



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

INGRA MARGARETH GOMES VICENTE

**A INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**JOÃO PESSOA-PB
2016**

INGRA MARGARETH GOMES VICENTE

**A INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para
conclusão do Curso de Graduação em
Nutrição da Universidade Federal da
Paraíba**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vanessa Messias Muniz Fachine

**JOÃO PESSOA-PB
2016**

V632i Vicente, Ingra Margareth Gomes.

A inserção do Nutricionista na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família: uma revisão de literatura/Ingra Margareth Gomes Vicente – João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Nutrição – UFPB, 2016.

35f.

Monografia (graduação em Nutrição)

1.Nutricionista 2. Sistema único de Saúde 3. Atenção Básica 4. Estratégia Saúde da Família.

CDU 613.2(81)

INGRA MARGARETH GOMES VICENTE

**A INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para conclusão
do Curso de Graduação em Nutrição da
Universidade Federal da Paraíba

Data de aprovação: ____/____/2016

Banca Examinadora

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vanessa Messias Muniz Fechine

Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Prof^a. Dr^a. Flávia Emília Leite de Lima Ferreira

AGRADECIMENTOS

À Cristo JESUS meu único SENHOR, por me fortalecer com seu amor leal e por me proporcionar através da sua graça concluir o curso de Nutrição, sem Ele nada disso poderia se concretizar.

À minha mãe Margareth Gomes, por sua dedicação e exemplo em minha vida, que desde criança tem sido presente em cada momento especial da minha caminhada.

Aos meus avós mui amados Levi Fernandes de Almeida (in memorian) e Zerilda Gomes de Almeida por me inspirarem ao longo dos anos.

À minha família, meu pai José Vicente, minha irmã Lisley Zerilda, meu padrasto Hector Gutierréz e minhas primas Rhebeka Roffermann e Raianny Roffermann por toda motivação e carinho que trazem aos meus dias.

À Thiago Oliveira meu amor, por trazer mais doçura, carinho e alegria aos meus dias.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Vanessa Messias Muniz Fachine que possibilitou a concretização deste trabalho, pelos ensinamentos, por sua compreensão, apoio e dedicação.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Nutrição, que sempre estiveram dispostos a ensinar e dar suporte para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais de Nutrição que, com amor, exercem este ofício tão desafiador, mas ao mesmo tempo, tão encantador.

RESUMO

O perfil da saúde da população brasileira e a transição epidemiológica em curso no Brasil, fruto das mudanças no perfil demográfico e nutricional da população, vem ocasionando o aumento da incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. A partir deste quadro epidemiológico, torna-se necessário o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica a respeito da necessidade de inserção do Nutricionista na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu a partir da análise de publicações nacionais nas bases de dados LILACS e BIREME. Foram consultados artigos científicos publicados em revistas no período entre 1999 e 2016 e as palavras-chaves utilizadas foram: Nutricionista, Sistema Único de Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família. O caráter multiprofissional é essencial para o cumprimento do princípio da integralidade do SUS, onde a atenção primária deve abranger todos os aspectos do ser humano, na direção do aperfeiçoamento das ações de promoção e proteção da saúde. A ausência do Nutricionista nas equipes das Unidades Básicas de Saúde restringe o acesso da população ao cuidado integral. A importância do Nutricionista e sua inserção na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família estão estabelecidas em sua formação acadêmica que o capacita a realizar diagnóstico nutricional da população, tornando-o o único profissional a receber um conhecimento específico que lhe permita realizar prescrições dietéticas, a partir de diagnóstico e da observação dos valores socioculturais, adequando-as à realidade de cada unidade familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Nutricionista, Sistema único de Saúde, Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The health profile of the Brazilian population and the ongoing epidemiological transition in Brazil, as a result of changes in the demographic and nutritional profile of the population, has been increasing the incidence of Chronic Noncommunicable Diseases. From this epidemiological framework, it is necessary to strengthen the actions of food and nutrition in Primary Care. In this context, the present work aims to carry out a bibliographical review regarding the need of insertion of the Nutritionist in the multiprofessional team of the Family Health Strategy. The data collection was based on the analysis of national publications in the LILACS and BIREME databases. Scientific articles published in journals between 1999 and 2016 were consulted and the keywords used were: Nutritionist, Unified Health System, Basic Attention and Family Health Strategy. The multiprofessional character is essential for compliance with the SUS integrality principle, where primary care must cover all aspects of the human being, towards the improvement of health promotion and protection actions. The absence of the Nutritionist in the teams of the Basic Health Units restricts the population's access to integral care. The importance of the Nutritionist and his inclusion in the multiprofessional team of the Family Health Strategy are established in his academic training that enables him to perform nutritional diagnosis of the population, making him the only professional to receive specific knowledge that allows him to perform dietary prescriptions, Diagnosis and observation of sociocultural values, adapting them to the reality of each family unit.

KEYWORDS: Nutritionist, Single Health System, Basic Care, Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 METODOLOGIA.....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes.....	12
3.2 A Atenção Básica.....	13
3.2.1 Do Programa de Saúde da Família (ESF) à Estratégia Saúde da Família (ESF).....	15
3.2.2 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	16
3.3 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil.....	19
3.4 Transição Nutricional no Brasil.....	21
3.5 Contexto das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica.....	22
3.6 A necessidade e importância da inserção do Nutricionista na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família.....	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Básica recebeu novo impulso a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual descreveu a Atenção Primária em Saúde como sendo uma estratégia para a promoção de saúde e prevenção de doenças (ABRAHÃO, 2007).

É notório que o Brasil tem experimentado grandes conquistas e avanços na área da saúde, especialmente com o advento Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080 de 1990 (Lei orgânica de Saúde), sendo considerado como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, consolidando-se aos poucos, nas últimas décadas (BRASIL, 2007a).

O SUS tem como plano central cuidar da saúde da família, objetivando a organização e o fortalecimento da atenção básica. Neste plano, as famílias são definidas geograficamente, para que as ações de promoção da saúde sejam desenvolvidas a partir das diretrizes definidas de prevenção, orientação, tratamento e acompanhamento de doenças (BRASIL, 2009a).

A escolha do tema se deu em razão da relevância que o mesmo requer tendo em vista a importância da inclusão do Nutricionista nas equipes de saúde no âmbito da atenção básica, uma vez que a população de baixa renda muitas vezes é privada ao acesso deste profissional (ou ao conhecimento de sua atuação) o que contribui, dentre múltiplos fatores, para o quadro negativo do perfil nutricional da população que por falta de instrução e também limitações financeiras consomem alimentos que podem acarretar no aumento da incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs).

Diante disso, a insegurança alimentar e nutricional pela qual passa o país, aliada a responsabilidade do setor saúde em garantir qualidade de vida a todos os brasileiros, frente, especialmente, ao quadro epidemiológico e nutricional que assola a população, justifica a realização deste estudo.

A monografia compreende quatro tópicos, o primeiro deles diz respeito à introdução que versa sobre as motivações e objetivos de realizá-la. O segundo tópico refere-se à metodologia de pesquisa abordada neste trabalho, a saber uma revisão de literatura do tipo narrativa.

O terceiro tópico se trata do referencial teórico e inclui seis subtópicos. O primeiro subtópico aborda o surgimento, os princípios fundamentais e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo subtópico trata-se da Atenção Básica, incluindo os programas relevantes à assistência da população de baixa renda, a exemplo do Programa Saúde da Família (PSF), atual ESF, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No terceiro, discute-se o processo da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil, contextualizando as ações e os problemas de alimentação e nutrição na Atenção Básica em benefício da população brasileira.

No quarto subtópico é tratado o processo de Transição Nutricional da população brasileira e seus impactos negativos na saúde da mesma que vem provocando o aumento da incidência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs).

No quinto subtópico, trata-se das ações de alimentação e nutrição em um contexto da Atenção Básica. No sexto subtópico, aborda-se a importância premente da inserção do Nutricionista na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. O quarto e último tópico apresenta as considerações finais do presente estudo.

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo geral realizar uma revisão bibliográfica a respeito da necessidade de inserção do Nutricionista na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) tendo como ponto de discussão o processo de transição nutricional pela qual enfrenta o país.

Aponta-se como objetivos específicos do tema, os seguintes aspectos: analisar a inserção do Nutricionista na Equipe Multiprofissional da ESF e refletir acerca das possíveis repercussões geradas pela ausência do Nutricionista nesta equipe à luz do cuidado integral em saúde.

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da pesquisa, aplicou-se o método de revisão bibliográfica do tipo narrativa, a fim de, pontuar acerca de contribuições dos estudos produzidos, com relação à importância da inserção do Nutricionista na ESF tendo em vista que esta revisão viabiliza sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir do tema de interesse.

A coleta de dados ocorreu a partir da análise de publicações nacionais nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde) e BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). A amostra foi composta de 28 artigos científicos publicados em revistas no período entre 1999 e 2016, as palavras-chaves utilizadas foram: Nutricionista, Sistema Único de Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

As questões que nortearam o estudo foram as que a literatura coloca acerca da necessidade da inserção do Nutricionista na ESF, como por exemplo, a problematização da ausência de outros profissionais na ESF, a necessidade do Nutricionista na equipe mínima, o Nutricionista no NASF, problematização da ausência do Nutricionista na ESF e a concepção de profissionais da equipe mínima acerca da importância do Nutricionista na ESF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes

A Constituição Federal de 1988 expressa o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dos 20 anos no Brasil, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Esse sistema se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos a sua saúde. Também são atribuições do SUS a Vigilância Epidemiológica, para controle de propagação de doenças e sua prevenção, além da Vigilância Sanitária que exerce o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público (NEGRI, 2002).

Os princípios e diretrizes do SUS estão garantidos pela Constituição Brasileira (CUNHA; CUNHA, 2001), pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90 (BRASIL, 1990a), pela Lei Federal 8142/90 (BRASIL, 1990b) e por outras legislações. A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e estabelece os papéis das três esferas do governo. A Lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1993).

Almeida et al (2001), propõem a divisão dos princípios fundamentais do SUS em dois grandes grupos, quais sejam:

- **Doutrinários** (ou **éticos**), que se referem aos objetivos finalísticos do sistema, incluindo:

- **o direito universal à saúde**, entendido não só como a oferta de serviços e ações de saúde, mas abrangendo também, em seu conceito, "políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos", incluindo como "fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a

renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País" (Lei nº 8.080/90);

- **a equidade**, compreendida como o reconhecimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde, quer regionais ou individuais, com o desenvolvimento de ações objetivando a justiça social, isto é, que reduzam a exclusão e beneficiem, prioritariamente, aqueles que possuem piores condições de saúde; e

- **o atendimento integral à saúde**, mediante a articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários à efetiva melhoria dos níveis de saúde da população.

• **organizacionais** (ou **operativos**), referentes aos processos que permitirão o cumprimento das principais diretrizes do SUS:

- a **descentralização** de ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na municipalização;

- a **regionalização** e a **hierarquização** da rede de serviços assistenciais; e

- a **participação da população** na formulação e acompanhamento das políticas do sistema.

3.2 A Atenção Básica

Nas últimas décadas, o Brasil conquistou grandes avanços no campo da saúde, principalmente com o processo de construção do SUS. O modelo assistencial vigente até então era caracterizado pela prática médica voltada para a abordagem biológica e hospitalar, associada a uma utilização irracional dos recursos tecnológicos, apresentando, na grande maioria das vezes, cobertura e resolubilidade baixas e de alto custo (SANTOS, 2005).

A Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no Canadá em 1986 se tornou a principal referência nos

conceitos e ideias da Promoção da Saúde. Nesta carta, a Promoção da Saúde é assim definida: “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Nela são propostos cinco campos principais de ações estratégicas combinadas: elaboração e implementação de “políticas públicas saudáveis”; criação de “ambientes favoráveis à saúde”; reforço da “ação comunitária”; desenvolvimento de “habilidades pessoais”; reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002b).

Um estudo realizado por Buss (2009) afirma que a Promoção da Saúde representa uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde da população a partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais. Propõem também a responsabilização múltipla pelo enfrentamento e resolução dos problemas de saúde através da articulação de saberes técnicos e populares, da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados.

Atualmente o que caracteriza a Promoção da Saúde é o papel protagonista dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) sobre as condições de vida das populações.

Segundo BUSS (2009), esse enfoque baseia-se no seguinte entendimento:

[...] a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de Alimentação e Nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde; suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*).

No Brasil, o local de maior controle desses determinantes de saúde é na atenção básica, entendida como sendo o atendimento inicial cujo objetivo é orientar acerca da prevenção de doenças como também promover soluções aos possíveis agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade.

A atenção básica no Brasil foi desenvolvida com o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (p. ex., assistência especializada e hospitalar), bem como, implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos e organizacionais, em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses dois programas fizeram parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (PAIM et al., 2011).

3.2.1 Do Programa de Saúde da Família (PSF) à Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no Brasil com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 visando a reorientação do modelo assistencial em saúde a partir da atenção básica, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde - UBS (PSF, 2000; BRASIL, 2002a).

Inicialmente estruturado através de um programa vertical que disponibilizava principalmente serviços de saúde materno-infantil as comunidades mais carentes ou de alto risco, a ESF tem sido a estratégia principal de organização da atenção básica dos sistemas locais de saúde desde 1998. Um diferencial inovador da ESF é que seu enfoque se baseia na reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e articula à saúde ações de promoção e prevenção. A ESF funciona por meio de equipes compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, e desde 2004, começou a incluir equipes de saúde bucal, que já eram 17.807 em 2009 (BRASIL, 2010a).

Esta estratégia foi desenvolvida com o objetivo de estreitar laços de compromisso entre profissionais da saúde, educação, gestores e população usuária dos serviços de saúde. Essa iniciativa apresentou avanços importantes na prestação de serviços, uma vez que vem contribuindo significativamente para a efetivação de mudança no modelo assistencial, com ênfase na promoção de saúde da família (BRASIL, 1996).

As equipes de saúde da família representam o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde local, coordenam a atenção e procuram integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar. (BRASIL, 2006a). Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde (BRASIL, 2012c). A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da equipe (PEREIRA; BARCELLOS, 2006) sendo um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A equipe visa também reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, descentralizando os serviços de acordo com as necessidades da população, o que representa democratização das instituições de saúde ao prever a participação popular, incluindo a família na abordagem do binômio saúde-doença e passando a enfocá-la em seu ambiente físico e social (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2007b).

O caráter multiprofissional é essencial para o cumprimento do princípio da integralidade do SUS, onde a atenção primária deve abranger todos os aspectos do ser humano, na direção do fortalecimento das ações de promoção e proteção da saúde (ASSIS et al., 2002; CAVALIERI, 2006).

3.2.2 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

A Portaria Ministerial nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008) criou o NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, tendo definido duas modalidades para sua implantação: NASF 1 e NASF 2. Segundo a referida Portaria, o NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior, entre eles: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico

Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Já o NASF 2 deverá ser formado por, no mínimo, três profissionais de nível superior entre as seguintes especialidades: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

Em 2012, a Portaria nº. 3.124, de 28 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, redefiniu os parâmetros de vinculação dos NASF às equipes da ESF e criou a modalidade NASF 3. Segundo essa Portaria, o NASF 1 passou a ficar vinculado a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove equipes da ESF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e o NASF 2 vinculado a, no mínimo, três e, no máximo, quatro equipes. (BRASIL, 2012a).

A modalidade NASF 3, criada por essa Portaria, fica vinculada a, no mínimo, uma e, no máximo, duas equipes configurando-se como uma equipe ampliada.

As atividades do NASF são baseadas nos conceitos de Apoio Matricial (ou matriciamento) e Equipe de Referência que são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007), buscando superar a limitação imposta pela organização tradicional dos serviços de saúde. Ao ordenar a divisão dos diversos profissionais em departamentos, dentro da lógica das profissões ou especialidades, o modelo tradicional contribui para a fragmentação do trabalho e para a diluição da responsabilidade sanitária, dificultando a formação de vínculo entre profissionais e usuários (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O Apoio Matricial enquanto metodologia de trabalho pretende ser complementar aos mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação, representando uma mudança nas relações de trabalho entre os profissionais das equipes da ESF e os profissionais especialistas (CAMPOS, 1999).

O profissional que atua como apoiador matricial é um especialista o qual, dentro do seu núcleo de conhecimento, é capaz de agregar recursos de saber que irão contribuir para a capacidade da equipe de referência intervir sobre os problemas de saúde da população. Ele deverá ampliar o cenário de atuação, criar

espaços de comunicação e compartilhar conhecimentos entre os profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As ações do NASF são distribuídas entre nove áreas estratégicas: saúde da criança e do adolescente; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares e Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2010c).

Estudos relatam as dificuldades e potencialidades da inserção dos profissionais especialistas na atenção básica, através de equipes de NASF, bem como a efetividade das ações do Apoio Matricial às equipes da ESF. Os mesmos sugerem, ainda, propostas para melhor viabilizar a atuação do NASF na Atenção Básica. As dificuldades encontradas nestes estudos foram relacionadas à efetividade das ações interdisciplinares; a sobrecarga de trabalho; a alta rotatividade de profissionais; a formação profissional insatisfatória para as práticas em saúde coletiva; às barreiras de integração entre a equipe de NASF e as equipes da ESF; ao predomínio das ações clínicas individuais sobre as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde; e a deficiente comunicação entre os níveis de atenção à saúde (OLIVEIRA et al., 2012; SANTOS et al., 2012; BARBOSA et al., 2010).

A Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) recomenda a inclusão do nutricionista nos NASF. Nestes, o nutricionista tem como atribuições: coordenação das ações de diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional; promoção da alimentação saudável para todas as fases do curso da vida; estímulo à produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente; capacitação da ESF e participação de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; elaboração das rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento; e promoção da articulação intersetorial para viabilizar as ações voltadas para a Segurança Alimentar e Nutricional (CFN, 2008).

É importante ressaltar que o NASF tem o potencial de proporcionar uma inserção sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na atenção

básica à saúde. Representa uma conquista no que se refere à legitimação e institucionalização dessas ações, constituindo-se numa possibilidade concreta de inserção do nutricionista (BRASIL, 2010c).

3.3 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil

Segundo um estudo realizado por Santos (2001), no Brasil os problemas de alimentação e nutrição da população vêm sendo o foco de intervenções governamentais desde os anos 1940. Apenas a partir da década de 70 o campo da alimentação e nutrição no País passou a fazer parte de uma política de âmbito nacional.

O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) criado pelo extinto Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) realizava importantes ações de combate à fome e desnutrição e possuía características de intersectorialidade, com compreensão ampla a respeito da determinação social dos problemas alimentares. Além do PRONAN, a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976 também foi considerado um importante avanço para a época. O PIASS tinha como base a concepção da atenção básica em saúde como prioridade para o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população brasileira (VASCONCELOS, 2011).

Desde então, se construiu a história a partir de uma forma de intervenção centrada no assistencialismo, via programas parciais, ineficientes e descontínuos de suplementação alimentar, voltados para indivíduos, particularmente para os trabalhadores e para os integrantes dos chamados grupos de risco, como as gestantes, lactentes e pré-escolares (SANTOS, 2001).

Registra-se, ainda, que esses programas primavam por manter interfaces pouco nítidas com a política de saúde em vigor. A exemplo da saúde como um todo, também a área específica da alimentação e nutrição teve seus programas revisitados e avaliados durante o processo de transição democrática, gerando propostas para a inclusão de um capítulo específico na Constituição Brasileira para declarar o direito de todos à alimentação. Tal intento não foi alcançado, mas o enfrentamento da fome/desnutrição foi repolitizado, inclusive adotando-se o

conceito de segurança alimentar como norteador das ações nesse domínio. Neste cenário, é oportuno comentar que o Brasil assumiu compromissos internacionais e nacionais em relação à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população por ocasião da Cúpula Mundial de Roma (FOOD AGRICULTURE ORGANIZATION, 1996), devendo, portanto, fomentar as estratégias necessárias para honrar estas obrigações.

A SAN instituiu-se através da lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, conhecida como Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), sendo definida no capítulo I como (BRASIL, 2006a):

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

Nesse contexto, devido à necessidade e crescente ampliação da importância em garantir a segurança alimentar da população brasileira, em 1999 (BRASIL, 2000) foi criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a qual contribuiu para explicitar a relevância e responsabilidade do setor saúde frente aos problemas alimentares que assolavam a população. Esta Política, dez anos após sua criação, passou por uma revisão de suas diretrizes com o objetivo de atender as novas demandas e fortalecer sua interface com o SUS e com a Atenção Básica (BRASIL, 2012b).

A atual PNAN foi aprovada em 2011 e tem o propósito voltado à melhoria do acesso a alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis bem como a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição e orienta que as ações de Alimentação e Nutrição devam ser norteadas pelas seguintes diretrizes: Organização da Atenção Nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Vigilância Alimentar e Nutricional; Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; Participação e Controle Social, Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação dos Alimentos, Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2012b).

3.4 Transição Nutricional no Brasil

Segundo Meléndez e Kac (2003), a transição nutricional pode ser conceituada como um fenômeno no qual ocorrem mudanças nos padrões de distribuição dos problemas alimentares de uma população. No geral, refere-se à passagem da desnutrição para a obesidade. O excesso de peso acomete 25,4% dos adolescentes e 53,8% dos adultos (IBGE, 2010).

No Brasil, a transição nutricional assumiu um perfil singular (MELENDEZ; KAC, 2003; ESCODA, 2002), pois inúmeros são os desafios encontrados para que a população alcance um nível ótimo de nutrição. Assim, sem equacionar satisfatoriamente os problemas alimentares relacionados à carência absoluta de alimentos, o país convive com perfis nutricionais distintos, por vezes, sobrepostos. Nota-se a evolução da desnutrição, a permanência das anemias carenciais e o incremento da obesidade e dos agravos relacionados a ela. A complexidade dos problemas alimentares, advindos da transição nutricional em curso no país, tem imposto reformulações urgentes ao setor, a fim de, responder as novas demandas alimentares. Tal perfil tem exigido dos profissionais nutricionistas uma reflexão mais aprofundada de seu papel enquanto agente ativo nesse processo. Sem dúvida, a superação dos problemas alimentares no país envolve aspectos intrincados.

Além da transição nutricional, o Brasil tem vivido nos últimos anos uma acelerada transição demográfica e epidemiológica. A transição demográfica é caracterizada pelo ritmo de crescimento populacional provocado por mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade. Já a transição epidemiológica é caracterizada por mudanças nos padrões de morbi-mortalidade relacionados principalmente à redução da mortalidade precoce, aumento da expectativa de vida ao nascer tornando a população mais idosa, processo intenso de urbanização e mudanças socioculturais (OLIVEIRA, 2004).

A situação epidemiológica no Brasil tem sido definida a partir de uma tripla carga de doenças: a presença concomitante de doenças infecciosas e parasitárias, que reduziram sua incidência, mas ainda persistem; das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco como tabagismo, sobrepeso e obesidade, inatividade física e alimentação inadequada; além do aumento da violência e causas externas (MENDES, 2010).

Em 2011 o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. Esse Plano tem por objetivo unir esforços para enfrentar e deter as DCNT até o ano de 2022, corresponsabilizando os três níveis de gestão: municipal, estadual e federal. As DCNT são a causa de 70% das mortes no país, configurando-se um problema de saúde de grande magnitude. O presente plano define diretrizes e estratégias para combater seus fatores de risco modificáveis: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade (BRASIL, 2011b).

As transições demográfica, epidemiológica e nutricional manifestam-se em conjunto devido à agravos de saúde resultantes do mesmo problema, que é a alimentação inadequada e má nutrição. A presença de desnutrição, obesidade, anemia e diabetes, principalmente numa mesma família, comprovam a insegurança alimentar e nutricional que no Brasil está associada a negação do direito ao acesso a alimentação necessária à vida e alimentação inadequada (PINHEIRO, 2008).

3.5 Contexto das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica

Um importante passo para dar sustentação à atuação do nutricionista no campo da saúde coletiva foi dado pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), em 2005, através da Resolução 380, a qual, no campo da saúde coletiva, destacou quatro subáreas de trabalho: políticas e programas institucionais, atenção básica em saúde, programa saúde da família e vigilância em saúde (BOOG, 2008).

A assistência nutricional junto à ESF tem como foco: promoção de ações integrativas e intersetoriais de educação em saúde e nutrição, realização do cuidado nutricional em todas as fases do curso da vida, desenvolvimento de planos terapêuticos para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis- DCNT's e deficiências nutricionais e estímulo à produção e ao consumo de alimentos saudáveis, ações garantidas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b), afirmadas pelo SUS e reafirmadas

pela proposta da agenda única da nutrição (COUTINHO et al., 2008; RECINE, 2011).

Os princípios da Promoção da Saúde embasam as ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica que têm por objetivos principais qualificar a Atenção Primária a Saúde (APS) e garantir a integralidade do cuidado prestado à saúde da população brasileira (BRASIL, 2010b).

As ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica devem estar direcionadas para: articular as ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura dos agravos nutricionais; participar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), articulando com outros pontos de atenção à saúde; se integrar às demais ações de saúde; promover a intersetorialidade; ampliar o olhar dos sujeitos para as famílias e comunidades e considerar os aspectos sociais, econômicos, psicossociais e culturais, além da dimensão biológica relacionada aos distúrbios nutricionais (SILVA et al., 2013).

Nesta conjuntura, foi lançada em 2009 a Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde (MAANABS), elaborada pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília (OPSAN/UnB), cujo objetivo principal é sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e o cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas na atenção básica à saúde (BRASIL, 2009b).

De acordo com Silva et al (2013) as ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica tem como diretrizes: promover práticas alimentares saudáveis individuais e coletivas em todos os ciclos de vida; contribuir com respostas às demandas assistenciais nos agravos nutricionais; desenvolver projetos terapêuticos focados nas DCNT; realizar diagnóstico alimentar e nutricional da população identificando grupos de risco; e promover a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) com vistas a assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

O DHAA está previsto na Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948. No Brasil o debate em torno do fortalecimento do princípio da alimentação como direito de cidadania cresceu durante a Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (1986) e as Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional (II CNSAN 2004 e III CNSAN 2007), com desdobramentos específicos da Constituição Federal de 1988 (CONTIL, 2009).

Um importante marco na legislação brasileira foi a sanção da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional em 2006 (BRASIL, 2006a).

Segundo a LOSAN, o DHAA é assim definido:

“A alimentação adequada é um direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população”.

Ainda de acordo com a LOSAN, há uma estreita relação e interdependência entre o DHAA e a SAN, a qual é definida como sendo:

“A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”.

As ações de atenção nutricional na AB (que compreende cuidados voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos), devem estar em consonância com a SAN e com o DHAA, integrar às demais ações de atenção à saúde do SUS e fazer parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Devem, ainda, ter o princípio da integralidade como norteador de suas ações (SILVA et al., 2013). A área de Alimentação e Nutrição possui atribuições bem definidas e estabelecidas por meio de diversas políticas públicas e vem crescendo e se fortalecendo ao longo dos anos.

3.6 A necessidade e importância da inserção do Nutricionista na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família

Compete ao nutricionista, respaldado pela Lei 8.234/91, que regulamenta a atuação deste profissional, no exercício de suas atribuições na área de Saúde Coletiva, prestar assistência e educação nutricional a indivíduos e coletividades, sadios ou enfermos, através de ações, programas, pesquisas e eventos, com o objetivo de prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1991; CFN, 2005). Esta assistência é prestada por meio do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas

datado de novembro de 2012, sendo um documento que orienta conceitos, princípios e diretrizes que visam a contribuir para a construção de práticas referenciadas a serem traduzidas em eixos, ações e programas de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) mais qualificados (BRASIL, 2012d).

O foco no tratamento curativo exclusivamente encontra-se atualmente fora dos propósitos das políticas públicas em saúde, pois é mais vantajoso para os gestores e para a população o foco em prevenção e promoção de saúde, especialmente através da mudança no estilo de vida, com alterações em hábitos alimentares e de atividade física (SANTOS, 2005).

A educação em saúde faz parte das atribuições de qualquer profissional que integre a equipe da Estratégia Saúde da Família, porém estes profissionais estão cientes de que se apropriam de conhecimentos superficiais sobre alimentação e nutrição, pois os mesmos não possuem formação adequada na área de nutrição, já que, no currículo dos seus cursos, não existe disciplina relativa a esta área ou, quando possui, apresenta conteúdo muito superficial do tema. Vale ressaltar que serão esses profissionais que estarão abordando temas relativos a alimentação, quando não houver o profissional qualificado para desempenhar essas funções (SANTOS, 2005).

De acordo com o estudo feito por Santos (2005), médicos e enfermeiros falam das dificuldades que possuem para orientar seus pacientes sobre alimentação e relatam também que não têm formação adequada na área de nutrição, sendo esses os profissionais que dão orientações dietéticas quando não há um nutricionista na ESF.

Em um estudo realizado por Neis (2012) na percepção de médicos e enfermeiros participantes desta pesquisa, a inserção do Nutricionista é fundamental para que seja possível avançar na integralidade do cuidado, dado o quadro de morbidade da população com crescente prevalência das DCNTs. Os entrevistados justificaram a presença do Nutricionista para suprir sua formação diante da abordagem alimentar valorizando o trabalho multidisciplinar da equipe na saúde da família, resgatando ainda a prevenção na reorganização do modelo de atenção a saúde, ou seja, na transição de um modelo assistencialista para o de promoção a saúde. Os profissionais demonstraram amplo conhecimento das atribuições do nutricionista em saúde coletiva, bem como valorizaram a atuação do nutricionista nas unidades ESF.

Assim, pode-se questionar se a equipe mínima proposta para a ESF conseguirá em médio prazo avançar na integralidade da atenção. Focalizando particularmente a área da alimentação e nutrição, pode-se pressupor que se encontram ausentes na equipe, hoje formada, condições técnicas e operacionais para inovar na atenção, em direção à segurança alimentar. A apresentação das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na continuidade, subsidia a afirmação precedente (ASSIS et al., 2002).

A ESF é claramente um novo campo de trabalho para o nutricionista. Agregar esse profissional à equipe multiprofissional é um ato claro de garantir à população serviços fundamentais para assegurar uma alimentação saudável e, conseqüentemente, prevenir doenças, promover e recuperar a saúde. (CARVALHO, 2005).

Sabe-se que atualmente, o Brasil enfrenta simultaneamente, problemas de ordem de carência nutricional e de distúrbios de alimentação como a obesidade, ocasionando graves conseqüências para a saúde da população, em geral. Dessa forma, pressupõe-se que as ações de alimentação e nutrição são indispensáveis em todas as estratégias que tenham por finalidade promover a saúde da população, como é o caso da ESF (ASSIS et al., 2002).

O Conselho Federal de Nutrição (CFN), por entender que a alimentação saudável é essencial para a qualidade de vida da população, vem defendendo ao longo dos anos, a inserção do nutricionista na ESF. Várias estratégias estão sendo desenvolvidas para isso, já que o nutricionista é o profissional habilitado na área de alimentação e nutrição com perfil para atender essa necessidade da população (GEUS et al., 2011).

A ausência do nutricionista na rede básica de saúde não se deve a uma falha nas atribuições do profissional descritas na legislação que regulamenta a profissão, tampouco a uma falta de habilidade técnica em participar das equipes de saúde dos estados brasileiros. Trata-se de uma questão histórica, estrutural na política de saúde (PÁDUA; BOOG, 2006).

A inclusão do Nutricionista é considerada uma necessidade político social relevante. Este profissional deve complementar a equipe multiprofissional, com o objetivo de orientar a população e os equipamentos sociais, sensibilizando e promovendo mudança dos hábitos alimentares. Sua inserção apoia-se principalmente na aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição pelo

Ministério da Saúde, a qual delega ao setor a realização de ações e formulação de políticas públicas voltadas à alimentação e nutrição, direcionadas à promoção de saúde, à prevenção e controle de deficiências nutricionais e doenças crônicas não transmissíveis (CARVALHO, 2005).

Muitos trabalhos tratam da necessidade da inserção do Nutricionista na ESF como, por exemplo, Camossa et al. (2012) que analisou a concepção de profissionais da equipe mínima acerca da importância do Nutricionista na ESF. Nesse estudo há um consenso entre esses profissionais, os quais afirmaram que a função primordial de realizar atendimentos individuais nos vários ciclos de vida, elaborando e orientando dietas para patologias específicas, especialmente para DCNT é do profissional de Nutrição. Em outro estudo, cuja temática foi acerca da prevenção e controle da Hipertensão Arterial em uma Unidade Básica de Saúde, verificou-se que os achados demandam ampliação da equipe multiprofissional básica do ESF, com a inserção de nutricionista. Esse profissional organizaria e implementaria um programa de mudanças de hábitos alimentares, com o objetivo de orientar a aquisição, preparo e consumo dos alimentos (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

O trabalho do profissional de nutrição na ESF ainda é pouco discutido e pensado. Desta forma, um dos maiores desafios para a inserção dos nutricionistas na ESF passa a ser a adequação da sua atuação aos objetivos desse modelo de atenção à saúde (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

Fung (2001) relata que estudos sobre padrão alimentar têm demonstrado que o consumo habitual da dieta “ocidental”, caracterizada por uma alta ingestão de carnes vermelhas, produtos lácteos integrais, bebidas adoçadas e sobremesas, está diretamente relacionado ao risco de desenvolver obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes. Nesse contexto, a inserção do profissional nutricionista na atenção básica à saúde, especificamente na ESF torna-se necessária para a resolução de problemas alimentares e prevenção de doenças causadas pela insegurança alimentar.

Além de fazer a prevenção dessas doenças através da atenção primária à saúde, a atuação do profissional nutricionista na atenção básica faz com que haja uma recepção mais humanizada, buscando muitas vezes a solução imediata do problema ou a definição do melhor encaminhamento para sua resolução (PINHEIRO, 2008).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as reflexões do presente trabalho, evidencia-se a necessidade de inserção do Nutricionista na Atenção Básica de Saúde, especialmente na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família devido às mudanças no perfil nutricional da população, que vem enfrentando um período de transição epidemiológica o qual, tem gerado o aumento da obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's).

A atuação do nutricionista nas políticas públicas de alimentação e nutrição é importante para a promoção da saúde, abordando aspectos da alimentação saudável. Nesse contexto, o nutricionista é um dos atores sociais responsáveis pela garantia e promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada e consequentemente da Segurança Alimentar e Nutricional.

Nesse contexto, a ausência do Nutricionista na equipe multiprofissional da ESF restringe o acesso da população ao cuidado integral, sobrecarregando muitas vezes o trabalho de médicos e enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde, os quais não possuem formação acadêmica específica para atuarem na prática clínica nutricional. Por esse motivo e vários outros já expostos, a inserção do nutricionista na Atenção Básica é de fundamental importância, pois o modelo proposto pelo governo antes assistencialista, atualmente estrutura-se num modelo de promoção da saúde que visa principalmente à interdisciplinaridade da equipe na Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. 2007; n.3, v.1, p.01-03.

ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do Sistema de Saúde: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES, organizadores. **Gestão de Serviços de Saúde**. São Paulo: Edusp; 2001. p.13-49.

ARAÚJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**. 2007, v.41, n.3, pp.368-74.

ASSIS, A. M. O.; SANTOS, S. M. C.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, J. M.; SILVA, M. C.M. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, Campinas/SP, v.15, n.3, p.255-266, set./dez. 2002.

BARBOSA, E.G; FERREIRA, D.L.S; FURBINO, S.A.R; RIBEIRO, E.E.N. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, **Revista Fisioterapia em Movimento**. 2010 abr/jun; 23(2): p. 323-30.

BOOG, M.C.F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência e Saúde**; v.1, n.1, p.33-42, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção II, p. 33-34, 5 out. 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Departamento de Atenção Básica**, Brasília, 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Departamento de Atenção Básica**, Brasília, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS; 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei**. Brasília-DF: O Ministério; 1993. p. 67.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da**

saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990 [acesso em 18 ago 2016]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências.** Brasília, 28 de dezembro de 1990 [acesso em 18 ago 2016]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Lei nº. 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 18 set 1991. [acesso em 16 ago 2016]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/conteudo.aspx?IDMenu=56>

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Lei nº. 11.346, de 15 de setembro de 2006a. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada. **Diário Oficial da União** 18 set 2006 [acesso em 17 ago 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Políticas de alimentação e nutrição, área técnica de alimentação e nutrição.** Brasília, 2000. p.48.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União** 2008; 25 jan.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Portaria nº. 3.124, de 28 de dezembro de 2012a. 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. **Diário Oficial da União** 73 31 dez 2012 [acesso em: 16 ago 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Departamento de Atenção Básica**, 2010. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição-CGPAN. Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS. Brasília, p.28, 2010b

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2010c

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: MS; 2011a.

Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o BRASIL**, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: MS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, **Cadernos de Atenção Básica**, n.24, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília; 2012d.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D.(Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.p.19-42.

CAMOSSA, A.C.A; TELAROLLI JÚNIOR, R.; MACHADO, M.L.T. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. **Revista Nutrição**. v. 25, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n1/a09v25n1.pdf>>.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 1999; 4(2): 393-403.

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

CARVALHO, A.M.M. **A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde: reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre - RS** [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 2005.

CAVALIERI, R. B. A importância da inclusão do profissional nutricionista no programa saúde da família. **Nutrociência**, 2006. Disponível em: [_http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/arquivos/Artigo_Programa%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.doc](http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/arquivos/Artigo_Programa%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.doc). Acesso em: 12 març. 2016.

CERVATO-MANCUSO, A.M; TONACIO, L.V; SILVA, E.R.D; VIEIRA, V.L. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.12, pp.3289-3300, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília/DF, 2008. 34 p. Disponível em: <http://www.cfn.org.br>. Acesso em: 12 mai. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. Resolução nº. 380, de 09 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência por área de atuação. **Diário Oficial da União**, 10 jan 2006; Seção 1 [acesso em 18 ago 2016]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>

CONTIL, I.L. **Segurança Alimentar e Nutricional: noções básicas**. Passo Fundo: IFIBE; 2009.

COUTINHO J.G; GENTIL P.C; TORAL N. A desnutrição e a obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v, 24, sup. 2, p.332-340, 2008.

CUNHA G.T; CAMPOS G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**. 2011 dez; 20(4): p. 961-70.

CUNHA, J.P.P; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.285-304.

ESCODA, M.S.Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva** 2002; p. 219-26.

FOOD AGRICULTURE ORGANIZATION. **Declaración de Roma sobre la seguridad alimentaria mundial y plan de acción de la Cumbre mundial sobre la Alimentación**. Roma, 1996. p.48

FUNG, TT. Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. **American Journal of Clinical Nutrition**, 2001.

GEUS, L.M.M *et al.* A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, sup.1, p.797-804, 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2010 ago; 15(5): 2.297-305.

MELÉNDEZ, G. V.; KAC G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S4-S5, 2003.

MONKEN, M.; BARCELLOS. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n 3, p.898-906, 2005.

NEGRI, B. **A política de Saúde no Brasil nos anos 90**: Avanços e Limites. Ministério da Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NEIS, M; STTOLLMAIER, A; SILVEIRA J.L.G.C.D; BERTIN, R.L. A importância do Nutricionista na Atenção Básica à saúde. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.46, n.2, 2012.

OLIVEIRA, I.C; ROCHA, R.M; CUTOLO, L.R. Algumas palavras sobre o NASF: Relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2012 out/dez; 36 (4): 574-80.

OLIVEIRA, R. C. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, v.3, n.5, p.16-23 – Jul./dez.2004.

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

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 11-31, maio, 2011.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v.2, n.2, 2006.

PINHEIRO, A. R. O. *et al.* Nutrição em saúde Pública: Os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Revista Eletrônica Tempus**. v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: <http://164.41.105.3/portalnesp/ojs-2.1.1/index.php/tempus>

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF). Informes Técnicos Institucionais. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, 2000; 34(3):316-319.

RECINE E; VASCONCELLOS A.B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.73-79, 2011.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Revista Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n.3, p.257-265, set./dez. 2005.

SANTOS, A.P.L; LACAZ, F.A.C. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2012 mai; 17(5): 1143-1150.

SANTOS, S.M.C. **Fome e cidadania: a comunidade solidária e a participação em programas de nutrição em municípios baianos**. Salvador, 2001. 335p. Tese (Doutorado em Administração Pública) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2001.

SILVA J.P; BAIÃO M.R; SANTOS, M.S. Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica. In: Barros DC, Silva DO, Santos MMAS, Baião MR, organizadores. **Alimentação e Nutrição: fundamentos para a prática em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2013.p.59-105.

VASCONCELOS; F.A.G. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,. A inserção do nutricionista no Sistema Único de Saúde. In: Taddei JA, Lang RMF, Longo-Silva G, Toloni MHA (editores) **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011: 423-435.