenção Básica. Então, como organizar as ações de alimentação e nutrição na AB nessa perspectiva?

Antes de responder à questão, cabe uma breve revisão do conceito de apoio matricial. O termo, concebido por Gastão Wagner de Souza Campos, pode ser compreendido, no contexto do Nasf-AB, como um modo de operacionalizar o trabalho interdisci-

plinar em saúde mais democrático e participativo, em que se possa valorizar os encontros entre profissionais para se produzir reflexões e discussões sobre necessidades de saúde por meio da combinação de ofertas terapêuticas e pedagógicas (Campos, 1999; Campos e Domitti, 2007).

O apoio matricial também pode ainda ser definido com um arranjo organizacional para o trabalho em saúde que busca produzir atenção integral à saúde e à ampliação da prática clínica, além de superar a lógica de referência e contrarreferência, uma vez que os projetos terapêuticos são executados por um conjunto mais amplo de trabalhadores, tanto pelas equipes de referência quanto pelos apoiadores matriciais (Campos, 1998). Entretanto, o próprio autor aponta para os desafios de desenvolver o cuidado em saúde nessa perspectiva:

A transdisciplinaridade é um objetivo audacioso e difícil de ser equacionado, pois implica na abertura e articulação de campos disciplinares e de campos de responsabilidade bastantes distintos entre si. Saber aprender e fazer aprendendo são belas recomendações, mas [...] a estrutura tradicional de serviços de saúde reforça o isolamento profissional e reproduz a fragmentação dos processos de trabalho, mantendo inquestionada a hegemonia do poder médico (Campos, 1999, p. 399).

Na prática, os relatos mostram que a implantação das eNasf-AB é cercada por conflitos em diferentes âmbitos, incluindo a falta de entendimento sobre essa metodologia de trabalho, os tensionamentos e protecionismos da prática clínica de núcleos profissionais e a falta de corresponsabilização para demarcar atribuições de cada equipe ou profissional, dificuldades estas que podem ter contribuído para uma menor valorização do programa pelos gestores.

Dessa forma, é importante que as eNasf-AB compreendam que elas têm, essencialmente, dois públicos-alvo. Um deles é a



equipe de Atenção Básica e outro é o usuário do SUS. Do ponto de vista das ações, à primeira cabe a oferta de ações técnico-pedagógicas, e ao segundo ações clínico-assistenciais (Brasil, 2014). Isso significa que as ações de alimentação e nutrição dos núcleos podem oferecer benefícios diretos e indiretos ao usuário e, também, que devem considerar as necessidades desses dois públicos.

Muitas vezes, as necessidades da eAB, a demanda dos usuários e a visão da eNasf-AB no que diz respeito à alimentação e nutrição serão coincidentes ou muito próximas. Entretanto, quando houver divergências, cabe ao núcleo problematizar essas questões e buscar consensos de modo a produzir ações mais efetivas para a Atenção Nutricional no território à luz do perfil epidemiológico e nutricional e dos critérios de risco e vulnerabilidades.

Já que nem sempre a busca por consensos ou a integração entre eNasf-AB e eAB é fácil, é importante que se invista na construção de relações de confiança e solidariedade entre as equipes, visto que a ausência de uma relação de trabalho cooperativa e confiável pode acarretar em interações ainda burocratizadas e fragmentadoras do cuidado em saúde. Por isso, é importante destacar esse ponto e buscar o apoio da gestão para mediar conflitos quando necessário.

Ainda que a construção do cuidado compartilhado seja desafiadora, quando as eAB participantes do 2.º ciclo do PMAQ-AB apoiadas por eNasf-AB foram questionadas sobre o efeito de contar com o Nasf-AB, cerca de 70% delas avaliaram com nota entre 8 e 10 (numa escala de 0 a 10) tal contribuição, com destaque para o auxílio em lidar com problemas que tinham dificuldade, melhoria na situação de saúde dos casos compartilhados e qualificação dos encaminhamentos à Atenção Especializada. Embora haja a necessidade de estudos mais específicos, isso aponta para a capacidade que o Nasf-AB representa como recurso para qualificar as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelas próprias eAB. Significa também dizer que o Nasf-AB ou o nutricionista somente não são

capazes de desenvolver tais ações com a mesma magnitude que o envolvimento das eAB promove.

Por outro lado, pode acontecer de as equipes acreditarem que, para construir o trabalho em conjunto, é necessário que todas as ações sejam compartilhadas ou que exista representante da eSF/eAB em todas as atividades oferecidas pelo Nasf-AB. Isso, além de não garantir que eAB e Nasf-AB estejam afinadas, produz um grande desafio para a organização da agenda e pode reduzir o acesso, uma vez que agenda de dois ou mais profissionais está destinada a um único caso ou uma atividade específica. Todavia, vale reforçar que esta é uma defesa de acesso, e não uma valorização de produtividade. Dessa forma, as ações compartilhadas devem ser reservadas para situações mais complexas ou para momentos em que vá funcionar como recurso pedagógico para os profissionais. Situações diferentes destas podem ser trabalhadas separadamente, mas garantindo integração por meio dos encontros e das conversas.

Por exemplo, se for consenso a necessidade de um grupo operativo ou terapêutico de promoção da alimentação adequada e saudável, é adequado que o nutricionista coordene a atividade e que identifique a necessidade de participações do psicólogo, do enfermeiro, do profissional de educação física ou do farmacêutico. Entretanto, não há necessidade dos quatro profissionais estarem presentes em todos os encontros; ainda menos efetivo seria disponibilizar de um agente comunitário de saúde para acompanhar os encontros, a fim de assegurar que o trabalho é em conjunto. O grande diferencial é o planejamento da atividade com todos os atores (ou a maioria deles), e não toda a execução do projeto.

Outra dúvida comum diz respeito aos atendimentos individuais específicos: muitos profissionais ainda questionam se podem realizar tal tarefa. Isso acontece porque, no início do Nasf-AB, houve a preocupação desses profissionais serem incorporados como especialistas na Atenção Básica e atuarem numa lógica ambulatorial, ou seja, com a manutenção do cuidado fragmentado e sem avanços

para a integralidade do cuidado. Assim, o atendimento individual foi tratado com cautela, e muitos entenderam que o Nasf-AB não deveria fazer esse tipo de atendimento. Isso é um equívoco. O Nasf-AB pode e deve realizar atendimentos individuais, e não apenas para casos extremos ou como última oferta terapêutica. É preciso compreender que o objetivo de romper a fragmentação do cuidado envolve todas as atividades preconizadas para o Nasf-AB, e não deve ser traduzida em restrição dos atendimentos individuais específicos.

Existe outra atribuição para os profissionais do Nasf-AB ainda pouco disseminada, mas com grande capacidade de contribuir para a resolutividade da Atenção Básica e para seu fortalecimento como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde: é a qualificação dos encaminhamentos para a Atenção Especializada, também conhecida como microrregulação do cuidado. Isso quer dizer que o Nasf-AB pode contribuir com a eSF/eAB na gestão das filas de espera, analisando prioridades e reduzindo encaminhamentos desnecessários a partir do contato com outros serviços para discussão de casos ou análise de documentos disponíveis, por exemplo. Nesse sentido, as experiências mais comuns são dos fisioterapeutas de Nasf-AB em relação à demanda por reabilitação, mas poderia ser também de nutricionistas quanto às demandas de endocrinologia e gastroenterologia, por exemplo. Além disso, as ações de promoção da alimentação adequada e saudável podem beneficiar usuários que estão nas filas da regulação, como no caso de pessoas com obesidade que aguardam cirurgia ortopédica ou cardíaca.

### **Considerações finais**

A organização dos processos de trabalho das eNasf-AB, considerando o planejamento das ações e conformação da agenda, é atividade essencial; entretanto, não deve servir para burocratizar o acesso ao Nasf-AB, como é observado em algumas realidades, e,

sim, almejar a diversidade e adequação das atividades ofertadas no âmbito na alimentação e nutrição na Atenção Básica.

Os territórios das eAB são diversos e complexos. Nesse intuito, a PNAN indica, na sua primeira diretriz, a importância de incluir o processo de territorialização, realizado pelas eAB como os espaços de produção, venda e distribuição de alimentos.

Nesse sentido, o Nasf-AB deve participar do processo de territorialização, apoiando o diagnóstico alimentar e nutricional da população adstrita, tendo em vista toda dinâmica, costumes e tradições alimentares do território, além dos epidemiológicos, nutricionais e de saúde. A identificação da situação alimentar e nutricional configura-se como importante instrumento para monitorar a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da promoção da soberania e da segurança alimentar e nutricional, na medida em que a análise de indicadores de saúde e nutrição expressa as múltiplas dimensões da (in)segurança alimentar e nutricional, permitindo às eAB analisar a situação e construir uma agenda de intervenções que vá ao encontro das necessidades da população.

Sabe-se que isso não é tarefa fácil! Contudo, faz parte da rotina do processo de trabalho das eAB, pois é fundamental que a equipe conheça os problemas e necessidades em saúde da população do seu território, assim como os possíveis aspectos promotores de sua saúde. Dessa forma, a utilização desse conhecimento contribui para organização de seu processo de trabalho. É importante que todos os profissionais das equipes de AB, inclusive o Nasf-AB, participem desse processo de olhar contínuo sobre o território (Brasil, 2014).

Na perspectiva da organização da Atenção Nutricional no âmbito da AB, o Nasf-AB se torna potente a partir do momento em que o processo de transformação do modelo assistencial se consolida no SUS, ou seja, a AB como porta de entrada preferencial do sistema, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS. Nesse sentido, alinhar as práticas de atenção à saúde relativas à

alimentação e nutrição ao propósito desse novo modelo deve ser uma constante no processo de trabalho das eNasf-AB. Assim, cabe reconhecer o papel do nutricionista como protagonista, indutor e qualificador dessas práticas junto aos profissionais do Nasf-AB e das equipes de referência de AB (Brasil, 2017a).

## Referências

- BARROS, J. O. et al. “Estratégia de apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, pp. 2847-56, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. *Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências*. Lex: Diário Oficial da União, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.412, de 10 de julho de 2013. *Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)*. Lex: Diário Oficial da União, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília: DATASUS, dez. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.
- \_\_\_\_\_. 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* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES*. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 18 abr. 2019.
- CAMPOS, G. W. S. O “Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso”. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 4, pp. 863-70, 1998.
- \_\_\_\_\_. “Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, pp. 393-403, 1999.
- \_\_\_\_\_. e DOMITTI, A. C. “Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde”. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, pp. 399-407, 2007
- CECCIM, R.B. e FERLA, A. A. *Educação Permanente em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- FURTADO, J. P. “Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões”. *Interface* (Botucatu), v. 11, n. 22, pp. 239-55, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de Pesquisa. *Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. *Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la mal nutrición*. Santiago, 2017.

RODRIGUES, D. C. M. *O lugar do nutricionista nos núcleos de apoio a saúde da família de Fortaleza* (dissertação). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

\_\_\_\_\_ e BOSI, M. L. M. “O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”. *Rev. Nutr.*, v. 27, n. 6, 2014.