

Nutrição em saúde pública: os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Anelise Rizzolo de Oliveira Pinheiro¹

Neila Maria Viçosa Machado²

Paulo Luiz Viteritte³

Dillian Adelaine Cesar da Silva⁴

Nutrição em saúde pública: os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Autores e contatos:

Anelise Rizzolo de Oliveira Pinheiro

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Pelotas (1994), Especialização em Terapia Nutricional pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (2000), Especialização em Saúde Pública pela UFSC (2000 e Mestrado em Saúde Pública também pela UFSC (2003). Atualmente é professora da Universidade de

¹ Nutricionista e Sanitarista, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Visitante do Departamento de Nutrição/ F/UNB e Pesquisadora Associada do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília. Doutoranda em Política Social/SER/UNB.

² Nutricionista, Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina; Coordenadora de Educação em Serviço e Supervisora Acadêmica da Nutrição do Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

³ Nutricionista, Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina. Supervisor Local do Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

⁴ Consultora Técnica do Ministério da Saúde. Nutricionista pela Universidade Federal do Paraná, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina, Especializanda em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ/Brasília).

Brasília e Doutoranda em Política Social – UNB. Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Nutrição e Políticas Públicas, atuando principalmente nos seguintes temas: excesso de peso, obesidade, promoção da saúde, segurança alimentar e nutricional.

Endereço eletrônico: aneropin@yahoo.com.br

Neila Maria Viçosa Machado

Nutricionista, Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Coordenadora de Educação em Serviço e Supervisora Acadêmica de Nutrição do Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Endereço eletrônico: neila@ccs.ufsc.br

Paulo Luiz Viteritte

Nutricionista. Atualização em Nutrição Clínica. Mestre em Nutrição pela UFSC. Tutor do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família.

Endereço eletrônico: plviteritte@yahoo.com.br

Dillian Adelaine Cesar da Silva

Consultora Técnica do Ministério da Saúde. Nutricionista pela Universidade Federal do Paraná, Especialista em Saúde da Família pela UFSC, Especializanda em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ/Brasília).

Endereço eletrônico : dillian.silva@saude.gov.br

Nutrição em saúde pública: os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Resumo

A complexidade do processo de produção social da saúde exige que a atenção à saúde repense sua práxis no sentido da consolidação efetiva dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade. A participação de outras categorias profissionais na Estratégia de Saúde da Família pode contribuir para a consolidação desses princípios. Outra questão envolve a necessidade de revisitar o processo de formação no sentido de rever o modelo educacional adotado, reformulando-o em direção a construções interdisciplinares que avancem para a integralidade. Este texto traz como norte a experiência adquirida com a participação do nutricionista na Residência em Saúde da Família – UFSC, discutindo essas questões e aprofundando as mesmas à luz de sua atuação junto à atenção básica em saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Básica; Alimentação e Nutrição; Promoção da Saúde; Segurança Alimentar e Nutricional; Formação Profissional.

Nutrition in Public Health: Potencial of Action at the Family Health Strategy

Abstract

The complexity of social production of the health process demands the health attention to review its praxis to effectively consolidate the Unified Health System principles: Universality, wholeness and equity. The participation of other professional categories can contribute to consolidate these principles. Another matter is the need to review the graduating process of these professionals, to review the educational model that is adopted, re-formulating it in direction to inter-disciplinar constructions that can advance to the wholeness. This article shows the acquired experience within the participation of a nutrition professional (nutricionist) at the Post-graduation Course in Family Health – Residence, discussing these matters under the light of its professional practice at primary health care.

Keywords: Family Health; Primary Health Care; Food and Nutrition, Food Security, Health Promotion, Professional Graduation.

Nutrición en salud pública: los potenciales de inserción en la Estrategia de la Salud de la Familia (ESF)

Resumen

La complejidad del proceso de producción social de la salud exige que la atención a la salud repiense sus praxis en la dirección de la consolidación efectiva de los principios del Sistema Único de Salud en Brasil: universalidad, integralidad y equidad. La participación de otras categorías profesionales en la Estrategia de la Salud de la Familia puede contribuir para la consolidación de esos principios. Otra cuestión envuelve la necesidad de visitar el proceso de formación para rever el modelo educacional adoptado, reformulando ese modelo en la dirección de las construcciones interdisciplinarias que avancen para la integralidad. Ese texto trae como dirección principal la experiencia adquirida con la participación del nutricionista en la residencia médica en el Programa Salud de la Familia, discutiendo y profundizando esas cuestiones en relación a su actuación junto a la atención básica en salud.

Palabras claves: Salud de la Familia, Atención Básica, Alimentación y Nutrición, Promoción de la Salud, Seguridad Alimentar y Nutricional, Formación Profesional.

Iniciando a discussão

Enquanto uma proposta de reorganização da prática de atenção à saúde que substitua o modelo tradicional, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade, e tem na vigilância à saúde a norteadora das suas práticas ¹.

Em relação a esses princípios, torna-se importante reconhecer que mesmo com os efetivos avanços acumulados, a atenção à saúde pautada pelo modelo da Estratégia em Saúde da Família encontra-se limitada no sentido de responder às demandas sociais de saúde.

A diversidade das dimensões que envolvem o processo social de produção da saúde e da doença nas comunidades não consegue mais ser respondida por meio de práticas fragmentadas. Isso tem exigido dos profissionais de saúde o repensar de ações no sentido da integração interdisciplinar, avançando em direção a uma análise integral dos fatores que determinam socialmente os agravos à saúde dos indivíduos ².

Outra questão que deve ser levada em conta quando se discute a reorganização da prática de atenção à saúde, no sentido de construí-la em novas bases fora do modelo tradicional médico-centrado, envolve o repensar do processo de formação dos profissionais no sentido de trazê-lo para mais perto da realidade de saúde da população.

Neste texto propõe-se uma reflexão envolvendo essas questões, principalmente no sentido de buscar elucidar os caminhos que envolvem a participação de outros profissionais, aqui especificamente o nutricionista, na formação e composição da Equipe de Saúde da Família.

O papel das práticas alimentares na Estratégia de Saúde da Família

Repensar o modelo de assistência à saúde em busca da integralidade não é uma discussão recente na saúde e durante muito tempo ficou restrita a elaborações e reflexões realizadas por alguns profissionais que, atuando na assistência, passaram a perceber a importância do trabalho entre disciplinas. Nos dias atuais é fundamental que ela faça parte efetiva do processo de formação de cada profissional da área da saúde³.

A temática da alimentação e nutrição, no Brasil, vem sendo abordada a partir de diferentes nuances que, de maneira complexa e desigual, demonstram seu determinismo histórico-estrutural perante o modelo de desenvolvimento econômico e social. O

entendimento de que a alimentação e a nutrição *constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania*⁴ é recente e sinaliza uma longa travessia a ser percorrida no contexto de implementação de políticas públicas que garantam a alimentação e a nutrição enquanto um direito humano e social.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)⁴, inserindo-se ao mesmo tempo na política de saúde e no contexto da segurança alimentar e nutricional, é um elemento-chave no subsídio das ações relativas ao tema junto ao Sistema Único de Saúde.

Entende-se por segurança alimentar

a garantia do direito de todos ao acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, com base em práticas alimentares saudáveis e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, e nem o sistema alimentar futuro, devendo se realizar em bases sustentáveis. Todo país deve ser soberano para assegurar sua segurança alimentar, respeitando as características culturais de cada povo, manifestadas no ato de se alimentar. É responsabilidade dos Estados Nacionais assegurarem este direito e devem fazê-lo em obrigatória articulação com a sociedade civil, cada parte cumprindo suas atribuições específicas⁵.

O atual cenário epidemiológico e social revela que profundas transformações socioeconômicas (urbanização acelerada e globalização) modificaram o perfil de saúde da população. As transições demográfica, epidemiológica e nutricional manifestam-se conjuntamente à convivência de agravos de saúde, aparentemente contraditórios, mas, na realidade, resultantes do mesmo problema: a má alimentação e nutrição da população brasileira. Dessa forma, ocorre uma “dupla carga de doenças” (infecção parasitárias e crônicas não-transmissíveis) em todos os grupos sociais⁶. A existência de desnutrição e obesidade ou de anemia e diabetes em uma mesma família são exemplos desse fenômeno social, que se acentua principalmente em famílias de baixa renda.

Essas evidências também comprovam que a insegurança alimentar e nutricional no Brasil tem duas faces: aquela associada à negação do direito ao acesso à alimentação necessária à vida, e aquela resultante da alimentação inadequada, que não confere à população uma alimentação saudável. Pessoas com excesso de peso ou obesidade são pessoas expostas ao consumo inadequado de alimentos. Entre os mais pobres, alimentos

com alta densidade energética têm substituído alimentos tradicionais mais saudáveis. Exemplo claro disso é o consumo elevado de açúcares, refrigerantes e alimentos com alto teor de gordura.

Em um país como o Brasil, onde a desigualdade social e regional é intensa, a garantia da segurança alimentar e nutricional pressupõe a necessidade de um modelo de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que integre as duas faces da insegurança alimentar e nutricional da população: a desnutrição e outras carências nutricionais, e o sobrepeso/obesidade e as doenças crônicas não-transmissíveis associadas⁶...

As construções aqui realizadas têm por base a experiência desenvolvida durante as três edições da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em que o nutricionista é parte integrante da equipe multiprofissional e interdisciplinar componente da proposta e da qual fazem parte mais seis profissionais: assistentes sociais, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e psicólogos.

Problematizando e discutindo o campo de práticas

A prática de educação em serviço desenvolvida pela Residência se processa nos espaços de duas Unidades Locais de Saúde que integram a rede de assistência à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em que os residentes realizam atividades dentro da proposta pedagógica de aprender fazendo, em consonância com o processo de trabalho das equipes que atuam nas unidades.

Uma das primeiras percepções angariadas pela participação do nutricionista na Residência Multiprofissional em Saúde da Família envolve as possibilidades de rompimento com a restrição do conhecimento em nutrição. Os passeios do conhecimento interdisciplinar, proporcionados pelos diferentes momentos de troca de saberes, têm permitido ao nutricionista desenvolver suas intervenções profissionais específicas superando a fragmentação do conhecimento, fazendo com que o usuário que busca esse profissional sinta-se mais acolhido e também responsável por sua saúde.

É a percepção do vínculo entendido como uma construção de corresponsabilidade, permitindo que as demandas trazidas pelo usuário do sistema caminhem em direção à sua plena resolutividade. Ao ser exercido em toda a sua

extensão pelos profissionais, o vínculo constitui uma nova forma de ver, entender e praticar a atenção à saúde.

Importante considerar que, em relação aos diversos fatores que contribuem na determinação das condições alimentares e nutricionais nas comunidades, estes têm influência reduzida no tocante à definição das ações de saúde fazendo com que não se concretizem na saúde, por exemplo, ações de promoção envolvendo a questão da alimentação saudável, da atividade física, entre outras. Ao não ser percebida, a amplitude que envolve a questão alimentar e nutricional não é tratada enquanto uma questão coletiva que exige uma intervenção interdisciplinar, ficando reduzida a ações de intervenção individuais ⁷.

Em relação à implantação efetiva do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), este historicamente busca incorporar duas dimensões fundamentais: a alimentar e a nutricional, que, ao serem concretizadas em toda a sua extensão, são capazes de contribuir para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada e à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional.

No que se refere ao componente alimentar, este deve incorporar dados relacionados às condições alimentares presentes nas comunidades: dados sobre as condições de produção (boas práticas, uso de agrotóxicos, origem genética, etc), distribuição, comercialização e processo de aquisição dos alimentos pela comunidade, envolvendo tanto supermercados, mercados e quitandas quanto restaurantes, dados esses que se associam aos de composição e valor da cesta básica da comunidade e outras tantas informações ⁸.

Nessa perspectiva, cabe destacar a importância da efetiva implantação do SISVAN em toda a sua abrangência de indicadores, uma vez que pode potencializar a articulação entre os setores de governo, fortalecer uma concepção ampliada da questão alimentar, nutricional e de saúde e contribuir para destinar os programas sociais para os grupos mais vulneráveis. É importante destacar a necessidade de que todos os trabalhadores de saúde (desde o atendimento individual até a formulação das intervenções no nível macropolítico) tenham uma atitude de vigilância nutricional (no sentido de estar alerta para o estado nutricional) em sua prática diária, considerando que a avaliação nutricional é fundamental para qualquer ação em saúde ⁹.

O diagnóstico das condições alimentares da comunidade se une ao diagnóstico das condições nutricionais para se constituir de fato como Vigilância. O SISVAN,

integrado ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), precisa ser pensado como forma de otimizar a inclusão das ações de nutrição na prática cotidiana dos serviços de saúde.

Em termos de consumo alimentar, no contexto social atual, tanto a comida (alimento) quanto o corpo são entendidos como mercadorias. No contexto neoliberal de economia de mercado, a ordem vigente que organiza as relações sociais e econômicas da sociedade é a de produção, reprodução e distribuição dos bens e mercadorias. Nessa lógica, tanto o corpo quanto a comida apresentam características muito favoráveis ao impulso do consumo. De acordo com Lefevre¹⁰, nas sociedades capitalistas globalizadas com produção incessante de mercadorias e serviço tudo tende a virar produto de consumo, e o campo da alimentação, da saúde e da doença não apenas não foge à regra como se potencializa enquanto objeto de altos investimentos. No fenômeno da globalização, a mídia é responsável por alimentar um modelo cômodo para manipular pessoas e consciências na medida em que o signo separa-se do significado e do significante, tornando o objeto mágico que entra no universo dos sonhos e desejos pessoais¹¹..

Dessa forma, pode-se destacar as empresas multinacionais de *fast food*, que passam a caracterizar a modernidade, uma vez que o ato de comer ganha funcionalidade e mobilidade, se adaptando às circunstâncias que a “mundialidade” impõe e favorecendo a “desterritorialização” do gosto¹².

Nas duas comunidades acompanhadas, essa compreensão permite um debate mais amplo do papel dos sujeitos perante a ordem social vigente. A mercadoria passa a ser entendida como produtora de uma realidade, pois transforma o alimento e o corpo em objeto valorizado e desejado. A mídia se instala na vida cotidiana como programação da duração do tempo da jornada de trabalho – não-trabalho por meio da publicidade¹¹. Aspectos de natureza antropológica auxiliam na compreensão desse fenômeno relacionado à alimentação e nutrição.

O entendimento da alimentação e nutrição como um fenômeno apenas biológico associado a abordagens pedagógicas tradicionais contribui para a dificuldade de inserção dessa temática nas práticas cotidianas dos serviços de saúde. As técnicas e métodos tradicionais, por utilizarem em sua concepção instrumentos das ciências que desqualificam o saber e as iniciativas apresentadas pela população, apresentam limites para alcançar seus objetivos¹³. No desenvolvimento da Residência, conhecimentos sobre

antropologia da alimentação têm sido sistematicamente discutidos e envolvidos nos conteúdos, saberes e práticas relacionados à educação alimentar e nutricional.

Nas discussões sobre os problemas de saúde que se apresentam nas duas comunidades em que atuam os profissionais da Residência, a presença do nutricionista vem crescendo no sentido de alargar a compreensão das diversas dimensões que envolvem o processo de produção social da saúde, especialmente no que se refere à complexidade da questão alimentar.

Outro eixo norteador da Residência e preconizado pelo SUS envolve a questão do Planejamento Local com vistas a permitir a análise articulada da situação de saúde da comunidade. Essa análise, ampliada pela percepção da dinamicidade alimentar e nutricional presente na comunidade que o nutricionista traz para o planejamento, permite à equipe repensar ações que possibilitem a compreensão mais ampliada do processo de produção social da saúde¹⁴.

Nessa perspectiva também se avança em direção ao rompimento com o entendimento do SISVAN como simples coleta sistemática de dados antropométricos, para construí-lo enquanto um sistema de monitoramento e diagnóstico nutricional e alimentar que municia com informações os gestores locais para a constituição da atitude de vigilância à saúde da comunidade, servindo como base para o planejamento e a tomada de decisão.

Estudos científicos demonstram uma associação direta da desnutrição na infância com doenças crônicas não-transmissíveis na fase adulta: o risco de uma criança que apresentou desnutrição na infância desenvolver obesidade é comprovadamente maior do que em crianças que tiveram seu estado nutricional adequado ao longo da gestação e infância¹⁵. Paralelo a isso, estudo nacional, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2003)¹⁶ verificou uma prevalência de 40,6% de excesso de peso entre adultos no Brasil.

Segundo o Radar Social¹⁷, entre os principais problemas de saúde verificados na população brasileira destacam-se as mortes associadas às doenças crônicas não-transmissíveis (obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, etc.), as quais ganharam relevância importante na estrutura de mortalidade da população brasileira nas últimas duas décadas, representando cerca da metade do total de óbitos.

Outra experiência envolve o processo de acolhimento, que tem por objetivo buscar a inserção do usuário no sistema de saúde, de forma a prestar uma recepção

imediate e humanizada, buscando, se possível, solucionar imediatamente o problema que o levou a procurar a unidade de saúde, ou definir o melhor encaminhamento para resolutividade da demanda apresentada¹⁸.

A importância da participação dos diferentes profissionais no processo de acolhimento se traduz pela questão de avanços no sentido de construir uma educação permanente desses profissionais, que os coloque em direção a uma atitude entre-disciplinar que desenhe as possibilidades deles desenvolverem atividades gerais ligadas à complexidade da saúde, associadas a atividades profissionais específicas de sua profissão³.

Uma das reflexões que a nutrição vem realizando em relação ao acolhimento permeia a questão da coleta dos dados antropométricos de peso e estatura, realizada durante esse processo. Percebemos que as profundas alterações que se processam no estado nutricional das comunidades não podem mais ficar à margem em relação aos marcadores utilizados na atenção em saúde¹⁹.

A possibilidade de diagnósticos longitudinais, por meio do monitoramento efetivo do estado nutricional nos serviços de saúde, abre espaço para ações importantes para a melhoria das condições alimentares e nutricionais comunitárias, principalmente por possibilitar a implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Em relação a essa questão, percebe-se, a partir da atuação do nutricionista junto à Atenção Básica de Saúde em Florianópolis, que as ações de alimentação e nutrição se concentram no combate à desnutrição infantil, ainda deixando de considerar a questão da transição nutricional, que no cenário epidemiológico atual aponta para a presença crescente do sobrepeso e da obesidade na população brasileira como um todo, independente da faixa de renda¹⁹.

Entre outras estratégias, faz-se urgente a discussão sobre protocolos e condutas multiprofissionais integradas, relacionadas ao tratamento da obesidade e outras doenças crônicas não-transmissíveis, junto às equipes de Atenção Básica e Saúde da Família no SUS²⁰.

Dessa forma, considera-se que investindo na coleta dos dados antropométricos de peso e estatura de maneira integrada a outros marcadores de saúde, como hipertensão e diabetes, consolidam-se tanto as possibilidades de desenhar planos a partir das necessidades de saúde, quanto responder com mais efetividade em relação a essas necessidades.

É importante salientar que a experiência vivenciada na Residência tem demonstrado que ações de promoção da saúde envolvendo a coleta de peso e estatura em espaços saudáveis, algumas áreas da comunidade como escolas, associação de moradores, supermercados, etc, têm sido bastante exitosas no que se refere à sensibilização e ao fortalecimento de vínculo com os usuários, possibilitando também o registro de dados para o sistema de vigilância nutricional. Permitem, ainda, o traçado de ações em saúde, avançando em direção ao empoderamento da comunidade em relação a suas condições de saúde e nutrição²¹.

Um dos grandes espaços educativos identificado nesse processo é o atendimento individual à saúde prestado pelo profissional. No desenvolvimento de sua ação profissional específica, o profissional, envolvido pela compreensão interdisciplinar sobre a situação de saúde, tem a possibilidade de construir e consolidar os vínculos com os indivíduos e seus familiares, avançando em direção à responsabilidade compartilhada pela promoção e manutenção da saúde.

A atuação do nutricionista na Atenção Básica em Saúde deve orientar-se pelos princípios da ESF e, nesse sentido, o atendimento individual em nutrição realizado pelos nutricionistas ligados à Residência tem se organizado a partir da construção social da demanda para a nutrição, bem como por meio dos marcadores preconizados pelo Ministério da Saúde.

Tal orientação tem permitido ao nutricionista a aproximação de suas ações profissionais específicas à realidade do processo de trabalho dos demais profissionais que atuam nas Unidades de Saúde, possibilitando também maior visibilidade das informações sobre alimentação e nutrição na atenção à saúde, oriundas do atendimento individual em nutrição.

Para qualificar essa relação, na terceira edição da Residência Multiprofissional, em 2007, foi instituída uma equipe complementar. Nessa estrutura de apoio, o trabalho do nutricionista compoando a equipe complementar e atuando junto à equipe de SF, tem possibilitado o aprofundamento da questão alimentar familiar por meio das apresentações e discussões dos casos clínicos integrados, feitos pela equipe. A troca das informações e aprofundamento das possibilidades da atenção interdisciplinar à saúde permite um olhar mais integral de todos os profissionais em relação às questões que envolvem a alimentação e nutrição. Contudo, toda atuação acontece em articulação e apoio aos gargalos e necessidades identificados pelas ESF. A relação do fluxo de informações é direta e, entre as equipes, os espaços de discussão e trabalho são

compartilhados com a mesma lógica, princípios e gestão das ESF. As equipes complementares são parte integrantes da ESF que se ampliam para aumentar a resolutividade do sistema de saúde na atenção básica.

Outro espaço educativo é o trabalho com grupos da comunidade ou grupos terapêuticos. A partir das questões, desenhos e conhecimentos que aparecem nesse espaço, a equipe avança de um trabalho multiprofissional em direção a um traçado interdisciplinar, permitindo que ela reveja o significado, compreensão e finalidade da equipe.

Uma reflexão envolvendo as práticas educativas desenvolvidas em saúde demonstra que durante muito tempo suas orientações estiveram voltadas para os conteúdos, principalmente por conta do entendimento de que esses seriam os saberes necessários e ausentes na população. As práticas de educação nutricional desenvolvidas pelo nutricionista apontam na mesma direção.

No processo educativo em saúde desenvolvido durante a Residência Multiprofissional, a busca maior se concentrou na construção de espaços que permitissem romper com a visão centrada exclusivamente no saber específico de cada profissão, consolidando a associação entre esses diversos saberes científicos presentes na área da saúde e o pensar e fazer cotidianos que se apresentam nas comunidades¹³.

O exercício de ações interdisciplinares e multiprofissionais no contexto dos serviços de saúde acompanhados pela da Residência tem permitido a construção de um novo saber, o saber coletivo. As relações humanas estabelecidas e fortalecidas pelo vínculo passam a ser um indicador concreto da transformação do perfil profissional mediante as estratégias de ensino implementadas com e para o grupo de Residentes. É um fazer dialogado, um olhar coletivo sobre a família, o bairro, a cidade, a sociedade em geral. Através da problematização, os sujeitos assumem seus papéis sociais num processo permanente de compartilhar práticas sociais, saberes e sabores.

Nessa perspectiva, a presença de diferentes profissionais com seus saberes específicos permite que tanto a equipe de saúde quanto a comunidade identifiquem o papel e importância dos diversos componentes do conhecimento em saúde. Ainda, avança em direção à consolidação de uma cultura de relação com as classes populares que favorece a superação da tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

Por outro lado, com a proposta de Educação Popular em Saúde verifica-se a construção de uma nova forma de entender e praticar a saúde que não se limita à

presença de ações médicas, exigindo que a atenção em saúde se expanda no fazer interdisciplinar e multiprofissional².

Levar a saúde para mais perto das famílias como o preconizado pela ESF requer, antes de mais nada, a aproximação da equipe de profissionais que atuam na atenção à saúde da complexidade que envolve o conceito de família.

A percepção do conceito de família enquanto um sistema social composto por atores e autores sociais que se identificam e estabelecem as fronteiras entre essa família e o exterior, coloca os profissionais de saúde e a própria atenção à saúde diante do desafio de consolidar espaços que permitam leituras mais efetivas e integrais envolvendo este conceito²¹.

Em princípio, em relação a essa questão, podemos dizer que quanto mais ampla seja a participação das diferentes categorias na composição das equipes de saúde, mais próximos estaremos de assegurar saúde às famílias.

Uma reflexão mais aprimorada sobre esse tema nos leva a perceber que, se o processo de formação dos profissionais envolvidos não tiver como princípio as construções multiprofissionais e interdisciplinares, pouco se avançará em direção a consolidar os espaços de saúde na família.

A formação do nutricionista, como dos demais profissionais da saúde, ao centrar-se no pensamento biologicista médico-centrado, que tem dificuldade em ver a saúde como um processo produzido socialmente, trabalha o currículo e seus elementos enquanto uma ilha, neutra, isenta das influências da sociedade. Assim, a construção do conceito de saúde se efetiva enquanto ausência de doenças.

Nesse paradigma, as elaborações entre-disciplinas, por serem consideradas ineficientes para a construção do pensamento técnico, ficam relegadas às margens do espaço curricular. Partindo dessa lógica, a postura profissional é moldada num contexto usuário-centrado e que dissemina separadamente os conhecimentos específicos de cada profissão, por serem estes os saberes considerados necessários para que a população possa prevenir doenças. Essa postura profissional corresponde a um modelo de educação em saúde descontextualizado da realidade das famílias e ao fornecimento de informações fragmentadas, incompletas, que podem não fazer sentido para quem, passivamente, as recebe.

A construção de uma proposta educativa voltada para a humanização não acontece simplesmente por reprodução de conhecimentos e conceitos tecnicistas.

Realizar uma proposta educativa voltada para a humanização significa situar os processos e práticas educativas no cerne, nos anseios e necessidades da própria vida humana²³.

As mudanças que reportem para a qualidade na formação não envolvem, necessariamente, propostas mirabolantes ou impossíveis de serem atingidas. O mirabolante, nesse aspecto, abrange os seres humanos e suas vontades individuais de ousar a mudança e construir outro patamar de entendimento que se traduza em nova forma de pensar, nova concepção de ensino, de escola e de profissional.

Já se processa, entretanto, uma lógica diferenciada de ensinar e praticar a nutrição na saúde, a partir de profissionais que buscam construir suas ações de forma diferente, reconhecendo a saúde como um processo produzido socialmente.

Finalmente, em relação à participação do nutricionista na Equipe de Saúde da Família, cabe o registro de que ainda são muitos os caminhos para essa consolidação. No entanto, por meio da experiência em três edições da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC, essa participação fica muito clara quando se percebe que, unido aos demais profissionais, o nutricionista qualifica as ações de saúde em direção à integralidade.

Ficam aqui alguns questionamentos importantes para quem está na prática:

1. Até que ponto a formação profissional responde às necessidades do modelo da ESF? O que falta para que formação e prática se encontrem?

2. Como vem se organizando a atenção em nutrição na Estratégia de Saúde da Família nos municípios brasileiros?

3. Quais os desafios a serem enfrentados pelo nutricionista em sua prática em saúde coletiva? Como essa prática pode ajudar a transformar o modelo de atenção a saúde?

Considerações finais:

Numa perspectiva histórica observamos que o problema da fome entra na agenda política brasileira a partir do apoio de Josué de Castro²⁴, o qual foi um dos maiores intelectuais brasileiros no tema da alimentação e nutrição e segurança alimentar e nutricional. Josué de Castro afirmava que *a fome e a má alimentação e nutrição não são fenômenos naturais, mas sim sociais*, e, portanto, somente por meio de ações sociais e coletivas como a implantação progressiva de políticas públicas de segurança alimentar e

nutricional poder-se-ia transformar em realidade o direito humano à alimentação para todos.

A “questão alimentar e nutricional” precisa ser incorporada às políticas públicas de caráter interdisciplinar que permitam um diálogo entre diferentes áreas e rompam com a dicotomia econômico *versus* social. As políticas econômicas, agrícolas e industriais também têm impactos importantes sobre o padrão alimentar e o perfil nutricional das populações. Promover saúde também é garantir incentivos fiscais e financeiros a agricultores familiares para o investimento em técnicas de manejo e produção agroecológica⁵ e formas de comercialização acessível dessa produção. A promoção da alimentação saudável pressupõe também mecanismos de controle do Estado sobre as estratégias de *marketing* e publicidade de alimentos, principalmente os que se destinam ao público infantil.

O papel do setor saúde precisa ser melhor esclarecido frente às demandas da temática Segurança Alimentar e nutricional . Mesmo os profissionais de saúde precisam ter uma compreensão mais qualificada da proposta, pois cada setor precisa integrar-se nesse campo de atuação. A Lei Orgânica de SAN (LOSAN), aprovada em setembro de 2006, não pode ficar restrita a uma política de governo, mas precisa ter mecanismos institucionais que garantam a articulação necessária a sua implementação enquanto uma política pública intersetorial.

O Estado é um sujeito singular na implementação de políticas públicas que visem o bem estar da população, e por isso precisa assumir a responsabilidade de apoio e proteção da saúde e nutrição da população brasileira. A estratégia de saúde da família é um campo de práticas importante para avançar na perspectiva da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil.

⁵ A agroecologia é uma nova abordagem da agricultura que integra diversos aspectos agronômicos, ecológicos e socioeconômicos, na avaliação dos efeitos das técnicas agrícolas sobre a produção de alimentos e na sociedade como um todo. Visa à produção de alimentos mais saudáveis, e tem como princípio básico o uso racional dos recursos naturais, sem aditivos e contaminantes químicos. A agricultura orgânica é um de seus ramos (BRASIL,2005a).

Referências Bibliográficas:

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
2. VASCONCELOS, E. M. *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. 2º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004
3. Ceccim RB. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Cuidado as fronteiras da integralidade. HUCITEC/ABRASCO, 2004. 259 – 78.
4. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília, Editora MS; 1999.
5. Yasbek MC. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. São Paulo Perspect , 2004; 2 (18).
6. Pinheiro ARO. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. Saúde em Debate 2005; 29 (70):125 – 139.
7. Galeazzi MAM (org). Segurança alimentar e cidadania: as contribuições das universidades paulistas. Campinas (SP): Mercado das Letras; 1996.
8. Valente FLS. Direito humano à alimentação: desafios e conquistas. São paulo: Cortez; 2002.
9. Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional [homepage na internet]. Carta de São Paulo – [acesso em 10 de janeiro de 2005]. Disponível em: <http://www.fbsan.org.br/declaracoes.htm>.
10. Lefèvre F. Mitologia Sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo; 1999.
11. Carlos AFA. A Cidade. São Paulo: Contexto; 1994.
12. Ortigoza AS. O fast food e a mundialização do gosto. Rev Cad de Debate, 1997; 5: 21 – 45.
13. Vasconcelos EM (org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC; 2001.
14. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. 2º ed. São Paulo: HUCITEC; 1999.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar da população brasileira: promovendo uma alimentação saudável. Edição especial. Brasília, Editora MS; 2005 (a).
16. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e de estado nutricional no Brasil - Relatório Final. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
17. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Radar Social, Brasília: IPEA, 2005 (b).
18. Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M (org.). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC; 2004.
19. Monteiro CA (org.). Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2º ed. São Paulo: HUCITEC, Nupens/USP, 2000.
20. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem Epidemiológica da Obesidade. Rev Nutri, out-dez, 2004.
21. Pinheiro R, Mattos RA (org.). Cuidado as fronteiras da integralidade. HUCITEC / ABRASCO; 2004.
22. Althoff CR, Elsen I, Nitschke RG, (org.). Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis (SC): Papa-Livro Editora; 2004.
23. Sacristán JG. O currículo uma reflexão sobre a prática. 3º ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
24. Castro J. Geografia da Fome - o dilema brasileiro: pão ou aço. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira; 2001.
25. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei nº11.346 de 15 de setembro de 2006. Diário Oficial da União (18 de setembro de 2006).