

**O NUTRICIONISTA E A ATENÇÃO BÁSICA: IMPORTÂNCIA DE SUA
ATUAÇÃO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Daiene Rosa Gomes^{a,b}
Poliana Cardoso Martins^b
Wanessa Chagas Neres^b

Resumo

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 para melhorar a qualidade da Atenção Básica à Saúde (ABS) por meio de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre eles o nutricionista. Diante desta perspectiva, o presente estudo objetivou evidenciar a importância da inserção do nutricionista no NASF. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa. A busca bibliográfica foi realizada por meio das bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE, além de sites institucionais. A pesquisa revelou que, no contexto da ABS, o nutricionista promoverá e facilitará o acesso das pessoas aos conhecimentos sobre os cuidados para uma vida saudável, possibilitando a aquisição de capacidades, habilidades e autonomia para gerirem sua própria saúde e, conseqüentemente, apresentarem hábitos alimentares saudáveis. Verificou-se também que a presença do nutricionista ainda é insuficiente diante da demanda epidemiológica e social existente. Neste contexto, justifica-se a inserção do nutricionista nos NASFs e a priorização dos gestores municipais para ações que visem à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Palavras-chave: Nutricionista. Promoção da saúde. Atenção básica. Transição nutricional. Saúde da família.

^aPrograma de Pós-graduação em Saúde Coletiva; Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS – Feira de Santana (BA), Brasil.

^bUniversidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Poliana Cardoso Martins – Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde – Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias – CEP: 45029-094 – Vitória da Conquista (BA) Brasil – E-mail: policmartins@yahoo.com.br

THE NUTRITIONIST AND PRIMARY CARE: IMPORTANCE OF ITS OPERATIONS IN CORE SUPPORT FAMILY HEALTH

Abstract

The Support Center for Family Health (NASF) was created in 2008 to improve the quality of primary health care through teams of professionals in different fields of knowledge, including the Nutritionist. Given this perspective, this study aimed to highlight the importance of integrating the Dietitian in the NASF. This is a narrative review of the literature. A literature search was conducted through the databases SciELO, LILACS and MEDLINE, and institutional sites. The research revealed that in the context of primary care, the Nutritionist will promote and facilitate people's access to knowledge about caring for a healthy life, enabling the acquisition of skills, abilities and autonomy to manage their own health and, consequently, present healthy eating habits. It was also found that the presence of the nutritionist is still insufficient front of the existing epidemiological and social demand. Given this context, it is appropriate to insert in NASFs Nutritionist and prioritization of municipal managers for actions aimed at ensuring the Human Right to Adequate Food (HRAF).

Keywords: Nutritionist. Health promotion. Primary healthcare. Nutritional transition. Family health.

EL NUTRICIONISTA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA: IMPORTANCIA DE SU ACTUACIÓN EN EL NÚCLEO DE APOYO A LA SALUD DE LA FAMILIA

Resumen

El Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) fue creado en 2008 para mejorar la calidad de la Atención Primaria de Salud (APS) a través de equipos de profesionales de diferentes áreas del conocimiento, como el nutricionista. Ante esta perspectiva, este estudio tuvo como objetivo destacar la importancia de integrar el nutricionista en el NASF. Esta es una revisión de la literatura narrativa. La búsqueda bibliográfica se realizó por medio de la base de datos SciELO, LILACS y MEDLINE, además de sitios institucionales. La investigación reveló que, en el contexto de la APS, la nutricionista promoverá y facilitará el acceso de las personas al conocimiento sobre el cuidado de una vida saludable, permitiendo la adquisición de habilidades, capacidades y autonomía para gestionar su propia salud y, en consecuencia, presentar hábitos alimenticios saludables. Se verificó también que la presencia del nutricionista

es todavía insuficiente frente a la demanda epidemiológica y social existente. En este contexto, es oportuno incorporar al nutricionista en el NASFs y la priorización de los gestores municipales para las acciones destinadas a garantizar el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA).

Palabras-clave: Nutricionista. Promoción de la salud. Atención primaria de salud. Transición nutricional. Salud de la familia.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, na década de 1990, com o objetivo de modificar a assistência desigual à saúde da população brasileira, visando substituir o modelo tradicional centrado na figura do médico para um novo modelo de integração interdisciplinar, com a intenção de reorganizar a prática da atenção à saúde.¹

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), com o intuito de promover a reorganização das ações da Atenção Básica à Saúde (ABS) no país.² Ainda com a finalidade de melhorar este nível de atenção, por meio do fortalecimento do PSF, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, para melhorar a qualidade da ABS por intermédio de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre eles o nutricionista, contribuindo principalmente para a promoção de práticas alimentares saudáveis.³

O NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada e ainda hegemônica do cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS.⁴ Assumindo que proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida, ou seja, ampliar a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar dos indivíduos.^{5,6}

Alguns determinantes das condições de saúde da população brasileira merecem destaque na discussão do papel do nutricionista no contexto da ABS: a acelerada transição demográfica, epidemiológica e nutricional e as iniquidades sociais que podem ocasionar uma situação de insegurança alimentar e nutricional.

Para garantir o desenvolvimento de ações com vistas a modificar/amenizar esses determinantes das condições de saúde vivenciadas pela população na atualidade, o nutricionista se apresenta como um profissional imprescindível para a realização de tais

práticas, pois, por meio da atuação deste, serão desenvolvidas diversas atividades que contribuirão para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e para a promoção da saúde.

No NASF, o nutricionista é um dos profissionais que compõem a equipe, cabendo a ele desenvolver ações de promoção de práticas que visem a ampliação da qualidade dos planos de intervenção, em especial de doenças e agravos não transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação, evidenciando que a promoção de práticas alimentares saudáveis é um item importante em todas as fases da vida. Para o profissional nutricionista, o NASF é um novo campo de atuação e uma oportunidade para demonstrar a sua importância no trabalho da ABS, dirimindo dúvidas e desconfiças com relação aos benefícios à saúde que podem ser obtidos por meio de boas práticas alimentares, socializando o conhecimento sobre os alimentos e realizando ações que promovam a segurança alimentar e nutricional, tornando-se essencial à população.⁴

No entanto, nota-se, atualmente, que os hospitais ainda são os que contam mais regularmente com o trabalho do nutricionista, quando comparados à rede básica de saúde, onde a inserção ainda incipiente. Percebe-se que 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 e estrutural na política de saúde.⁷

Em um estudo realizado no município de São Paulo, verificou-se que a cidade apresenta um menor número de nutricionistas, quando comparado à recomendação do Conselho Federal de Nutricionistas, e em apenas 57,3% dos NASFs do município havia a presença deste profissional, acompanhando, em média, 7,1 equipes de Saúde da Família. Pode-se concluir que ainda se observa a transição de um modelo de assistência primária centrado no atendimento individual para um que prioriza o atendimento em grupo.¹

Diante do enunciado, o presente estudo objetivou evidenciar, por meio de uma revisão de literatura, a importância da inserção do nutricionista no NASF.

METODOLOGIA

O presente estudo resultou de uma revisão de literatura narrativa⁸ que buscou demonstrar a importância da inserção do nutricionista na ABS, destacando a importância da inserção deste profissional no NASF.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio das bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE, bem como buscas em *sites* institucionais como o do Ministério da Saúde,

o do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, o do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), entre outros.

Para este levantamento de dados foram utilizadas estas palavras-chave: Atenção Básica; Transição Nutricional; Promoção da Saúde; Nutricionista na Atenção Básica; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Segurança Alimentar e Nutricional; Direito Humano à Alimentação Adequada.

PROPÓSITOS E LÓGICA DE FUNCIONAMENTO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes do PSF. Com esse propósito, o Ministério da Saúde criou o NASF, por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.³ Seus objetivos são apoiar as equipes do PSF na efetivação da rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade.^{5,9-11}

A proposta do NASF visa superar a lógica da assistência curativa, tendo na clínica ampliada o princípio norteador de suas ações, propondo não apenas a redução dos usuários a um recorte diagnóstico por diversas áreas profissionais, mas sim a transformação da clínica numa ferramenta para que os profissionais e gestores dos serviços de saúde possam enxergar e atuar para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Ampliar a clínica significa exatamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários.^{3,4,12}

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a clínica ampliada ajuda trabalhadores e usuários dos serviços de saúde a lidarem com a complexidade dos sujeitos e dos problemas de saúde da atualidade, o que significa que os ajuda a trabalhar em equipe, reconhecendo a interdependência do trabalho em saúde.¹³

Outra ferramenta utilizada com esse fim é o apoio matricial, também conhecido como matriciamento, que pode ser definido como um arranjo tecno-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes do PSF, alterando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização territorial, buscando maior resolubilidade em saúde, com o objetivo de assegurar, de uma forma dinâmica e interativa, retaguarda especializada às equipes.^{4,14}

O matriciamento apresenta duas dimensões: a assistencial, relacionada ao cuidado direto aos indivíduos, e a técnico-pedagógica, que diz respeito ao suporte para

as equipes, com vistas à ampliação das possibilidades de intervenção, propiciada por um novo olhar e um novo saber que se estabelecem durante as discussões dos casos e os atendimentos compartilhados.^{4,14}

Por se tratar de um processo ainda em construção, a implantação do NASF implica a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião, planejamento e discussão de casos, para a definição de projetos terapêuticos compartilhados por toda a equipe, de forma validada e significativamente reconhecida sob o ponto de vista dos gestores, na forma de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e Projetos de Saúde no Território (PST).^{4,10}

Os PTS designam o movimento de coprodução e cogestão do cuidado, em busca de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para sujeitos individuais ou coletivos, que se processa em quatro momentos não estanques: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.¹² Tal projeto deve ser constituído especialmente nas reuniões de equipe, a partir da discussão dos casos, enfocando os determinantes do processo saúde-doença específicos no território local.¹⁰

Os PST são uma estratégia para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde do território e outros setores e políticas, visando impacto na produção da saúde territorial, que tenham por foco investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.^{4,10}

Para que essas ferramentas sejam realmente desenvolvidas, o NASF deve ser constituído por uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros, eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios onde se encontram os serviços de saúde. Deve ser considerado como “retaguarda” das equipes do PSF, por atuar em conjunto com esses profissionais, compartilhando saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território.^{4,10}

O NASF é classificado em três modalidades distintas (NASF 01, NASF 02 ou NASF 03), ficando vetada a implantação de mais de uma modalidade no mesmo município. Assim, o NASF 01³ pode ser composto por no mínimo cinco profissionais de diferentes categorias, podendo estes serem alocados de acordo com a necessidade do município. Já as modalidades NASF 02³ e NASF 03¹⁵ podem ser compostas por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, sendo que o NASF 02 é permitido apenas para municípios com menos de cem mil habitantes ou que tenham densidade populacional abaixo

de dez habitantes por quilômetro quadrado.³ Já o NASF 03 deve ser implantado apenas em municípios com porte populacional menor que 20.000 habitantes.¹⁵

A atuação dos NASFs está dividida em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.^{3,4}

Diante do exposto, pode-se afirmar que as ações a serem desenvolvidas pelo NASF visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado aos usuários do SUS, e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto meramente numérico. O principal desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolubilidade na Atenção Básica e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas em detrimento das qualitativas.¹⁰

Para superar esse desafio, é preciso atuar de forma multidisciplinar, promovendo o apoio e a incorporação qualificada dos profissionais. Com este intuito, o nutricionista deverá promover e facilitar o acesso de pessoas, famílias e comunidades aos conhecimentos sobre os cuidados para uma vida saudável, possibilitando a elas a apropriação de tais conhecimentos e a aquisição de capacidades, habilidades e autonomia para gerirem sua própria saúde e, conseqüentemente, apresentarem hábitos alimentares saudáveis.¹⁶

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Atualmente, um dos principais desafios para a gestão das políticas públicas de saúde é equacionar no planejamento das ações e serviços de saúde as mudanças decorrentes da transição demográfica, epidemiológica e nutricional e das desigualdades sociais. A transição epidemiológica é caracterizada pelo processo de modificação nos padrões de morbimortalidade da população e também pela substituição das doenças infectocontagiosas por DCNT e causas externas, além de ter ocorrido um aumento da morbidade e uma redução da mortalidade.¹⁷⁻¹⁹

A transição demográfica é marcada pelo ritmo de crescimento populacional provocado por um declínio das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, apresentando como resultado mudanças na estrutura etária populacional, indicando um maior envelhecimento da população. Já a transição epidemiológica é caracterizada por mudanças nos padrões de morbimortalidade relacionados principalmente à redução da mortalidade

precoce, aumento da expectativa de vida ao nascer e aumento nas taxas de morbimortalidade por DCNT. O conceito de transição nutricional, que se configura dentro do modelo de transição epidemiológica, refere-se a mudanças nos padrões de nutrição, devido às alterações do hábito alimentar e no estilo de vida da população. Assim, nota-se, hoje, um país com um maior número de idosos e que passa por um processo intenso de urbanização e mudanças socioculturais, fatores que levam a uma acumulação de DCNTs associadas às doenças infecto-parasitárias e carenciais.²⁰

A transição nutricional no Brasil se apresenta com uma dupla carga da má nutrição, pela qual convivem a desnutrição e o excesso de peso, que exige novas explicações e intervenções da ação política em alimentação e nutrição. Verifica-se no país uma elevação do excesso de peso, que hoje atinge cerca de 50% da população adulta, ao passo que a desnutrição, embora tenha declinado nos últimos anos, ainda é presente.²¹

Comparando quatro inquéritos — Estudo Nacional de Despesa Familiar — ENDEF de 1974–1975; Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989; Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002–2003 e 2008–2009, verifica-se que os índices de excesso de peso quase triplicaram entre os homens, passando de 18,5% em 1974–75, para 50,1% em 2008–2009; já entre as mulheres, este aumento foi menor, mas também significativo, passando de 28,7 para 48%. Em relação à obesidade, houve um crescimento de mais de quatro vezes entre os homens, de 2,8 para 12,4%, e mais de duas vezes entre as mulheres, de 8 para 16,9%.²²

Com relação à prevalência de obesidade segundo a renda, verifica-se que, com o aumento da renda, ocorre um aumento do número de homens obesos; em contrapartida, entre as mulheres esse crescimento é maior nas classes de menor renda *per capita*.¹⁸

Sendo assim, “garantir condições adequadas de nutrição e de saúde significa, além de tratar questões econômicas e sociais, incluir as populações historicamente negligenciadas nas políticas públicas e ir ao encontro de seus valores e tradições, reduzindo desigualdades”.²¹

Apesar do preocupante aumento do excesso de peso e obesidade, ainda são observados quadros de fome e desnutrição, decorrentes das desigualdades sociais que ainda permeiam a população brasileira. Com o intuito de melhorar esta incoerência, o Governo Federal criou diversos programas de segurança alimentar e nutricional, dentre os quais merece destaque o Fome Zero, programa dividido em quatro eixos que se articulam: acesso à alimentação; geração de renda; fortalecimento da agricultura familiar e articulação, mobilização e controle social. No eixo que trata do acesso à

alimentação, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é assegurado por meio de programas de alimentação e nutrição, de incentivos fiscais, de redução de tributos e de programas de transferência condicionada de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF). Embora a remessa condicionada a renda seja apenas um dos pontos de articulação do PBF, ressalta-se que as famílias beneficiárias e o poder público assumem o compromisso com o cumprimento das condicionalidades, visando ampliar o acesso dos beneficiários aos seus direitos sociais básicos.^{23,24}

Faz-se necessário acrescentar a discussão sobre a temática das necessidades alimentares especiais que atingem milhares de brasileiros, sejam estas necessidades oriundas de deficiências congênitas ou por fatores como o adoecimento e a má nutrição. Netas situações tem-se a alimentação como o principal tratamento, e as injustiças sociais podem dificultar o acesso destes indivíduos ao tratamento adequado, agravando o seu estado de saúde. A disponibilidade e o acesso aos alimentos saudáveis na perspectiva intersetorial, com vistas à garantia do DHAA, devem ser promovidos visando à transformação do modelo de produção, comercialização e consumo de alimentos, tomando como base as práticas ambiental, cultural, econômica e social.²¹

Diante destas discussões é imprescindível destacar o primeiro documento que traz o enfoque da alimentação e nutrição no cenário brasileiro, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN),²⁵ que se constitui como elo potencial entre o SUS e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), instituído partir da consolidação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (LOSAN) – nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.²⁶ A PNAN foi publicada no ano de 1999 e delinea um modelo de SAN fundamentado no direito humano à alimentação, destacando a alimentação e a nutrição como requisitos para a promoção e proteção da saúde.²⁵

A PNAN tem como objetivos principais: a garantia da qualidade dos alimentos; a promoção de práticas alimentares saudáveis; a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais; e o estímulo às ações que propiciem o acesso universal aos alimentos. Esta política tem como base conceitual sete diretrizes que fundamentam a elaboração e implantação dos programas e projetos em alimentação e nutrição do setor saúde e que têm por princípio o DHAA nas políticas públicas e busca articular as ações que compõem a SAN. As sete diretrizes são:

1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços nesse contexto;

3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação;
7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos^{4,25}

Tendo como base essas diretrizes, a PNAN sistematizou diversas ações, tais como as relacionadas ao combate às carências nutricionais (ferro, iodo e vitamina A), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a criação de uma rede de comunicação entre profissionais envolvidos com a PNAN e de documentos importantes, como o Guia Alimentar para a População Brasileira e a Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos (TACO). Também contribuiu para a avaliação de um programa de transferência de renda, o PBF, além de incentivar a alimentação saudável nas escolas.²⁷

O SISVAN é um sistema que, apesar de existente desde 1976, adquiriu uma abrangência nacional a partir de 1990, partindo para o monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar da população. Com a PNAN, sua implantação se intensificou, sendo realizado no ambiente do SUS. Este sistema visa permitir a formulação de políticas públicas, o planejamento, o acompanhamento e a avaliação de programas sociais relacionados à alimentação e à nutrição. Por intermédio do SISVAN é possível estabelecer indicadores de saúde em nível nacional, como prevalência de déficit ou excesso de peso em diferentes faixas etárias, ocorrência de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e câncer, duração do aleitamento materno exclusivo, além da avaliação da situação de insegurança alimentar familiar.²⁸

Toda política, durante o seu processo de implantação, revela seu verdadeiro significado e com a PNAN não foi diferente. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde acerca do desempenho da PNAN demonstrou seu papel de referência regulatória, política, técnica e ética para os profissionais de nutrição que trabalham na área da Saúde Coletiva. São considerados méritos: a configuração e o desenvolvimento da vigilância alimentar e nutricional, a produção regular de informações sobre estado nutricional, por meio de pesquisas de base populacional, a construção da agenda de promoção da alimentação saudável e a capacitação de recursos humanos. Permanecem desafios importantes a institucionalidade da área, a organização do processo de trabalho, o financiamento e o controle social.²⁹

Ao completar dez anos de sua publicação, a PNAN apresenta uma singular trajetória de avanços e tem à frente importantes desafios nos âmbitos intra e intersetorial. No que se refere aos avanços, cabe destacar:^{29,30}

- a) Fortalecimento da rede de alimentação e nutrição;
- b) Financiamento das ações nos Estados e municípios brasileiros;
- c) Implementação do SISVAN em todo o território nacional;
- d) Publicação de diretrizes oficiais para a promoção da alimentação saudável por meio do Guia Alimentar para a População Brasileira;
- e) Efetivação dos programas de suplementação de micronutrientes, ferro e vitamina A e a erradicação do bócio endêmico;
- f) Publicação, reprodução e distribuição de diversos materiais técnicos e orientadores sobre as diversas temáticas da área de alimentação e nutrição.

O conjunto de desafios configura-se principalmente pela qualificação da gestão das ações de alimentação e nutrição, fortalecimento das estratégias de implantação da nutrição na Atenção Básica e nos demais níveis de atenção à saúde, delineamento de ações destinadas a populações específicas (indígenas e outros povos e comunidades tradicionais), reconhecimento e valorização da cultura alimentar, ampliação da discussão relativa à temática de nutrição, ambiente e desenvolvimento e aproximação com as instâncias de controle social da saúde e da nutrição.^{29,30}

Diante dos avanços e desafios presentes nas ações de alimentação e nutrição enumeradas anteriormente, por meio da análise da PNAN, é pertinente a compreensão de que o conceito de DHAA está fortemente relacionado ao conceito de SAN, sendo que o direito à alimentação é parte dos direitos fundamentais da humanidade definidos por um pacto mundial do qual o Brasil é signatário. Esses direitos referem-se a um conjunto de condições necessárias e essenciais para que todos os seres humanos, de forma igualitária e sem nenhum tipo de discriminação, existam, desenvolvam suas capacidades e participem plenamente e dignamente da vida em sociedade, devendo o poder público adotar políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a SAN da população.^{19,25}

Com a finalidade de contribuir para a SAN, consolidou-se, em 2006, a LOSAN. Por meio desta lei foi instituído o SISAN, que tem como objetivos: “(1) a formulação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) nas diferentes esferas de governo; e (2) a inclusão de princípios e diretrizes de segurança alimentar e nutricional nas políticas referentes às áreas abrangidas pela definição de SAN adotada no Brasil”. Na área

da saúde, a LOSAN explicita, em seu artigo 6º, que a SAN abrange “a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situações de vulnerabilidade social”.²⁶

Outro aspecto a ser abordado é a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), também publicada em 2006, que tem a promoção da alimentação saudável como um dos principais eixos e é orientada pelas diretrizes da PNAN e voltada a reforçar a sua implementação. As ações de promoção da alimentação saudável apontadas pela PNPS são vistas como uma estratégia de produção de saúde e estão focadas na Atenção Básica, têm como um de seus lócus a escola, trabalham na perspectiva da cultura alimentar e buscam a construção intersetorial, visando o alcance da SAN e a concretização do DHAA.⁵

Quando se fala em DHAA é fundamental ressaltar a Emenda Constitucional nº 64, publicada em 4 de fevereiro de 2010, que altera o artigo 6º da Constituição Federal de 1988, para introduzir a alimentação como direito social:³² “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.³²

A garantia deste direito na constituição expressa o fortalecimento das políticas públicas de SAN em andamento e assegura que não haja atraso em sua continuidade, além de incentivar o debate com a sociedade brasileira sobre os nossos direitos sociais e a forma de reivindicá-los na prática.

Em 2008, foram criados os NASFs para ampliar a resolutividade da Atenção Básica.³ Diante da iminência de implantação, esta política tem se conformado como um dispositivo potencializador da integralidade do cuidado, intervindo na cultura dos encaminhamentos desnecessários e na articulação com os outros níveis de atenção, além de contribuir para a discussão acerca da formação dos profissionais e de estimular a reflexão junto aos gestores sobre a construção dos indicadores de saúde, vinculados, até então, exclusivamente ao número de atendimentos.²

Com o intuito de qualificar as práticas a serem desenvolvidas, o NASF propõe algumas áreas estratégicas de ação, entre elas a de Alimentação e Nutrição.⁴ Com a finalidade de conhecer o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição nos NASFs, a Rede de Nutrição do SUS (RedeNutri) iniciou, em 2010, um ciclo de discussões acerca desta temática. Notou-se que, embora aproximadamente 70% dos NASFs implantados tenham um nutricionista na equipe, vários municípios indicam que o profissional está assumindo,

preponderantemente, ações de atendimento individual e muitos estão atuando em mais de um local de trabalho. Situações assim possivelmente ocorrem devido à pressão de uma demanda reprimida à atenção nutricional, pois, em muitos locais, trata-se de iniciar um atendimento até então inexistente. Por outro lado, há dificuldades para colocar em prática o papel original do Núcleo e para a atuação interdisciplinar, entre outros fatores.³³

Apesar deste direcionamento das ações de alimentação e nutrição desde 2009, foi elaborada a Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, com a finalidade de sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrar a Atenção Básica, que tem como foco a intersectorialidade e a transversalidade da nutrição. São direcionadas ações de dimensão individual, coletiva e comunitária e abordagens por níveis de intervenção: gestão das ações e cuidado nutricional, este último abrangendo diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento/cuidado/assistência. Além das ações específicas de alimentação e nutrição voltadas a cada fase do curso da vida, há conteúdos de direitos humanos e de organização e gestão do SUS.⁴ A incorporação progressiva e organizada das ações resultará em impacto positivo nos indicadores de nutrição, saúde e de SAN.²¹

Nesse sentido, acredita-se que a realização das ações de nutrição na ABS, como oferta de serviços em todas as unidades básicas de saúde e junto ao PSF, garantirá o desenvolvimento de ações que visem a promoção da alimentação saudável e a efetividade da vigilância alimentar e nutricional para consecução do DHAA e saudável.²¹

A existência de recursos humanos capacitados é um dos aspectos essenciais para que as políticas públicas se efetivem, logo, se faz necessária uma análise. No Brasil, há, pelo menos, 312 instituições formadoras de nutricionistas para 190 milhões de pessoas.³⁴ Também é importante considerar a formação do profissional nutricionista, visto que as Diretrizes Curriculares Nacionais apontam para uma “formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e a atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais”.³⁵

Nesta perspectiva, o nutricionista se apresenta como o profissional apto para o desenvolvimento das práticas de alimentação e nutrição, tendo em vista a colaboração para a promoção da saúde da população.

Desse modo, se faz necessária a incorporação deste profissional na equipe do NASF. Vale reafirmar que, com essa escolha, a comunidade local é beneficiada por um

profissional habilitado para apoiar a realização de ações educativas sobre a alimentação e a nutrição. Entre tais ações encontra-se a coordenação do diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional, o estímulo à produção e ao consumo de alimentos saudáveis produzidos regionalmente e o cuidado efetivo para doenças relacionadas à alimentação e à nutrição. Entretanto, nestes Núcleos, o nutricionista não lida apenas com questões alimentares, seu trabalho também deve incentivar a produção agrícola local, o que levará à geração de renda e empregos na região.³⁶

Diante destas enunciações, tornar-se pertinente ressaltar que, para atuar na Atenção Básica, é fundamental que o profissional nutricionista tenha uma formação voltada para as questões sociais, com capacidade de melhor compreensão dos problemas locais, já que, além de ser um especialista em alimentação humana, ele precisa de conhecimentos sobre ciências humanas, sociais e políticas para conhecer a real necessidade das comunidades assistidas.

A cobertura dos serviços de alimentação e Nutrição na Atenção Básica e a inserção do nutricionista no SUS ainda são insuficientes diante da demanda epidemiológica e social existente. O avanço na incorporação da Nutrição nos NASFs corresponderá apropriadamente à mudança do perfil nutricional, promovendo mais saúde e, conseqüentemente, impacto positivo na SAN e no DHAA.

Tendo em vista os benefícios da atuação do nutricionista na comunidade, os municípios precisam estar conscientes da necessidade de este profissional integrar as equipes dos NASFs, já que “a sustentação desta necessidade não é corporativista, pois o que mais justifica a defesa da decisão é o zelo pela saúde da população brasileira”.³⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição nutricional representa, no campo da Saúde Coletiva, modificações no perfil de morbimortalidade, devido às modificações dos hábitos alimentares, o que ocasiona o aumento da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis. O que se observa é que as ações do setor saúde ainda não apresentam respaldo suficiente para responder aos desafios consequentes dessas alterações do quadro epidemiológico.

A situação nutricional atual exige a prática dos princípios da integralidade, equidade e universalidade na assistência à saúde, dando importância a ações que acompanhem a evolução nutricional da população e intervenham na possibilidade de se adotar um estilo de vida mais saudável, aspectos de fundamental importância para se efetivar as políticas públicas de SAN, transformando em realidade o DHAA.

Os NASFs são campos de atuação fundamentais para garantir a SAN no Brasil. A promoção, a prevenção e o tratamento dos agravos da saúde estão visivelmente relacionados com a alimentação da população, seja diretamente ou indiretamente, ressaltando a importância da inserção do nutricionista na Atenção Básica.

Para que as ações de Alimentação e Nutrição sejam realmente desenvolvidas é necessário que o nutricionista seja inserido na equipe multiprofissional do NASF. Tal profissional deve ter uma formação voltada para as questões sociais e humanas, uma vez que está trabalhando com seres humanos, e não apenas com corpos fisiológicos.

Diante desta perspectiva, é imprescindível que os gestores municipais se conscientizem da real importância do nutricionista na Atenção Básica, visto que a cobertura do serviço ainda é insuficiente diante demanda epidemiológica vigente.

Pelo fato de o NASF ser uma política nova, é indispensável que sejam feitos mais estudos para verificar como estão sendo desenvolvidas as ações de alimentação e nutrição e se estão de acordo com o propósito desta política. Ademais, o profissional do NASF tem que desenvolver suas atividades em diversas equipes de PSF, o que gera algumas indagações: será que com toda esta demanda é possível criar um elo de confiança com o usuário? Será que é possível realmente ter o apoio matricial? Será que a integralidade é alcançada? Enfim, é necessário procurar a resposta para estas perguntas, pois, a partir disso, o poder público poderá buscar alternativas para solucionar os possíveis obstáculos da real ação desta política.

REFERÊNCIAS

1. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3289-300.
2. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2076-84.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 154, 24 de janeiro de 2008. Trata dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica à Saúde. Diretrizes do NASF. Brasília; 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

6. Campos MO, Rodrigues Neto JFR. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2008;32(2):232-40.
7. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Suppl 1):797-804.
8. Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir*. 2007;34(6):428-31.
9. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov*. 2010;23(2):323-30.
10. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(1):92-96.
11. Mattos PF, Neves AS. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. *Revista Práxis*. 2009;1(2):11-5.
12. Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
14. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Modalidade 3 – NASF 3. Brasília; 2010.
16. Brasil. Livro de Atenção Básica à saúde. O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde. Brasília; 2008.
17. Kac G, Velásquez-Meléndez G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl.1):4-5.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar da população Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília. Ministério da Saúde; 2006.
19. Vasconcelos VL, Lapa TM, Carvalho EF. Prevalence of Overweight and Obesity in Male Adolescents from Five Regions of Brazil, 1980-2000. *Enferm*. 2006;10(3):417-24.

20. Oliveira, RC. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. *Rev Min Saúde Pública*. 2004;3(5):16-23.
21. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN). Documento base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS, 2010. Extraído de [http://nutricao.saude.gov.br/docs/geral/documentobase_semi_estadual.pdf], acesso em [09 de fevereiro de 2011].
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. Extraído de [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf], acesso em [05 de novembro de 2010].
23. Brasil. Segurança Alimentar e Fome No Brasil – 10 Anos da Cúpula Mundial de alimentação. 2006. Extraído de: [<http://www.ufrj.br/cpda/ceresan/docs/relatoriotecnico2.pdf>], acesso em [09 de fevereiro de 2011].
24. Ramos CI, Cuervo MRM. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2159-68.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 710, de 10 de junho de 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília; 1999.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 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. Brasília; 2006.
27. Vieira VL, Gregório MJ, Cervato-Mancuso AM, Graça APSR. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. *Saúde Soc*. 2013;29(2):603-17.
28. Brasil. Decreto n.º 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei n.º 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e dá outras providências. Brasília; 2010.
29. Brasil. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. PNAN 3 tempos: uma análise do processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição [relatório de pesquisa]. Brasília: Ministério da Saúde/Opas; 2009.
30. Recine E, Vasconcellos AB. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):73-9.

31. Brasil. Emenda Constitucional n.º 64, de fevereiro de 2010. Brasília; 2010.
32. Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde (RedeNutri). Como estão sendo realizadas as ações de alimentação e nutrição nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família? Extraído em [http://189.28.128.100/nutricao/docs/redenutri/sistematizacao_nasf5.pdf], acesso em [29 de agosto de 2013].
33. Brasil. Ministério da Educação. Instituições de ensino superior e cursos cadastrados: nutrição. Brasília; 2011.
34. Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n.º 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 nov. 2001, Seção 1, p. 39.
35. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Nutricionista na Atenção Básica. Jun 2008. Extraído de [http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/artigo_atencao.pdf], acesso em [10 de fevereiro de 2011].

Recebido em 24.10.2012 e aprovado em 18.2.2014.