



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Geus, Laryssa Maria Mendes de; Maciel, Cíntia Sovek; Burda, Isabel Cristina Araújo; Daros, Sara Jedida; Batistel, Sunáli; Martins, Thiciane Corina Antunes; Ferreira, Vanessa Aparecida; Ditterich, Rafael Gomes

A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 1, marzo, 2011, pp. 797-804

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família

The importance of the insertion of the nutritionist on the Family Health Strategy

Laryssa Maria Mendes de Geus<sup>1</sup>

Cíntia Sovek Maciel<sup>1</sup>

Isabel Cristina Araújo Burda<sup>1</sup>

Sara Jedida Daros<sup>1</sup>

Sunáli Batistel<sup>1</sup>

Thiciane Corina Antunes Martins<sup>1</sup>

Vanessa Aparecida Ferreira<sup>1</sup>

Rafael Gomes Ditterich<sup>2</sup>

**Abstract** *The Family Health Strategy has as its main purpose to reorganize the practice of attention to health in new bases and to substitute the traditional model existing in Brazil. The new curriculum guidelines to graduate health professionals propose a general formation as well as ethics, having as its main focus the largest approach to the local health services. However, Nutrition still does not present a regulation for an active participation in the Family Health Strategy. Considering this fact, the Family Health Strategy is directly linked to people's welfare in many aspects (social, nutritional, psychological, etc). Therefore, this work intends to present the importance of the insertion of a nutritionist in the Family Health Strategy for the integrality of health actions. The conclusion is that nutritionist is fully qualified to work in the Family Health Strategy, because the absence of this professional is against the principle of the integrality of the health actions, as it is evident that no other health professional possesses education to work with food and nutrition within the communities and this presence would contribute to promote people's health.*  
**Key words** *Primary health care, Family Health Program, Nutritionist, Public health policy*

**Resumo** *A Estratégia Saúde da Família tem como principal propósito reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional até então vigente no Brasil. As novas diretrizes curriculares para formação das profissões de saúde propõem a formação generalista e ética, tendo como principal foco a maior aproximação com os serviços locais de saúde. Entretanto, a Nutrição não apresenta ainda uma regulamentação para a sua participação ativa dentro da Estratégia Saúde da Família. Levando-se em conta a este fato, a Estratégia Saúde da Família está diretamente ligada ao bem estar da população em muitos aspectos (social, nutricional, psicológico, etc.); por isso, este trabalho teve como objetivo apresentar a importância da inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família para a integralidade das ações em saúde. Concluiu-se que o nutricionista está plenamente capacitado para atuar na Estratégia Saúde da Família, pois a sua ausência confronta-se com o princípio da integralidade das ações de saúde, já que é evidente que nenhum outro profissional da saúde possui formação para atuar na área de alimentação e nutrição dentro das comunidades e que sua presença só viria a contribuir para a promoção da saúde da população.*

**Palavras-chave** *Cuidados primários da saúde, Programa Saúde da Família, Nutricionista, Política pública de saúde*

<sup>1</sup> Curso de Nutrição, Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais. Av. Carlos Cavalcanti 8000, Uvaranas. 84030-000 Ponta Grossa PR.

laryssamendes@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Faculdade de Odontologia, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense.

## Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil conquistou grandes avanços no campo da saúde, principalmente com o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem como principais pilares a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. O modelo assistencial vigente até então no Brasil 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<sup>1</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge num momento de reformulação do SUS, que amplia a concepção de atenção básica, tendo sido criada no Brasil na década de noventa, cujas prioridades são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua<sup>2</sup>.

Em 1994, a ESF foi definida como um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária<sup>3</sup>. Além do atendimento, suas atividades incluem programação, grupos terapêuticos, visitas e internações domiciliares, entre outras.

Segundo Paim<sup>4</sup>, modelo de atenção ou modelo assistencial “[...] é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”.

A ESF é, atualmente, a principal estratégia de APS no Brasil e é até mesmo vista como alavanca de uma transformação do sistema como um todo, o que vem permitindo uma inversão da lógica, que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais. Ao contrário, promove a saúde da população por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes. Configura, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la<sup>5,6</sup>.

O surgimento da ESF reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas

sociais brasileiras. A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltado como um dos avanços, como contribuição do ESF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde<sup>7</sup>.

Segundo Cavalieri<sup>8</sup>, a ESF surge como uma estratégia de potencial mecanismo de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças e adotou como referências as experiências internacionais e nacionais de extensão da cobertura à saúde por meio de assistência às famílias no próprio domicílio em articulação com as unidades de saúde.

No caso específico da ESF, pode-se perceber que sua implementação, em termos técnicos e políticos, está sendo proposta e/ou realizada com base na interação com a comunidade, visando construir de forma participativa práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamento aos problemas de saúde; ao lado disso, o investimento em educação continuada da equipe de saúde e em informação em saúde destinada para a população tem surtido efeitos positivos no que se refere à qualidade da prática assistencial e à adoção de hábitos e comportamentos mais saudáveis por parte da população<sup>9</sup>.

No entanto, há quem afirme que sua capacidade de alteração do modelo assistencial não tem obtido o mesmo sucesso ou mesmo que a ESF não tem garantido, de forma sistemática, o acesso de sua clientela aos níveis de maior complexidade da saúde, nem a universalização da cobertura<sup>10</sup>. Alves<sup>11</sup> também ressalta que o fenômeno isolado de expansão do número de equipes de saúde da família implementadas até então não garante a construção de um novo modelo assistencial.

Outros apontam que a expansão da ESF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Para tanto, faz-se necessário análises qualitativas da ESF em desenvolvimento nos municípios brasileiros, particularmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos<sup>11</sup>. Também se observa uma inadequação da formação dos profissionais da equipe e uma dissonância entre a política de saúde proposta e o dia a dia do profissional<sup>5</sup>.

Levando-se em conta o fato da Estratégia Saúde da Família estar diretamente ligada ao bem-estar da população em muitos aspectos (social, nutricional, psicológico, etc.), este trabalho teve como objetivo apresentar a importância da inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família, tendo como ponto de discussão o princípio da integralidade do SUS.

### Situação nutricional do país na atualidade

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, vêm promovendo profundas alterações no padrão de morbimortalidade e no estado nutricional em todas as faixas etárias, em todo o espaço geográfico, nas áreas urbana e rural das grandes e pequenas cidades<sup>12</sup>.

A falta de equilíbrio na atenção à saúde e a distribuição heterogênea dos seus agravos permeiam todas as instâncias e todos os ciclos de vida da população brasileira (crianças, jovens, adultos, gestantes e idosos), definindo-se nessa complexidade social o perfil nutricional e alimentar diretamente vinculado ao padrão de morbimortalidade da população, indicando a ascensão das doenças não transmissíveis, como diabetes, obesidade, neoplasia, hipertensão arterial e hiperlipidemias, as quais se mostram fortemente associadas às condições de nutrição e ao estilo de vida adotado e/ou imposto pela sociedade moderna<sup>12</sup>.

Devendo-se destacar que nosso país convive com enfermidades típicas de países subdesenvolvidos, cuja causa é a fome e a desnutrição, resultado de uma associação de má alimentação e nutrição, bem como de um inadequado estilo de vida. É nesse contexto que justifica a inserção do nutricionista na equipe de atenção básica de saúde da família<sup>2</sup>.

Isso faz com que se conviva com extremos, como o declínio das formas grave e moderada da desnutrição energético-protéica, com persistência da forma leve, e o despontar do problema do sobrepeso e da obesidade nesta mesma população. Associando-se a esse quadro ainda as deficiências específicas de micronutrientes com altas prevalências, particularmente da vitamina A e do ferro dietético, repercutindo em elevadas taxas de anemia que acometem principalmente as crianças pré-escolares, especialmente aquelas que vivem na Região Nordeste<sup>12</sup>.

No Brasil, a transição nutricional é caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobre-

peso e obesidade não só na população adulta, mas também em crianças e adolescentes<sup>13</sup>. Segundo Mondini e Monteiro<sup>14</sup>, as causas estão fundamentalmente ligadas às mudanças no estilo de vida e suas consequências para os hábitos alimentares da população. Como prova, verifica-se que a obesidade é mais frequente em regiões mais desenvolvidas do país, como Sul e Sudeste.

Nas últimas décadas, os vários estudos que verificaram o aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade em vários países apresentaram dentre as causas deste novo cenário nutricional fatores genéticos e ambientais, tendo a contemporânea redução no dispêndio energético como um dos fatores determinantes da atual epidemia de obesidade observada nos grandes centros urbanos<sup>15</sup>.

Embora o estado de nutrição energético-protéica seja o aspecto paradigmático da epidemiologia dos problemas nutricionais no país, parece interessante sair de uma leitura reducionista para uma descrição mais ampla das mudanças no itinerário dos problemas nutricionais dos tempos atuais. Esta abordagem responde à própria expectativa de se conhecer como estariam evoluindo os problemas com a alimentação, no momento em que se operam mudanças cruciais no cenário epidemiológico do país<sup>16</sup>.

Importante considerar que, em relação aos diversos fatores que contribuem na determinação das condições alimentares e nutricionais nas comunidades, estes têm influência reduzida no tocante à definição das ações de saúde, fazendo com que não se concretizem na saúde, por exemplo, ações de promoção envolvendo a questão da alimentação saudável, da atividade física, entre outras. Ao não ser percebida a amplitude que envolve a questão alimentar e nutricional, esta não é tratada enquanto uma questão coletiva que exige uma intervenção interdisciplinar, ficando reduzida a ações de intervenção individuais<sup>17</sup>.

### A inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família

Segundo Pires<sup>18</sup>, o *trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade*. Aponta também que hoje, em sua maioria, esse trabalho é coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos outros

grupos trabalhadores, que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional.

A ESF, para alcançar todos os seus objetivos e efetivamente ser uma estratégia de mudança do modelo assistencial, necessita de profissionais radicalmente novos, no sentido de assumirem posturas e práticas distintas das hoje vigentes, especialmente no campo de atenção básica<sup>19</sup>.

Para que essa nova prática se concretize, faz-se necessária a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutive, que envolva ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades – todas essas atribuições deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, pelo acompanhamento de indicadores de saúde da área de abrangência<sup>6</sup>.

A equipe multiprofissional possibilita organizar o trabalho com um nível de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, que melhor atendem os níveis distintos de demanda por atenção da população<sup>20</sup>. Segundo Papp<sup>21</sup>, a visão de vários profissionais sobre uma situação única permite uma melhor percepção da situação em estudo, garantindo um resultado mais próximo das aspirações da comunidade. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade<sup>22</sup>.

No entanto, em muitos municípios que implantaram a Estratégia Saúde da Família, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional; no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde, como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam ati-

vidades delegadas, mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional<sup>18</sup>.

Entretanto, a Estratégia Saúde da Família apresenta uma série de vazios e contradições entre sua matriz conceitual e sua implementação efetiva. Uma destas contradições diz respeito ao caráter indisciplinar da proposta, visto que a imensa maioria das unidades assistenciais conta apenas com a chamada equipe mínima, constituída por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde<sup>23</sup>.

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo, isto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial. Esta assimilação deve se processar cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, locus de exercício de racionalidades, sejam estas de manutenção do modelo assistencial vigente e hegemônico – marcadamente reducionista, biologicista, individualista, centrado na doença e orientado para a cura – ou de construção de um novo modelo assistencial – integral, humanizado e comprometido com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população<sup>11</sup>.

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<sup>24</sup>.

O nutricionista é um profissional de saúde cuja formação visa à atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes curriculares nacionais do Conselho Nacional de Educação, do Ministério da Educação, para os alunos de Medicina, Enfermagem e Nutrição foram estabelecidas por meio de um parecer conjunto para os três cursos, que estabeleceu como seu objeto: ***Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades, conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com abordagens nacionais e in-***



**ternacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira**<sup>25</sup>.

Ao descrever o perfil do formando/egresso do curso de graduação em Nutrição, o referido documento aponta que o nutricionista deve estar capacitado a atuar visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas em que a alimentação e a nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais. Por segurança alimentar, entende-se 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 social, econômica e ambientalmente sustentáveis. Considerando que a formação visa à atuação no SUS, seria coerente esperar que os nutricionistas estivessem plenamente inseridos nele, o que, de fato, não acontece. Os hospitais contam mais regularmente com o trabalho do nutricionista, mas na rede básica de saúde, a inserção de nutricionistas ainda é incipiente<sup>26</sup>.

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<sup>25</sup>.

A ESF é claramente um novo campo de trabalho para o nutricionista. Agregar esse profissional à ESF é um ato claro de garantir à população serviços fundamentais para assegurar uma alimentação saudável e, consequentemente, prevenir doenças, promover e recuperar a saúde<sup>23</sup>.

Segundo Cavalieri<sup>8</sup>, a inserção do nutricionista na equipe da ESF é justificada pela sua formação acadêmica, que o capacita a realizar o diagnóstico nutricional da população de maneira a propor orientações dietéticas necessárias e adequadas aos hábitos da unidade familiar, ao meio cultural e levando em conta a disponibilidade de alimentos.

Além disto, foi observada uma elevada prevalência de queixas relacionadas a sobrepeso e obesidade entre os indivíduos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Isso reforça a necessidade de uma contínua discussão sobre o caráter interdisciplinar do ESF e, portanto, sobre a inserção do profissional nutricionista<sup>23</sup>.

O Conselho Federal de Nutricionistas (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 nas equipes da 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<sup>24</sup>.

Sua inclusão revela-se uma necessidade político-social relevante. Esse 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 apóia-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<sup>23</sup>.

A inserção desse novo componente foi amplamente discutida e divulgada com o propósito de subsidiar as discussões dos nutricionistas e suas entidades nos estados e municípios. Em diversos municípios brasileiros, a inclusão do nutricionista nas equipes da ESF é uma realidade<sup>8</sup>.

Para Fontineli Júnior<sup>2</sup>, as principais atividades desenvolvidas são a identificação dos hábitos alimentares da população e dos grupos de risco nutricional; a ampliação do Programa de Combate às Carências Nutricionais; o monitoramento nutricional de gestantes; a promoção de práticas alimentares saudáveis; o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses e misto até os dois anos, dentre outros. O CFN está debatendo este tema em nível nacional, para desenvolver mecanismos técnicos e políticos capazes de interferir na tomada de decisão política do governo e integrar o nutricionista na ESF.

Complementando, Cavalieri<sup>8</sup> aponta as atribuições do nutricionista dentro da ESF, que são:

- . Identificação de áreas de risco nutricional na comunidade;
- . Diagnóstico/monitoramento do estado nutricional da família e da comunidade;
- . Diagnóstico de problemas alimentares e nutricionais (carências ou excessos);
- . Identificação de fatores de risco nutricional na comunidade;
- . Identificação de grupos biologicamente mais vulneráveis do ponto de vista do estado nutricional;

- . Realização de palestras educativas para grupos focais;
- . Incentivo e definição de estratégias de apoio comunitário ao aleitamento materno;
- . Orientações sobre higiene e conservação de alimentos;
- . Orientações dietoterápicas a nível domiciliar, quando necessário;
- . Diagnóstico de consumo e práticas alimentares locais;
- . Identificação de estratégias de segurança alimentar disponíveis na comunidade;
- . Implantação de ações de vigilância alimentar e nutricional.

Em relação à participação do nutricionista na equipe de ESF, cabe o registro de que ainda são muitos os caminhos para esta consolidação. No entanto, experiências de programas de residência multiprofissionais em saúde da família vêm demonstrando que os nutricionistas estão aptos a atuarem na ESF e que sua inclusão qualifica as ações de saúde em direção à integralidade. A não inclusão do nutricionista na equipe mínima da ESF impede a sociedade de desfrutar das atribuições dadas ao profissional e que contribuem para a promoção da saúde da população<sup>8</sup>.

Sobre a importância da presença do nutricionista na ESF, basta lembrar que o quadro nutricional da população brasileira está em total desequilíbrio, alguns adoecendo por excesso de peso e outros ainda morrendo por desnutrição. Sem os conhecimentos técnicos sobre a alimentação, mostra-se muito difícil - praticamente impossível - a reversão deste quadro, pois necessita de uma atuação eficiente de nutricionistas para que possa se promover a saúde por meio da alimentação.

Em 2008, o Ministério da Saúde enfim reconhece a importância de outros profissionais de saúde na ESF; por meio da Portaria nº 154, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (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<sup>27</sup>.

Entretanto, a inserção dos profissionais de saúde (assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico nas áreas de acupuntura, ginecolo-

gia, homeopatia, pediatria e psiquiatria) nos NASF dependerá do perfil epidemiológico do município e do território, bem como da sensibilidade dos gestores municipais na definição do perfil dos profissionais que farão parte dos núcleos<sup>27</sup>.

A Portaria nº 154 inclui o nutricionista como responsável pelas seguintes atividades no NASF<sup>20</sup>:

- . 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 contrarreferência do atendimento e promoção da articulação intersetorial para viabilizar as ações voltadas para a segurança alimentar e nutricional.

## Considerações finais

Portanto, mostra-se fundamental a inserção do profissional nutricionista na ESF, com vistas à promoção da saúde em todas as fases da vida, abordando aspectos de alimentação saudável, a questão da segurança alimentar, da cidadania e do direito humano fundamental à alimentação. Principalmente este último pode fornecer bases para a busca dos direitos por meio da exposição sobre qual é o papel de cada um e como se articular para tanto. Além disso, é importante a discussão da importância de todos, assim como do Estado, na garantia dos direitos à saúde, especificamente à segurança alimentar<sup>28</sup>.

O nutricionista está plenamente capacitado para atuar na Estratégia Saúde da Família, pois a sua ausência confronta-se com o princípio da integralidade das ações de saúde, já que é evidente que nenhum outro profissional da saúde possui formação para atuar na área de alimentação e nutrição dentro das comunidades e que sua presença só viria a contribuir para a promoção da saúde da população.

## Colaboradores

LMM Geus trabalhou na organização e redação do artigo. CS Maciel, ICA Burda, SJ Daros e S Batistel participaram da concepção e redação inicial do artigo. TCA Martins e VA Ferreira participaram da busca de referencial teórico e realização da revisão bibliográfica. RG Ditterich participou da redação e revisão final.

## Referências

1. Santos AC. A inserção do nutricionista na estratégia de saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam Saúde Desenvol* 2005; 7(3):257-265.
2. Fontineli Júnior K. *Programa Saúde da Família (PSF) comentado*. Goiânia: AB Ed.; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília: MS; 1994.
4. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.
5. Ronzani TM, Stralen CJ. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. *Revista de APS* 2003; 6(2):7-22.
6. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev. Saude Publica* 2000; 34(3):316-319.
7. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev. Latino-am Enfermagem* 2004; 12(4):658-664.
8. Cavaliere RB. A importância da inclusão do profissional nutricionista no Programa Saúde da Família. *Nutrociência* [periódico na Internet] 2006 [acessado 2007 dez 12]; [cerca de 6 p.]. 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)
9. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2): 429-435.
10. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saude Publica* 2002; 18 (supl):163-171.
11. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16):39-52.
12. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MC, Santos JM, Silva MCM. O programa Saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev. Nutr.* 2002; 15(3):255-266.
13. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and under- weight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002; 75(6):971-977.
14. Mondini L, Monteiro CA. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). *Rev. Saude Publica* 1994; 28(6):433-439.
15. Frutuoso MFP, Bismarck-Nasr EM, Gambardella AMD. Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. *Rev. Nutr.* 2003; 16(3):257-263.
16. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Sup.1):S181-S191.



17. Machado NMV, Viteritte PL, Goulart DAS, Pinheiro ARO. **Reflexões sobre saúde, nutrição e a estratégia de saúde da família.** [acessado 2007 nov 20]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/noticia\\_01\\_09\\_06.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/noticia_01_09_06.pdf)
18. Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Rev. bras. enferm.* 2000; 53:251-263.
19. Capistrano Filho, D. O cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 2000; 1(2):8.
20. Moysés SJ, Czezko NG, Moysés ST, Giacomini CH, Malafaia O, Paciornik EF, Oliveira KL, Galvão M. A equipe de saúde multiprofissional nos programas de saúde da família. *Rev. méd. Paraná* 1999; 57(1/2):1-7.
21. Papp P. **O processo de mudança.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
22. Paraná. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenação Estadual PACS / PSF. **Programa saúde da família.** 2001 [acessado 2001 ago 20]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>
23. Carvalho AMM. **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** [monografia]. Porto Alegre (RS): Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2005.
24. Conselho Regional de Nutricionistas - 3º. Região. **A experiência e atuação de Nutricionistas no programa de residência multiprofissional em saúde da família na Zona Leste do Município de São Paulo.** [acessado 2007 dez 20]. Disponível em: <http://www.crn3.org.br/atualidades/informacoes/arquivos/Programa%20de%20saude%20da%20familia.doc>
25. Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev. Nutr.* 2006; 19(4):413-424.
26. Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional.** Brasília: CONSEA; 2004.
27. Brasil. 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.
28. Pasquim EM. **Nutrição no Programa Saúde da Família** [monografia]. Brasília (DF): Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília; 2002.

---

Artigo apresentado em 08/02/2008

Aprovado em 29/10/2008

Versão final apresentada em 30/11/2008