

A importância e o papel do nutricionista na Atenção Básica em Vitória de Santo Antão / PE.

The importance and role of the dietitian in primary health care in Vitoria de Santo Antão, Pernambuco, Brazil.

La importancia y el papel del nutricionista en la atención primaria en Vitoria de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

Karla Adriana Oliveira da Costa¹
Paulo Roberto de Santana²

RESUMO

O Brasil está vivenciando diversas mudanças, dentre as quais as de natureza populacional, epidemiológica e nutricional, sendo a última caracterizada pelo declínio da desnutrição e o aumento do sobrepeso / obesidade e da hipertensão e diabetes. Sendo a alimentação/nutrição um fator de proteção ou de risco para o desenvolvimento de tais condições, considera-se que a inserção de ações de alimentação e nutrição na atenção básica, poderá ter um importante impacto. O estudo objetivou verificar a importância e o papel do Nutricionista na Atenção Básica. A pesquisa respondeu a uma abordagem quanti-qualitativa. Neste artigo, apresenta-se a utilização das técnicas da Hermenêutica Dialética e o Discurso do Sujeito Coletivo

1. Estudante do Curso de Nutrição – CAV – UFPE.
karlinhakaoc@hotmail.com

2. Docente Adjunto II do Núcleo de Nutrição – CAV – UFPE. paulordsantana@hotmail.com.

(DSC) dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Vitória de Santo Antão - PE, 2010/2011, analisou a importância e o papel do nutricionista na atenção primária à saúde. O DSC possibilitou concluir que o profissional de nutrição é o mais adequado para o enfrentamento deste cenário adverso, devendo as ações de nutrição/alimentação serem desenvolvidas pelo conjunto dos trabalhadores de saúde. Os entrevistados reafirmaram a necessidade do nutricionista como parte integrante da ESF, a partir do núcleo da equipe mínima, sem prejuízos para sua inserção no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). É premente organizar e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da Atenção Primária, visto que a atual inserção do nutricionista está longe do necessário para lidar com a realidade epidemiológica brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: atenção básica em saúde, nutricionista; serviços de saúde, ações de alimentação e nutrição.

ABSTRACT

Brazil is experiencing many changes, among which those belonging to the population, epidemiological and nutritional realms, the latter being characterized by the decline of malnutrition and the increase of overweight / obesity as well as hypertension and diabetes. As food / nutrition is at the same time a protective and a risk factor for the development of such conditions, it is considered that the inclusion of the dietitian in primary health care (PHC) may have an important impact. The study aimed to determine the importance and role of the dietitian in PHC. This was a quantitative and qualitative research. In this article we present the use of techniques of Dialectical Hermeneutics and the Collective Subject Discourse (CSD) of the health professionals working at the Family Health Strategy (FHS) in Vitoria de Santo Antão, Pernambuco, Brazil, in 2010 and 2011, we examined the importance and role of the dietitian in PHC. The CSD allowed us to conclude that the dietitian professional is the most adequate health professional to cope with this adverse scenario, and the actions of nutrition / diet must be developed by all health workers. Respondents stressed the need of a dietitian as part of the FHS within the nuclear health team without any incompatibility with his/her work at the Family Health Support Nucleus. It is urgent to organize the nutritional care (with quality) since the current insertion of the dietitian is far from satisfactory to deal with the epidemiological reality in Brazil.

KEY-WORDS: primary health care, dietitian; health services; food and nutrition actions.

RESUMEN

Brasil está experimentando muchos cambios, entre ellos los de naturaleza poblacional, epidemiológica y nutricional, siendo este último caracterizado por la disminución de la desnutrición y el aumento de sobrepeso/obesidad así como de la hipertensión y la diabetes. Siendo la alimentación y la nutrición, al mismo tiempo factor protector y de riesgo para el desarrollo de tales condiciones, se considera que la inclusión del nutricionista en la atención primaria en salud (APS) puede tener un impacto importante. El objetivo del estudio fue determinar la importancia y el papel del nutricionista en la APS. Fue realizada una investigación cuali-cuantitativa. En este artículo, se muestra el uso de técnicas de la hermenéutica dialéctica y el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) de los profesionales actuando en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en Vitoria de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, entre 2010 y 2011, se examinó la importancia y el papel del nutricionista en la APS. A partir del análisis del perfil epidemiológico se constata la importancia de las enfermedades crónico-degenerativas en consonancia con la transición nutricional. El DSC nos permitió concluir que el profesional de la nutrición es el más adecuado para hacer frente a este escenario adverso, y las acciones de la nutrición / alimentación deben ser desarrolladas por todos los trabajadores de la salud. Los entrevistados destacaron la necesidad de un especialista en nutrición como parte de la ESF, actuando en el equipo nuclear, sin el mínimo perjuicio para su inserción en el Núcleo de Apoyo a Salud de la Familia (NASF). Es urgente organizar y darle calidad a la atención nutricional en la APS, ya que la actual inserción del nutricionista está lejos

de lo necesario para hacer frente a la realidad epidemiológica en Brasil.

Palabras clave: atención primaria en salud, nutricionista, servicios de salud, acciones de alimentación y nutrición.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Básica recebeu novo impulso a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual descreveu a Atenção Primária em Saúde como uma estratégia para promoção de saúde e prevenção de doenças¹. A Rede Básica fortaleceu-se a partir de uma política reformadora, sendo a intervenção executada no momento mais simples da patologia, evitando dessa forma ações de alta complexidade².

A atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde. Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão³.

O modo tradicional de enfrentamento dos problemas de saúde de forma setorial tem-se mostrado inadequado à maneira com que os problemas se apresentam. Faz-se necessário integrar as ações, agir de forma intersetorial e transdisciplinar, visto que o ser humano prescinde de várias dimensões, tais como a social, ambiental, econômica, cultural, nutricional, entre outras, pois o cotidiano dos indivíduos ocorre de forma conjunta, não

sendo possível fragmentá-lo⁴.

SUS e Princípios

No final da década de 1980, a construção de uma nova Constituição, foi muito oportuna para o movimento sanitário, no sentido de que este tenha influenciado os constituintes a incorporar na nova Carta Magna o sentimento dos participantes do VIII Conferência Nacional de Saúde, garantindo um texto moderno, em que o conceito de saúde é contemplado de forma ampla. Exemplo disso é o que se apresenta no exposto no artigo 196, quando afirma que: *“Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”*⁵.

O conceito de saúde, antes centrado no médico/hospital/medicamento/equipamento, passa a focar outras dimensões, tais como a melhoria da qualidade de vida, o ambiente, as relações de trabalho, a integralidade, a equidade e a universalidade. Com essa nova concepção surge também a necessidade de um aparato suficiente para sua concretização⁶.

Seria necessário não apenas a criação de um novo sistema de saúde, mas um sistema de saúde que, além de estruturado, fosse capaz de colocar na prática o novo conceito de saúde abordado pela constituição de 1988. Nesse sentido, para a concretização do Sistema Único de Saúde então criado em 1988, foram estabelecidas a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A primeira, que consolida o SUS, estabelece entre seus princípios e diretrizes

norteadoras^{7,8}: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência, como conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, enfatizando a municipalização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. A segunda instituía também a participação da comunidade, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde pelas Conferências e Conselhos de Saúde.

A integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade vão além dos princípios da Atenção Básica, são palavras que geram o questionamento acerca do sistema de saúde. A primeira busca identificar o indivíduo de maneira holística, em todas as suas dimensões: social, cultural, histórica e familiar, considerando o meio em que ele está inserido. Em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde. Integrar inclui ações preventivas, promocionais e assistenciais; profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial⁹.

A segunda, a interdisciplinaridade, remonta à idéia de desfragmentar, ou seja, procura estabelecer a unidade dos conhecimentos, é a passagem de um trabalho individual para torna-se um exercício coletivo, no intuito de fortalecer a assistência à saúde. Extrapola a mera agregação dos seus campos de origem, visando à associação dialética entre dimensões polares como teoria e prática, ação e reflexão, conteúdo e processo. A integração entre diferentes áreas e a abordagem de problemas de formas diversas demanda mudanças individuais, institucionais e ações intersetoriais. Autores afirmam que sua construção ultrapassa a mera renovação de estratégias educativas, necessitando ser consolidada pela reestruturação acadêmica e institucional via o compromisso com as necessidades sociais de saúde¹⁰.

E por fim, a intersetorialidade está associada à ideia de junção das políticas públicas, econômicas, sociais e ambientais, com o objetivo de procurar soluções de forma conjunta, pois a natureza dos problemas é de ordem complexa como afirmam vários autores. A intersetorialidade é uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretendem possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. A construção da intersetorialidade como um novo arranjo para intervenção tem o potencial de se converter em uma estratégia democratizadora, que possibilita a abertura de novos espaços de participação, a constituição de novos sujeitos, o empoderamento e a inclusão de novos atores sociais no processo de decisão política e de gestão dos espaços públicos¹¹.

Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Buscando responder aos princípios e diretrizes do SUS, após a sua lei orgânica de 1990, foi criado inicialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que não respondeu aos desafios propostos. Dessa forma em 1994, no sentido de atender aos princípios elementares da atenção básica, foi criado Programa Saúde da Família (PSF). Em 1999 transformou-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF), reorganizadora da Atenção Básica. Atualmente ele não é mais visto como um Programa, pois é a porta de entrada da atenção aos serviços de saúde, compreendendo parte integrante da Política Nacional de Saúde. A ESF trabalha com as ferramentas da intersetorialidade e interdisciplinaridade. Porém, no que diz respeito ao trabalho interdisciplinar, podemos ressaltar que as necessidades das ações referentes à alimentação e nutrição nas intervenções, ainda não estão bem estabelecidas, pois o profissional cujas competências demandam essas ações, o nutricionista, não se encontra presente na equipe, ficando a integralidade da atenção ao indivíduo, comprometida. Pode-se dessa forma, questionar a equipe mínima ou nuclear formadora da ESF, principalmente no que se refere às ações de alimentação e nutrição¹².

Foram ressaltados quatro princípios básicos da ESF: (a) caráter substitutivo – alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde; (b) integralidade e hierarquização – adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de

saúde; (c) territorialização e adscrição da clientela – incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida; (d) equipe multiprofissional – composição realizada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde¹³.

São definidos alguns dos “conceitos que sustentam” a ideia da ESF, citando, entre outros, a saúde como direito de acesso a bens e serviços não apenas assistenciais, mas à promoção da saúde; à saúde para todos e à atenção primária à saúde; à ação da comunidade para a saúde; à *advocacy* em favor da saúde; aos ambientes saudáveis e de apoio à saúde; ao envolvimento social; à autoajuda; ao desenvolvimento sustentável, bem como à proposta de cidades saudáveis, logo, defendendo que, no esboço das responsabilidades das equipes da ESF, as ações intersetoriais sejam o disparador para a integração das políticas públicas setoriais, como forma de promover a saúde em seu conceito ampliado¹⁴.

A partir da portaria GM nº. 154 (Ministério da Saúde), de 24 de janeiro de 2008 outros profissionais puderam ser incorporados a essa equipe por meio dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Esses profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e se articular com vários atores sociais a fim de promover uma qualidade assistencial¹².

O Ministério da Saúde lançou a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual estabelece que os NASF podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. A

composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Os NASF devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes da ESF e / ou equipes de atenção básica para populações específicas que apóiam¹⁵.

Autores¹⁶ definem a Equipe de Referência como um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Nessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde – buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção.

A origem do NASF remete às demandas resultantes da realidade do trabalho das Equipes de Saúde da Família ao se depararem com sujeitos que apresentavam necessidades especiais na população de sua área de abrangência e a impossibilidade de atendimento dessa população. As ESF não possuem determinadas especialidades e sequer os agentes comunitários de saúde são profissionais da área da saúde, capacitados para lidar com tais demandas encontradas na comunidade¹⁷.

Transição nutricional

A transição nutricional, caracterizada pelo declínio da desnutrição e o aumento do sobrepeso e da obesidade. A primeira tendência

está mais associada ao aumento da escolaridade materna e à expansão da cobertura de serviços de saúde e de saneamento do que a variações no poder aquisitivo da população¹⁸.

A desnutrição está epidemiologicamente escalonada em graus de gravidade e cronicidade. A severidade em suas formas clássicas são o marasmo e o kwashiokor¹⁹. A desnutrição, também chamada subnutrição, ambas eufemismos da fome endêmica, é clássica tipificação de endemia²⁰. Por outro lado, o sobrepeso consiste em exceder um padrão baseado na altura e expressa-se no índice de massa corporal. Portanto, a obesidade consiste no aumento ponderal acima do ideal para a altura individual ou coletiva produzindo gordura excessiva, enquanto a altura reflete o crescimento somático como um todo¹⁹.

De um lado as deficiências nutricionais formariam agrupamentos de situações, como desnutrição energético-protéica, carências de sais minerais e hipovitaminoses. No pólo oposto, a associação de problemas relacionados com excessos alimentares e estilos de vida não saudáveis, como nos casos da obesidade, sobrepeso, dislipidemias e suas múltiplas complicações ou co-morbidades, entre as quais se sobressaem o diabetes mellitus e as doenças cardiovasculares²¹.

De forma simplificada, são representações de dois modelos bem distintos e até antagônicos, justificando a conduta de enfoques clínicos e epidemiológicos diferenciados. Entre os dois cenários (doenças carenciais, atingindo sobretudo as crianças, e as doenças crônicas não transmissíveis, predominando amplamente entre adultos e idosos) se delinea o itinerário da transição nutricional, um rápido processo

de mudanças nos perfis demográficos e de morbimortalidade bem evidenciado nos últimos cinquenta anos²¹.

No que se refere à atuação do nutricionista, a redução nas ações de alimentação e nutrição na rede de saúde, leva ao aumento na demanda desses problemas de caráter nutricionais. Assim, o número reduzido de nutricionistas que deveriam atuar dentro das unidades básicas de saúde de forma diária na rede, e a forma de atuação destes profissionais no NASF, no qual são priorizadas orientações à equipe básica da ESF e identificados os reais problemas de natureza nutricionais, são as principais justificativas para proceder estudos nos quais se verifique a importância e o papel do nutricionista na atenção básica, como profissional da equipe mínima desta estratégia do SUS.

Percurso metodológico

O papel e importância do nutricionista na Atenção Básica no município de Vitória de Santo Antão – Estado de Pernambuco na atualidade, visando à consolidação desse profissional. A cidade de Vitória de Santo Antão foi escolhida para a realização deste estudo devido ao porte do município, população de 129.974 habitantes, 24 equipes da ESF na área urbana, cobertura de 32.601 famílias, equivalendo a 25% dos indivíduos, garantindo maior complexidade à pesquisa; a existência de programas, projetos e ações de governo que indicam a articulação de diferentes áreas do conhecimento do município; a facilidade na obtenção das informações necessárias à realização deste estudo.

O universo do estudo foi constituído por

diferentes atores envolvidos na formulação e execução do PSF e NASF: médico, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, educador físico, fisioterapeuta e agente comunitário de saúde.

A escolha do tema estudado nos permitiu recolocar o diálogo entre o mundo teórico e prático sobre o papel e a importância do Nutricionista na Atenção Básica, no entorno de sua capacidade de promover as ações interdisciplinares, estabelecendo as inter-relações destas com as práticas das equipes.

Escolhemos as seguintes categorias analíticas: nutricionista na atenção básica; Inserção do nutricionista; Obstáculos na comunicação; Influência do nutricionista; Suficiência do nutricionista, como forma de extrair as expressões-chaves e ideias centrais deste estudo, buscando a construção dos dados mais adequados à leitura da realidade do papel e importância do nutricionista na Atenção Básica. A organização dessas categorias foi parte integrante de todo o processo de análise sobre o objeto. A descrição analítica dos contextos histórico, social, econômico e cultural do objeto e do universo da investigação apresentados por meio da revisão bibliográfica também assume igual importância adicionada à análise dos Discursos dos Sujeitos Coletivos (DSC).

Nessa direção, escolhemos combinar os métodos e técnicas de natureza qualitativa, que visam ampliar a compreensão que o pesquisador tem do fenômeno observado e é utilizada destacadamente nos estudos que envolvem pessoas, procurando resgatar o que pensam e o que entendem a respeito do tema investigado; e quantitativa; sabendo que essas duas abordagens são distintas e complementares. Isso permite ampliar as possibilidades de análise,

discussão e resultados dos objetivos do estudo que têm no campo da saúde processos próprios e abrangência específica, o que possibilita a triangulação de métodos e técnicas.

Para análise e interpretação dos dados, foram utilizadas as técnicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e a hermenêutica dialética. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em um procedimento metodológico que busca superar os impasses das pesquisas tradicionais de representação social, recuperando, na escala coletiva – a representatividade aos achados –, a natureza discursiva e argumentativa do pensamento²².

Para o entendimento mais direto e resumido sobre essa técnica, teríamos que o Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica que busca resolver os impasses que o pesquisador encontra quando deseja processar depoimentos em pesquisas qualitativas que usam questionários com perguntas abertas.

Na singularidade deste estudo, o DCS é utilizado para expressar a manifestação do pensamento de um sujeito coletivo na forma de discursos. Esse discurso expressa os traços do pensamento da coletividade na qual o sujeito está inserido, exprime o que o grupo pensa e como pensa. Para elaborar o DSC, utilizam-se figuras metodológicas: expressões-Chave (trechos selecionados do material verbal de cada depoimento que melhor descreve seu conteúdo), Idéias Centrais (fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presente(s) nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos que apresentam sentido semelhante ou complementar) e Discurso do Sujeito Coletivo (discurso que resume o exposto nas várias

Expressões-Chave, tomando por base as idéias centrais ou as ancoragens que são comuns a um determinado discurso).

A hermenêutica valoriza os processos das práticas das equipes do ESF²³:

a hermenêutica e a dialética não devem ser “encurtadas” através de sua redução à simples teoria de tratamento de dados. Mas pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação.

A opção desse método está intimamente ligada à busca persistente em compreender as práticas do nutricionista e suas inter-relações com a Atenção Básica. A relação entre o visível e o invisível, o manifesto e o não manifesto dos contextos descritos foram referenciados, neste estudo, como parte de um processo em permanente reconstrução, por vezes em contradição entre o mundo ideal e real, refletido nas palavras e gestos dos sujeitos envolvidos.

Logo, a contradição, como conceito, faz parte da análise compreensiva desta investigação, destacando que o sentido do conceito de compreensão toma como base as referências de Minayo, no tocante ao que afirma Gadamer (2005)²⁴, que apresenta a hermenêutica como:

A busca de compreensão do sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos, [em que] a linguagem ocupa um ponto no tempo e no espaço [conceito que é complementado pela autora quando ressalta que ao] ampliar os

horizontes da comunicação e da compreensão, nunca escapamos da história, fazemos parte dela e sofremos os preconceitos de nosso tempo.

Isso posto, vale ressaltar que a opção do método da hermenêutica-dialética, neste estudo, deveu-se, portanto, à afinidade das suas construções com as idéias centrais na busca de entender o texto, a fala, o depoimento, como resultante de um processo social e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político²⁵.

Trabalho de Campo

O trabalho de campo teve seu início em 2010. Foram coletados os dados primários mediante aplicação de um questionário em entrevista conforme será detalhado. Foram levantados dados secundários, através de registros do SIAB/IBGE 2010, os quais foram coletados no meio eletrônico e mediante visitas aos órgãos responsáveis, analisando quantitativamente os aspectos relacionados ao perfil nutricional da população em estudo. O questionário abordou perguntas referentes ao papel e importância do nutricionista, relacionados no perfil epidemiológico local, previamente conhecido.

Para atender ao objetivo geral do estudo – Verificar a necessidade e o papel do Nutricionista na Atenção Básica, tendo em vista o perfil epidemiológico da Cidade de Vitória de Santo Antão, no ano de 2011–, foi utilizada a

técnica de entrevista na abordagem dos sujeitos estratégicos, tendo em vista a importância de suas vivências na decisão, formulação, implantação e implementação das políticas de saúde de Vitória de Santo Antão. O conceito de sujeito estratégico usado neste estudo ancora-se nas ideias formuladas por MINAYO (2006)²², que, assim, considera-os informantes particularmente estratégicos para revelar a realidade concreta em estudo. O interesse principal das entrevistas era conhecer o posicionamento desses profissionais a respeito da importância e papel do nutricionista na Atenção Básica, considerando o diagnóstico da realidade local.

Entre os procedimentos adotados, foram analisados dados referentes ao Perfil Epidemiológico a partir da análise do quadro de fatores associados às questões alimentares e nutricionais.

Para a coleta de dados primários foi adotada a técnica de entrevista/questionário semi-estruturado. Foram contemplados no questionamento 14 profissionais do ESF e NASF, sendo os mesmos distribuídos da seguinte forma: 2 nutricionistas, 1 médico, 1 agente de saúde, 1 fonodólogo, 1 fisioterapeuta, 1 educador físico e 7 enfermeiros, todos selecionados e abordados de forma aleatória, representando 12 Unidades de Saúde da zona urbana de Vitória de Santo Antão.

Os dados foram inseridos no software QualiQuantiSoft, elaborado com base na teoria do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e a técnica da hermenêutica dialética, proposta por Minayo.

Todos os procedimentos foram

realizados com a finalidade de aprofundar e integrar as demais técnicas utilizadas em um esforço dialógico de triangulação de métodos, compreendida como uma dinâmica de investigação em que a análise das estruturas, dos processos e dos resultados ocorrem a partir da compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e da visão que os atores diferenciados constroem sobre o todo²².

Análise das Informações

O roteiro semi-estruturado das entrevistas contemplou cinco questões comuns ao conjunto de sujeitos abordados. Foi realizado o cadastro do banco de dados referente ao perfil do sujeito, às perguntas e suas respectivas respostas previamente analisadas. A partir desse procedimento foram identificadas as E-Chs e suas ICs para cada resposta posteriormente categorizada conforme os objetivos do Estudo, que tinha como meta a obtenção do Discurso do Sujeito Coletivo.

Finalizado o cadastro do material empírico, entramos na fase de classificação dos dados, pela leitura exaustiva dos textos – “impregnação” do material –, a fim de identificarmos as categorias analíticas compostas por Expressões-Chave e Ideias Centrais sobre o tema, permitindo com isso a construção dos dados, a serem apresentados na análise final deste estudo. Dessa forma (ordenação e classificação dos dados), foi possível organizarmos seus resultados e discussões.

A etapa de análise final da pesquisa apresentou-se em um movimento dialético que consistiu no encontro, entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática,

dando origem aos resultados e discussões da pesquisa, que foram organizados em forma de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Em seguida foram analisadas as falas buscando-se as contradições através da Hermenêutica.

Questões Éticas

A pesquisa respeitou os aspectos éticos e as implicações legais, de acordo com a Resolução no 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que aprova as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos²⁶. Também nos respaldamos com base na certificação de Autorização de Pesquisa, autorizada por unanimidade e expedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CSS/UFPE), registro nº 456/10. Além disso, todos os informantes e suas informações foram mantidos em sigilo.

Resultados e discussões

No discurso dos profissionais de saúde quando a categoria de análise foi Nutricionista na Atenção Básica, e o questionamento, **qual a importância e o papel do nutricionista na atenção básica**, por meio de entrevistas, encontramos como expressões chave mais relevantes: [...] *“e a gente estando com um nutricionista, podemos dar um respaldo maior para essa população, esse pessoal que precisa de uma alimentação adequada, de um acompanhamento”*[...]

[...] *“complementar e para vir apoiar a equipe multiprofissional”*[...]

[...] *“Detectar risco nutricional,*

desnutrição ou excesso de peso precocemente. Assim como integrar a equipe multiprofissional” [...].

No DSC acima, dos profissionais da atenção básica, as suas preocupações quanto à ausência de um nutricionista complementando a equipe, orientando, reeducando e conscientizando a população, através de uma abordagem que reflita a realidade local.

Observamos que há consenso entre as falas [...] *“Focar na realidade que a gente se encontra” [...].e [...] “ver quais alimentos que a pessoa, de acordo com suas necessidades, até seu padrão de vida, pode se alimentar” [...],* sendo as ideias centrais foco na realidade e cultura e necessidades, respectivamente. Outra concordância observada foi entre os discursos [...] *“Fornecer conhecimentos essenciais sobre a saúde do paciente, a importância que ela causa” [...]* e [...] *“ela vai saber ensinar a alimentação adequada, hábitos adequados, a importância de comer bem” [...],* tendo como ideia central a educação nutricional e a transmissão de conhecimentos pelo profissional de Nutrição.

Em contradição às suas falas verificamos que a importância e o papel do nutricionista está exclusivamente no atendimento secundário, ou seja, na ação em patologias e não na atenção primária, onde o foco maior é a prevenção de doenças e promoção de saúde, conforme explicitado nesta afirmativa [...] *“Detectar risco nutricional, desnutrição ou excesso de peso precocemente. Assim como integrar a equipe multiprofissional” [...].*

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à

Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial²⁷. Nesse sentido os conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão orientam a ABS para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde²⁸.

Na fala [...] *“Importantíssimo, porque a gente tem várias pessoas na área que são aqueles falso gordos” [...],* observa-se que alguns profissionais de saúde, ainda têm a visão do nutricionista como apenas prescritor de dietas. Este fato corrobora o que Bosi²⁹ afirma, ou seja, “mesmo após trinta anos de reconhecimento legal, o nutricionista continua a ser visto como um calculador de dietas”.

Observando as falas acima observa-se que a uma parte dos entrevistados desconhece o verdadeiro papel desse profissional, suas funções e atribuições, pois eles referem como função do nutricionista apenas no tratamento de doenças e como prescritor de dietas respectivamente.

Segundo Conselho Nacional de Educação (2001), o Nutricionista é definido da seguinte forma: “Nutricionista, com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à 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, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com

reflexão sobre a realidade econômica, política, social e culturais”³⁰.

Observa-se, neste estudo, que os profissionais da área de saúde necessitam de melhor entendimento do papel do nutricionista, ampliando o seu conhecimento sobre as funções desse profissional.

Quando a categoria de análise foi inserção do nutricionista, e o questionamento, **Você acha necessário ter um nutricionista trabalhando permanentemente nas ESF junto à equipe? Por quê?** As expressões chaves: [...] *“seria interessante ter um nutricionista para um acompanhamento, seja ele sistemático ou não”*[...] e [...] *“coisas simples que só na alimentação resolveria, além de prevenir, minimizar quem já tem algum problema”*[...].

No DSC, a maioria dos entrevistados relatou ser muito importante a participação do nutricionista no dia-a-dia da ESF, havendo uma provável melhoria no atendimento à população supõem: [...] *“com certeza, é importantíssimo, eu acho que ia melhorar bastante se tivesse”*[...].

Pode-se observar que as falas convergem para a necessidade da atuação desse profissional junto à equipe, explicitado em: [...] *“seria interessante estar um nutricionista aqui para estar orientando esse pessoal”* [...].

Esse fato reafirma a importância do trabalho em equipe multiprofissional, quando na modalidade de trabalho coletivo se configura a relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, dando-se a articulação das ações multiprofissionais e de

cooperação, visto em: [...] *“juntos podemos trabalhar em sincronia”*[...].

Embora se disponha de conhecimentos técnicos para solucionar a maior parte dos problemas de nutrição existentes, a atuação profissional do nutricionista no campo da Saúde Pública é tímida e incipiente, quando comparada aos outros profissionais da equipe de saúde³¹.

Um importante passo para dar sustentação à atuação do nutricionista no campo da Saúde Pública foi dado pelo Conselho Federal de Nutricionistas, através da Resolução No. 380, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação e de suas atribuições, estabelecem parâmetros numéricos de referência por área e dá outras providências. Nessa resolução, o campo da Saúde Coletiva, como foi nomeado, compreende quatro sub-áreas de trabalho: Políticas e Programas Institucionais, Atenção Básica em Saúde, Programa Saúde da Família e Vigilância em Saúde.

De acordo com relatório produzido na 11ª Conferência Nacional de Saúde³², observou-se a importância da participação de outros profissionais de saúde, incluindo a do nutricionista, nas equipes de Saúde da Família, proporcionando um atendimento mais qualificado e dentro do princípio da integralidade da atenção:

(...) no caso de opção por essas estratégias como forma de organização, deverá ser garantida a sua adequação às necessidades e prioridades locais, sem modelos programáticos verticalizados, garantindo a atuação de outros profissionais de saúde como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais,

fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros, proporcionando uma atenção multiprofissional de acordo com a realidade de cada município.

Essa necessidade também foi expressa pelos profissionais que compuseram a amostra deste estudo, conforme a fala: [...] *“juntos podemos trabalhar em sincronia”*[...].

A participação do nutricionista e sua integração nas equipes do ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, que o instrumentaliza a realizar diagnóstico nutricional da população, tornando-o, assim, o único profissional a receber um conhecimento específico que lhe permite, a partir do diagnóstico e da observação dos valores socioculturais, propor as devidas orientações dietéticas, adequando-as à realidade de cada unidade familiar; portanto um profissional apto a colaborar para reafirmar o modelo de atenção à saúde proposto em nosso país³³.

Um dos entrevistados ressalta o retardo do Ministério da Saúde em adicionar o profissional de Nutrição nas equipes: [...] *“eu acho muito importante isso, eu acho que já deveria, o ministério da saúde já deveria ter dado esse olhar”*[...].

Essa fala refere-se à vontade política dos gestores de saúde em relação à abertura de campo de trabalho aos nutricionistas. Ele acredita que para isto ocorrer, deve haver mudança da mentalidade dos gestores e vontade política.

Os entrevistados ressaltam a importância do nutricionista na atenção básica, e ao mesmo tempo se mostraram conscientes do potencial desses profissionais, reafirmam a necessidade

de participação do mesmo na Unidade de Saúde, não apenas como NASF, mas como parte integrante da equipe.

A terceira pergunta da entrevista, **Quais os maiores obstáculos para se falar em alimentação e nutrição com a comunidade**, permitiu a criação da seguinte categoria de análise: obstáculos na comunicação.

O terceiro DSC mostra que grande parte das respostas obtiveram consenso quando referiram como maiores obstáculos, a situação sócio econômica desfavorável e a não aceitação das orientações repassadas, podendo ser por falta ou não habilidade na transmissão de conhecimentos, pois como os nutricionistas ainda não tem lugar definido nas ESF, os profissionais de saúde geralmente acabam desempenhando um papel de coadjuvante, assumindo funções que não lhes pertencem, de acordo com as falas: [...] *“o financeiro sem dívida, a gente sabe que uma alimentação rica em fibra não é a coisa mais barata”* [...] *“Também a questão de hábito”*[...] [...] *“o perfil de trabalho com saúde pública e de atender a necessidade das pessoas”*[...].

Os desafios a serem enfrentados resultam, destacadamente, da falta de acesso aos alimentos, decorrentes do baixo poder aquisitivo de milhões de brasileiros³³. Neste estudo, esses aspectos foram destacados por um dos entrevistados: [...] *“as pessoas não têm as condições financeiras de tá adequando a sua alimentação para o que realmente precisam”*[...].

A falta desse profissional abre lacunas para que outros profissionais se apropriem de forma inadequada ou superficial do

conhecimento sobre nutrição, tentando suprir e falta do nutricionista, sem ter conhecimento aprofundado sobre alimentação e nutrição³⁴. Essa afirmação de Santos pode ser visualizada nos pronunciamentos:[...] *“o perfil de trabalho com saúde pública e de atender à necessidade das pessoas”*[...] [...] *“o próprio profissional não tem a sensibilidade”*[...] [...] *“valor dos alimentos integrais e frutas são caros”*[...].

O conhecimento desses profissionais é adquirido ao longo de sua trajetória, desde sua formação profissional, passando pela sua atuação na ESF e também adotando informações obtidas através da mídia.

As falas [...] *“o perfil de trabalho com saúde pública e de atender à necessidade das pessoas”*[...]

[...] *“as condições da população”*[...] *“o próprio profissional não tem a sensibilidade”*[...] [...] *“a gente tem que primeiro conhecer a população para saber o que é que ela tem disponível para poder a gente começar a inserir ou então modificar a alimentação”*[...], se colocam como parte integrante do problema e não apenas transferem a responsabilidade como fazem os demais entrevistados. Pois os primeiros alegam que é necessário o conhecimento da população para atender as necessidades da mesma, portanto se trata também de uma falta de sensibilidade ou inabilidade para tratar do tema, por muitas vezes confrontar a teoria com a realidade, por parte dos diversos profissionais de saúde.

Uma das dificuldades que médicos e enfermeiros sentem para realizar atividades de educação e orientação nutricional é o conflito entre o conhecimento teórico e a prática

vivencial³⁵.

Outro fato bastante comentado por todos os sujeitos do estudo, foi a cultura alimentar que dificulta a comunicação entre profissionais e comunitários, levando a esses últimos a não seguirem as orientações dadas, observado em: [...] *“a cultura é muito forte”*[...] [...] *“você tem que vê o lado sócio econômico da sociedade”*[...].

A alimentação é uma necessidade básica, um direito humano e, simultaneamente, uma atividade cultural, permeada por crenças, tabus, distinções e cerimônias. Comer não representa apenas o fato de incorporar elementos nutritivos importantes para o nosso organismo, é antes de tudo um ato social e, como toda relação que se dá entre pessoas, traz convívio, diferenças e, ao mesmo tempo expressa o mundo da necessidade, da liberdade ou da dominação³⁵.

Os estudos antropológicos abordam o tema dos hábitos culturais alimentares (influenciado pelos gostos e vontades) e demonstram que, o que se come e a maneira como se come, são elementos fortemente incorporados na construção da identidade cultural dos povos, constituindo uma das mais fortes barreiras de resistência às mudanças³⁶.

O quarto questionamento feito aos entrevistados, **Qual a influência do nutricionista na prevenção de doenças e promoção de saúde?** permitiu a criação da categoria de análise *Influência do nutricionista*.

Através do Discurso do Sujeito Coletivos das expressões chave, pode-se observar que esse questionamento não foi bem esclarecido

por praticamente todos os entrevistados, pois a pergunta não foi objetivamente respondida por quase nenhum deles, fugindo do tema. Os que ainda tentaram focar foram às falas: [...] *“ah, eu acho que é toda influência, porque o nutricionista fazendo a anamnese, vendo o perfil da pessoa, do usuário, ele vai poder traçar um plano de cuidado”*[...], porém de toda forma, os dois últimos centrados apenas na patologia, ou seja, vendo o profissional de nutrição apenas na perspectiva da prevenção de doenças e o primeiro, tendo uma visão de um prescritor de dietas apenas, como já observado e analisado em perguntas anteriores.

Dois entrevistados, [...] *“o nutricionista é um profissional capacitado para fazer exatamente isso”*[...] e [...] *“é o nutricionista que vai avaliar a necessidade de cada paciente”*[...] *“o nutricionista está melhor capacitado”*[...], se referiram ao nutricionista como o profissional capacitado para exercer essas funções de promoção e prevenção; capacitação essa oriunda desde sua formação e aprimorada no trabalho diário com a comunidade.

Faz se necessária a presença de um profissional de nutrição com visão sistêmica e integral a respeito da alimentação / nutrição do indivíduo, família e comunidade. Um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação. O nutricionista deve estar capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, trabalhando de forma sincrônica com os demais membros da equipe de saúde³⁷.

Mas uma vez foi ressaltado o trabalho em equipe como um promotor das atividades desenvolvidas com a comunidade, ou seja, a presença de uma equipe multidisciplinar: [...] *“é um trabalho em equipe que traz o nutricionista para que possa melhorar e contribuir na formação das pessoas, orientando”*[...].

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 comunidade³⁸.

Não foram observadas contradições nas falas dos entrevistados, apesar dos mesmos não saberem ou não quererem responder qual a verdadeira influência do nutricionista na prevenção de doenças e promoção de saúde, todos acharam que essas existiam e eram importantes. Essa falta de conhecimento aparente a respeito do tema, contradiz o que eles preconizam como essencial, ou seja, a influência e conseqüente presença do profissional de nutrição na atenção básica.

No discurso dos profissionais de saúde quando a categoria de análise foi Suficiência do nutricionista, e o questionamento, **O número de profissionais de nutrição na atenção básica é suficiente para atender as necessidades da comunidade? Por quê?**

Praticamente todos os entrevistados afirmaram a insuficiência do número de profissionais para a demanda da população local e também quando relacionada às doenças

mais prevalentes e à situação nutricional, como visto no DSC: [...] *“ele vai ter que atender 5 no máximo 8 PSF, então assim fica uma demanda grande para o número dos profissionais”*[...] [...] *“a quantidade de dias dos profissionais não corresponde a quantidade de demanda de usuários”*[...] [...] *“não há uma boa cobertura do serviço de nutrição na população carente”*[...].

Como discordância houve uma fala na qual alega que o NASF em Vitória está sendo muito bem organizado e suficiente para atender as necessidades da comunidade:[...] *“tá sendo muito bem organizado, no meu ponto de vista tá sendo bom, tá sendo suficiente”*[...].

A ausência de algumas categorias profissionais na atenção básica e a diversidade dos seus agravos à saúde exigem a revisão do modelo Saúde da Família e a necessidade de outros profissionais que venham a integrar a equipe. Estes agravos permeiam todas as classes sociais e todos os ciclos de vida da população (crianças, jovens, adultos, gestantes e idosos), sobressaindo-se na complexidade social um perfil nutricional e alimentar que está diretamente vinculado ao padrão atual de morbimortalidade da população, onde se observa a ascensão das doenças não transmissíveis, como diabetes, obesidade, neoplasia, hipertensão arterial e hiperlipidemias. Este quadro demonstra o quanto estão fortemente associadas às condições de nutrição e o estilo de vida adotado e/ou imposto pela sociedade moderna³⁷.

Apesar das respostas das entrevistas alegarem que, na prática, a quantidade de nutricionistas é insuficiente, quando comparada a portaria com a realidade local, é observado

que em Vitória de Santo Antão existem três NASF; portanto como existem 30 ESF, são 10 unidades de saúde para cada equipe de referência do NASF. Dessa forma, a cidade de Vitória está de acordo com a Portaria.

Nos termos da Portaria número 154, existem duas modalidades de NASF: o NASF 1, cada um desses Núcleos deve estar vinculado a um mínimo de oito e no máximo de quinze equipes de ESF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. E o NASF 2, se vincular a no mínimo três equipes de ESF e no máximo sete³⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistindo nas mesmas comunidades e, muitas vezes, no mesmo domicílio, caracteriza a transição nutricional. Esse fenômeno é traduzido em um dos maiores desafios para as políticas públicas no momento e exige um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade do indivíduo com uma abordagem centrada na promoção da saúde³⁴.

Nesta pesquisa, os profissionais de saúde deram ênfase à importância do Nutricionista na ESF. Sobre este tema, basta observar que o quadro nutricional da população brasileira está em total desequilíbrio, alguns indivíduos adoecendo por excesso de peso e outros ainda morrendo por falta de nutrientes (fome oculta). Sem os conhecimentos técnicos sobre a alimentação, realizados por um profissional com esta formação, mostra-se muito difícil a reversão deste quadro, pois é necessário uma atuação eficiente de nutricionistas para

que se possa promover a saúde por meio da alimentação. Podemos afirmar que este profissional ainda não foi integrado ao modelo de saúde dos brasileiros, o SUS.

O nutricionista está plenamente capacitado para atuar na Estratégia Saúde da Família, visto que 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, o que o torna capaz de gerar impactos positivos no perfil epidemiológico da população.

Portanto, mostra-se fundamental a inserção do profissional nutricionista na ESF, com vistas à promoção da saúde em todas as fases e ciclos da vida, abordando aspectos de alimentação saudável, a questão da segurança alimentar, da cidadania e do direito humano fundamental à alimentação.

Daí a importância de organizar e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da atenção básica à saúde. Caso isso não seja feito, o potencial de intervenção será restrito e pouco resolutivo frente à magnitude do problema alimentar e nutricional que hoje atinge a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrahão, AL. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde. 2007; 3(1): 01-03.
2. Merhy, EE; Queiroz, MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública [online]. 1993; 9(2): 177-184.
3. Mendonça, MHM; Giovanella, L. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2009; Cap 16: 10:24.
4. Morin, E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1988. p 133.
6. Sousa, MF. et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. Brasil. [S.l.]: [S.n.], 2000; 7-14.
7. Brasil. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde; 1990a.
8. Brasil. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde; 1990b.
9. Alves, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Comunic, Saúde, Educ. 2004/2005 set.-fev; 9(16): 39-52.
10. Motta, LB; Aguiar, AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e

- intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):363-372.
11. Santana, P; Sousa, MF; Costa, AAA; Osório, MM; Santana, PMA. As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica de gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa, Paraíba. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 2009 Abr. / jun; 3(2): 76-87.
 12. Brasil. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009; 27: 160.
 13. Merhy, EEE; Franco, TB. Programa saúde da família: contradições e novos desafios. In: Congresso Paulista de Saúde Pública. 2000. p. 145-154.
 14. Sousa. Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.
 15. Brasil. PORTARIA Nº 2.488. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
 16. Campos, GWS; Dominitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2007 fev; 23(2): 399-407.
 17. Jardim, TA, et al. A terapia ocupacional na Estratégia. *Rev. Ter. Ocup. Univ*. 2008 set./dez; 19(3): 167-175.
 18. Monteiro, CA, et al. Causes for the decline in child under-nutrition in Brazil, 1996-2007. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009; 43(1): 35-43.
 19. Escoda, MSQ. Para a crítica da transição nutricional. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2002; .7(2): 219-226.
 20. Rouquayrol, MZ.; Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Ed.Medisi; 2003.
 21. Batista Filho, M, et al. Anemia e Obesidade. *Cad. Saúde Pública*. 2008; Suppl 2: s247-s257.
 22. Lèfevre, AMC. *Depoimentos e Discursos*. Brasília: Liberlivro, 2005.
 23. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. Fled. São Paulo: Hucitec, 2006.
 24. Gadamer, H. *Verdade e método I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
 25. Minayo, MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Rev. Medicina*. 1991 abr/jun; 24(2): 70-77.
 26. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Disponível em URL: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm> (2008-11-20).
 27. Gil, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006; 22 (6): 1171-1181.
 28. Facchini, LA, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(3):669-681.

29. Bosi, MLM. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec; 2000.
30. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES. Brasília: Ministério da saúde, 2001.
31. Boog, MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde*. 2008 jan/jun; 1(1): 33-42.
32. Brasil. Conselho Nacional de Saúde Sistema. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
33. Santos, AC. A inserção do nutricionista da Estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam. Saúde Desenv*. 2005 set/dez; 7(3):.257-265.
34. Coutinho, JG; Gentil, PC; Toral, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008; suppl. 2: 332-340.
35. Boog, MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev. Nutr*. 1999; 12(3):261-72.
36. Pedrazza, DF. Mneme – Revista Virtual de Humanidades. 2004 jan/mar; 9 (3).
37. Geus, LMM et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1):797-804.
38. Papp, P. O processo de mudança. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
39. Diretriz da sociedade brasileira de diabetes/Sociedade Brasileira de diabetes. 3.ed. São Paulo: Itapevi; 2009.