

Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde

Merieli Medeiros Ronsani¹

Sabrina Teodosio Silva²

Rita Suselaine Vieira Ribeiro³

Resumo

O perfil epidemiológico nutricional que caracterizava o Brasil no período de 1930 a 1980, relacionado às doenças carências, foi substituído pelas doenças relacionadas ao excesso alimentar. Este processo, denominado Transição Nutricional, veio explicitar a necessidade de novos enfoques intervencionistas. Para garantir a Segurança Alimentar e Nutricional, torna-se necessário um modelo de Atenção Básica com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, com práticas voltadas a vigilância em saúde. Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é reorganizada para substituir o modelo tradicional de atenção para um novo modelo de integração interdisciplinar. O objetivo deste trabalho é discutir a importância da inserção do profissional Nutricionista na Atenção Básica para que se consigam mudanças na situação nutricional do país. Torna-se mais claro o papel do Nutricionista na promoção da saúde através dos cursos de Residência Multiprofissional e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que vieram para colocar em prática o compromisso da integração de ações de Alimentação e Nutrição com a Atenção Básica, possibilitando a autonomia do indivíduo diante dos diversos determinantes que cercam a sua a saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Nutricionista. Programa Saúde da Família.

¹Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: merieli_ronsani@hotmail.com.

²Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: sabrinateodosio@hotmail.com.

³Nutricionista. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: rsv@unesc.net.

Introdução

Nos últimos anos, o Brasil apresentou mudanças demográfica, epidemiológica e nutricional, que tem chamado a atenção para o aumento da obesidade em vários grupos populacionais. A obesidade, associada a uma elevada incidência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), tem influenciado no perfil epidemiológico causando mudanças no perfil de morbimortalidade no país (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

A alimentação adequada é direito de todo cidadão, porém, no Brasil, a ingestão inadequada dos alimentos, sendo pela alta ingestão de produtos pouco saudáveis ou pela falta de alimentos, gera a insegurança alimentar, ocasionando excesso de peso, desnutrição e DCNT. Por isso, é imprescindível um modelo de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que associe esses aspectos para uma intervenção adequada (MATTOS; NEVES, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi estabelecida como uma estratégia de assistência à saúde, com o objetivo de trazer uma nova concepção de saúde, voltada para a promoção da qualidade de vida e intervenção de fatores de risco (BRASIL, 2000).

Atualmente, a ESF, é a principal estratégia de Atenção Primária à Saúde no Brasil que, ao contrário de privilegiar o tratamento das doenças nos hospitais, promove a saúde da população por meio de ações básicas para evitar que as pessoas adoçam. Difere-se do modelo biomédico tradicional, permitindo que haja maior diversidade das ações e busca permanente do consenso entre as equipes (BRASIL, 2000; RONZANI; STRALEN, 2003).

Diante do atual perfil de morbimortalidade da população, que indica elevado índice de DCNT como diabetes, obesidade, hipertensão, dislipidemias, neoplasias, doenças cardiovascular, que estão diretamente relacionadas à alimentação, nutrição e estilo de vida, trabalhar questões de alimentação e nutrição torna-se extremamente necessário no cenário da ESF, de modo a promover a saúde da população e evitar futuras complicações (ASSIS et al., 2002).

O profissional Nutricionista pode estar inserido nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e nas Residências Multiprofissionais, que atuam no cenário da Atenção Básica com o objetivo de atuar através de equipes com

diferentes profissionais, desenvolvendo ações junto às equipes de Saúde da Família.

Assim, o objetivo deste trabalho é demonstrar a importância da atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde, em função da transição nutricional que gera a falta de Segurança Alimentar e Nutricional da população.

Histórico da atuação do Nutricionista na Saúde Pública

O campo da Alimentação e Nutrição, dentro de três grandes dimensões (ciência, profissão e política pública do Estado brasileiro), teve sua emergência no final da década de 1930 (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2001).

Como política pública, no período 1930-1963, a intervenção estatal em Alimentação e Nutrição realizou-se a partir de ações e programas de assistência alimentar e nutricional para os trabalhadores vinculados à previdência social; às gestantes, nutrizes e crianças menores de cinco anos de idade e os escolares (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2005; ARRUDA; ARRUDA; 2007).

A partir de 1960, passou-se a discutir, no âmbito da comunidade latino-americana de Nutrição, a formação de um profissional de nível superior, qualificado por formação e experiência, para atuar nos Serviços de Saúde Pública com o objetivo de melhorar a nutrição humana, essencial para que se mantenha um alto nível de saúde (YPIRANGA; GIL, 1989).

A partir de então, o processo de formação do Nutricionista no Brasil, antes focado apenas na elaboração e a orientação dietética dentro dos serviços de atenção à saúde e na administração de serviços de alimentação de trabalhadores da Previdência Social, começou a sofrer algumas alterações (YPIRANGA; GIL, 1989). Este fato foi essencial no processo de inclusão do campo da Nutrição em Saúde Pública dentro do contexto internacional e, particularmente, dos países latino-americanos.

No período de 1964 a 1984, começaram a ser realizadas as pesquisas nutricionais de base populacional com amostras representativas de todas as regiões geográficas do país, as tentativas de inserção de técnicas de planejamento nutricional ao planejamento econômico, conduzidas sob a direção do então Instituto

Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), bem como o aumento do número de cursos de graduação de Nutrição (VASCONCELOS, 2001; ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Também sob a direção do INAN, em 1973, foi instituído o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN) e, em 1976, o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN) e a questão nutricional passou a assumir importância na agenda pública, representando um dos principais instrumentos da política social conduzida pelos governos militares. Além disso, a partir do desenvolvimento do II PRONAN, deu-se o processo de institucionalização de ações de Alimentação e Nutrição no interior da rede pública de serviços de saúde, educação e assistência social em todo Brasil (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2001; ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Nas duas últimas décadas, observou-se que o perfil epidemiológico nutricional que caracterizava o Brasil no período de 1930 a 1980, relacionado às doenças carenciais (desnutrição proteico-energética, hipovitaminose A, anemia ferropriva, bócio, entre outras), foi substituído pelas doenças relacionadas ao excesso alimentar (obesidade, diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial, certos tipos de câncer, entre outros). Este processo, denominado transição nutricional brasileira, veio explicitar a necessidade de novos enfoques explicativos e intervencionistas (VASCONCELOS, 2001; CANESQUI, 2009).

Neste contexto, no período situado entre 1985 e 2010, a política pública de alimentação e nutrição brasileira sofreu mudanças, passando do planejamento autoritário ao participativo; da centralização à descentralização administrativa; do controle estatal ao social; dos programas de distribuição de alimentos em espécie aos de tíquetes e aos de transferência de renda em dinheiro; do financiamento público às parcerias entre público e privado, entre sociedade civil e Estado, entre instituições governamentais e não governamentais; das ações emergenciais ou assistenciais às mediatas ou estruturais (VASCONCELOS, 2005).

Atualmente, pode-se identificar pelo menos três subcampos de atuação em relação à Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: Epidemiologia Nutricional; Política, Planejamento e Gestão em Alimentação e Nutrição; e Ciências Sociais e Humanas em Alimentação e Nutrição (CANESQUI, 2009).

Assim, observa-se que o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva adquiriu a sua atual configuração e ressignificação a partir de meados da

década de 1970, através do movimento sanitário brasileiro e conseqüente realização da reforma sanitária e construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINAYO, 2008).

Ainda, no período entre a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (novembro de 1986) e a promulgação do Projeto de Emenda Constitucional nº 47, de 4 de fevereiro de 2010, o qual incluiu no artigo 6º da Constituição de 1988 a alimentação como um direito social de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 2010), enfatiza-se a realização de variados eventos, fatos históricos, ações e serviços relacionados direta ou indiretamente ao processo de construção do SUS e conquista do direito à saúde e à alimentação, os quais tiveram a importante participação dos profissionais da área de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva.

Como exemplos, destacam-se: a criação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.156, de agosto de 1990 (VASCONCELOS, 2001); a constituição da Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, liderada por Herbert de Souza (Betinho) a partir de 1993 (BRASIL, 1993); as Conferências Nacionais de Segurança Alimentar realizadas a partir de 1994 (VALENTE, 2002); a aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) por meio da Portaria nº 710 do Ministério da Saúde, de 10 de junho de 1999 (BRASIL, 2003); o Programa Fome Zero, lançado em janeiro de 2003 (VASCONCELOS, 2002); a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), regulamentado pelo Decreto nº 4.582, de 30 de janeiro de 2003 (VASCONCELOS, 2005); o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), a partir da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006); e a aprovação da Lei nº 11.947, de 16 de julho de 2009 a qual, entre outras providências, amplia a cobertura do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) para toda a rede pública e filantrópica de educação básica (BRASIL, 2009).

Portanto, ressalta-se tanto a importância da multidisciplinaridade como o papel dos profissionais do campo da Alimentação e Nutrição na Saúde Coletiva pela garantia do direito humano à alimentação saudável, a qual incorpora um conjunto de serviços e condições e serviços essenciais para a prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde (VASCONCELOS; BATISTA, 2011).

Transição epidemiológica e nutricional no Brasil

Nos últimos anos, o Brasil, tem passado por processos de transição que produziram, e ainda produzem, importantes mudanças no perfil de doenças na população. A chamada Transição Epidemiológica, um desses processos, é caracterizada por mudanças nos padrões de morbimortalidade relacionados principalmente à redução da mortalidade precoce, aumento da expectativa de vida ao nascer, tornando a população mais idosa. A Transição Epidemiológica, por sua vez, é decorrente da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, expressivos nas últimas décadas, entre outros fatores socioculturais (OLIVEIRA, 2004; MALTA et al., 2006).

Outro processo verificado não só no Brasil é a chamada Transição Nutricional, a qual advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna (OLIVEIRA, 2004; MALTA et al., 2006).

A tendência secular do estado nutricional da população brasileira é apresentada através de estimativas de indicadores antropométricos calculadas a partir de inquéritos nacionais realizados no Brasil desde meados da década de 1970, incluindo a mais recente Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, realizada com mais de 188 mil pessoas de todas as idades. Esta pesquisa traz informações importantes sobre o estado nutricional da população brasileira considerando crianças, adolescentes e adultos (IBGE, 2010a).

Comparando-se os resultados da POF com inquéritos realizados anteriormente, confirma-se uma tendência de declínio da desnutrição infantil, observada desde a década de 1980, sendo que a aceleração deste declínio foi verificada na década de 2000. Entretanto, a desnutrição na infância ainda ocorre, concentra-se nas famílias de menor renda e, do ponto de vista geográfico, na Região Norte do País. O crescimento físico das crianças na Região Nordeste, contudo, não mais se diferencia da Região Sudeste, sendo que, em todas as regiões brasileiras, as crianças que vivem nas áreas rurais crescem de forma semelhante às que vivem no meio urbano (IBGE, 2010a).

O excesso de peso e a obesidade são encontrados com grande frequência, a partir de 5 anos de idade, em todos os grupos de renda e em todas as regiões brasileiras, confirmando-se uma tendência de aumento acelerado da obesidade. Em crianças de 5 a 9 anos de idade e entre adolescentes, a frequência do excesso de peso, que vinha aumentando modestamente até o final da década de 1980, praticamente triplicou nos últimos 20 anos. Já em adultos, o excesso de peso vem aumentando desde a década de 1970 e, no momento, é encontrado em cerca de metade dos brasileiros (IBGE, 2010a).

O intenso declínio da desnutrição infantil no Brasil na década de 2000 ocorreu graças às melhorias observadas no poder aquisitivo das famílias de menor renda, na escolaridade das mães e na ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde e saneamento (MONTEIRO et al., 2009).

Por outro lado, a ocorrência de sobrepeso e obesidade demonstram o desequilíbrio entre ingestão e gasto de calorias pelo organismo humano, e a explicação para o aumento dessas condições é decorrente das mudanças nos padrões de alimentação e de atividade física da população. As pesquisas de orçamento familiar realizadas até 2002-2003 revelam que a população vem substituindo os alimentos básicos e tradicionais da alimentação brasileira, como arroz, feijão e hortaliças, por alimentos e bebidas industrializados, como refrigerantes, biscoitos, carnes processadas e *fast food*, levando a um aumento na ingestão calórica e conseqüente obesidade (LEVY-COSTA et al., 2005).

As prevalências crescentes de excesso de peso e obesidade, por sua vez, contribuem para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Essas doenças, por serem de longa duração, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, gerando no Brasil uma sobrecarga do SUS (LESSA, 2004).

Portanto, o fenômeno da transição nutricional é traduzido em um dos maiores desafios para as políticas públicas e exige um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade do indivíduo com uma abordagem centrada na promoção da saúde (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Atenção Básica

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas da união, dos estados e dos municípios. Ele pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais que se consagrou na Constituição de 1988, no qual seus princípios deixam de ser restritos e passam a ser universais, de forma que deixam de ser centralizados e passam a ser descentralizados (BRASIL, 2000).

Os processos sociais que envolvem a produção da saúde e doença nas comunidades não conseguem mais ser respondidas por meio de práticas fragmentadas. Isso faz com que os profissionais de saúde venham a pensar e agir no sentido da integração interdisciplinar, analisando os fatores que determinam socialmente os agravos à saúde do indivíduo (PINHEIRO et al., 2008).

Atualmente, o tratamento curativo exclusivo está fora dos alvos das políticas públicas em saúde dando prioridade, por ser mais vantajoso para os gestores e para a população, o foco em prevenção e promoção de saúde, sobretudo através da mudança no estilo de vida, com alterações em hábitos alimentares e de atividade física (SANTOS, 2005).

Em 1994 surge o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) com a proposta de reorganização da prática de atenção à saúde que substitua o modelo tradicional para um novo modelo de integração interdisciplinar (PINHEIRO et al., 2008). A ESF amplia a concepção de Atenção Básica com prioridade a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, assim como na mudança da ênfase individual para a coletiva e familiar (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; GEUS et al., 2011). Ela segue os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, tendo suas práticas voltadas para a vigilância à saúde (MATTOS; NEVES, 2009).

A ESF é hoje a principal estratégia de Atenção Primária a Saúde no Brasil e é até mesmo vista como uma transformação do sistema como um todo, o que vem permitindo uma inversão da lógica, promovendo a saúde da população por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes. Caracteriza 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 (RONZANI; STRALEN, 2003; GEUS et al., 2011).

Inserção do Nutricionista na Atenção Básica

Nos últimos anos, a ciência da Nutrição teve um desenvolvimento significativo, que pode ser certificado na expansão dos grupos de pesquisa, publicação de trabalhos e número de pesquisadores. Entretanto, a atuação profissional nutricionista no campo da Saúde Pública ainda é bastante tímida e incipiente, tendo em vista que o controle e tratamento dos agravos à saúde estão relacionados direta ou indiretamente com a alimentação dos indivíduos (PÁDUA; BOOG, 2006; BOOG, 2008; SANTOS, 2005).

Em um estudo realizado com médicos e enfermeiros, eles relatam suas dificuldades para orientar os pacientes sobre a alimentação. Os mesmos ressaltam que não possuem formação adequada na área de nutrição, sendo que eles são os responsáveis para darem orientações dietéticas quando não há nutricionista no ESF (SANTOS, 2005). Outro estudo, realizado com enfermeiros, revela que a abordagem das questões relativas à alimentação e nutrição feita por estes profissionais acaba restringindo as informações, ou seja, acaba se limitando apenas a orientações alimentares, sem que haja outras atividades além dessas orientações (PEREIRA et al., 2009).

A busca da integralidade se faz fundamental para a formação de cada profissional de saúde. A ESF pauta-se nos princípios do SUS, sendo voltada para a vigilância em saúde. Dessa forma, a inserção do profissional Nutricionista dentro da atenção básica se faz extremamente importante e necessário para a promoção e prevenção de doenças causadas pela insegurança alimentar e a resolução de problemas alimentares (PINHEIRO et al., 2008).

Para que as novas práticas de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua na ESF se concretizem, são necessárias a presença de um profissional com visão integral do indivíduo, família e comunidade, que seja capaz de atuar de maneira humanizada, competente e resolutiva, e que atenda as necessidades daquela comunidade (SANTOS, 2005).

A atuação do profissional Nutricionista na Atenção Básica promove uma recepção imediata e humanizada, buscando muitas vezes a solução imediata do problema ou a definição do melhor encaminhamento para sua resolução (MATTOS; NEVES; 2009).

A ação do Nutricionista na promoção da saúde também deve ser inovadora, sendo que o profissional deverá mostrar desprendimento, ousadia, envolvimento e criatividade. Alguns autores apontam para quatro diretrizes: adoção do modelo de atenção sob o enfoque da integralidade, articulação de saberes técnicos e populares, capacitação dos indivíduos para que a população possa realizar autonomamente escolhas alimentares mais saudáveis, e contemplar, no seu trabalho, o princípio da intersetorialidade das ações, estabelecendo parcerias com escolas, instituições sociais, associações comunitárias, ONG's (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Sendo assim, o profissional Nutricionista deve realizar uma análise mais aprofundada das questões alimentares quando trabalha inserido na ESF (CAMOSSA; 2010).

Residência Multiprofissional em Saúde da Família

A lei Federal nº 11.129 de 30 de julho de 2005 cria a Residência Multiprofissional em Saúde, que foi resultado de ampla articulação e intenso trabalho junto às diversas entidades e instituições representativas da área da saúde. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, elaborou as portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das residências: Portaria nº 1.111 de 5 de julho de 2005, Portaria nº 1.143 de 7 de julho de 2005 e a Portaria interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. E através

da Portaria Interministerial N° 45, de 12 de Janeiro de 2007, foi criada a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) que elencou suas principais atribuições (BRASIL, 2008).

Foi idealizada a partir da expansão da ESF, devendo articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, que muitas vezes são fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população. Seu principal objetivo é direcionar a atuação dos profissionais de nível superior para atividades clínico-assistenciais aplicadas ao cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A residência aparece como uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Sua finalidade é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na ESF, com base nos princípios e diretrizes do SUS (GIL, 2005).

Fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde, em resposta ao desafio de atuar nas coletividades, visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos do cuidado (NUNES, 2005). Busca não somente o crescimento profissional dos residentes, mas também promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la (NASCIMENTO; OLIVEIRA 2010).

Estudos apontam que uma das primeiras percepções obtidas pela participação do profissional Nutricionista na Residência Multiprofissional em Saúde da Família envolve as possibilidades de rompimento com a restrição do conhecimento em Nutrição. Os passeios do conhecimento interdisciplinar, proporcionados pelos diferentes momentos de troca de saberes, têm permitido ao Nutricionista desenvolver suas intervenções profissionais específicas superando a fragmentação do conhecimento, fazendo com que o usuário que busca esse profissional sintá-se mais acolhido e também responsável por sua saúde (PINHEIRO et al., 2008).

Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 com o objetivo de melhorar a qualidade da Atenção Básica à Saúde através de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre eles o Nutricionista, contribuindo com a promoção de práticas alimentares saudáveis. Os profissionais deverão atuar no desenvolvimento de ações junto às equipes de Saúde da Família, apoiando-as em seu cotidiano, conforme as necessidades dos diferentes locais (MATTOS; NEVES, 2009).

A criação dos núcleos estabelece um passo importante para a consolidação da ESF e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. As diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista, assistencialista e medicalizante (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

O NASF vem pôr em prática o compromisso da integração de Alimentação e Nutrição com o setor saúde, com relação aos componentes de Segurança Alimentar e Nutricional visando o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), através da inserção do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde (MATTOS; NEVES, 2009).

São ações de Alimentação e Nutrição propostas pelo NASF: conhecer e estimular o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente, capacitar a equipe de saúde da família e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais; elaborar em conjunto com as equipes de saúde da família rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com os protocolos de atenção básica (MATTOS; NEVES, 2009).

Conclusões

No Brasil, é bem estabelecido que os problemas de saúde da população estejam, em sua maioria, relacionados à alimentação. Por isso, justifica-se a necessidade e importância do profissional Nutricionista na Atenção Primária, especificamente na ESF, através dos NASF e Residências Multiprofissionais, pois são campos de atuação muito importantes para certificar a Segurança Alimentar e Nutricional no país. Isso porque o Nutricionista é o profissional capacitado para melhorar o perfil epidemiológico e nutricional da população relacionado a questões alimentares.

O profissional Nutricionista precisa atuar junto aos demais profissionais na Atenção Básica, desenvolvendo várias abordagens para possibilitar uma atuação eficiente diante dos diversos determinantes que cercam a saúde do indivíduo.

Referências

ARRUDA, B. K. G; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. v.7, n.3, p.319-326, 2007.

ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 15, n. 3, p.255-266, Set. 2002.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**. v.19, n. 1, p.181-191, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). **Agora é lei: alimentação é um direito; CONSEA celebra com parceiros**. Brasília, 5 de fevereiro de 2010. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/Consea/exec/index.cfm>>. Acesso em: 28 jun. 2011.

_____. Ação da Cidadania Contra a Miséria e pela Vida. **Cartilha para ajudar a formar comitês**. Brasília: Secretaria Nacional da Ação da Cidadania contra a Miséria e pela Vida, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2a ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/documentos/pnan.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2011.

_____. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências**. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/consea/static/eventos/LOSAN%20%20Lei%2011.346%20de%2015%20de%20setembro%20de%2020061.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2011.

_____. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. **Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica**. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/index.php/ae-legislacao>> Acesso em: 28 jun. 2011.

_____. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde**. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=27945>. Acesso em 09 julho 2011.

CAMOSSA, A. C. do A. **O fazer teórico-prático do Nutricionista na Estratégia Saúde da Família: Representações Sociais dos Profissionais das equipes**. 2010. 202 p. Dissertação (Mestrado em Alimentos e Nutrição) – Universidade Estadual Paulista, Araquara, 2010.

CANESQUI, A. M. Pesquisas qualitativas em Nutrição e Alimentação. **Revista de Nutrição**. v.22, n.1, p.125-139, 2009.

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

GEUS, L. M. M. de, et al. A importância na inserção do Nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p.797-804, 2011.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. POF. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 - **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2010a

- _____. **Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 245 p. Acima do título: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.htm>. Acesso em: 05 jul. 2011.
- L'ABBATE, S. As Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil: I. Período de 1940 a 1964. **Revista de Nutrição**. v.1, n.2, p.87-138, 1988.
- LESSA, Ines. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Dez. 2004.
- LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, v. 39, n. 4, p. 530-40, 2005.
- MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.15, n.3, p.47-65, 2006.
- MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v.19, n.2, 2008.
- MATTOS, P. F.; NEVES, A. dos S. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. **Revista Práxis**. n.2, agosto 2009.
- MINAYO, M. C. S. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.17, n.4, p.245-246, 2008.
- MONTEIRO C.A. et al. Causas e declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2005, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.
- NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.
- NUNES, E. D. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.13-38, 2005.
- OLIVEIRA, R. C. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, v.3, n.5, p.16-23, dez.2004.
- PÁDUA, J. G. de; 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.

PEREIRA, S. M. P. D. et al. Segurança alimentar e nutricional: conhecimento e ações dos enfermeiros do programa saúde da família aos portadores de doenças crônicas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.22, n.3, p.194-198, 2009.

PINHEIRO, A. R. O. et al. Nutrição em saúde Pública: Os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v.1, n.1, 2008.

RONZANI, T. M., STRALEN, C. J. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista de APS**. v. 6, n.2, p.7-22, 2003.

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

VALENTE, F. L. S. **Do direito humano à alimentação: desafios e Conquistas**. São Paulo: Cortez; 2002.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**; v.15, n.2, p.127-138, 2001.

_____. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**. v.18, n.4, p.439-457, 2005.

VASCONCELOS, F. A. G.; BATISTA FILHO, M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.16, n.1, p.81-90, 2011.

YPIRANGA, L.; GIL, M. F. **Formação profissional do nutricionista: por que mudar?** In: CUNHA, D. T. O.; YPIRANGA, L.; GIL, M. F. (Org.). II Seminário Nacional sobre o Ensino de Nutrição. Goiânia : FEBRAN, p.20-36, 1989.