

## Ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: estrutura e processo de trabalho

*Food and nutrition actions in the family health strategy: structure and work process*

*Acciones de alimentación y nutrición en la estrategia salud de la familia: estructura y proceso de trabajo*

*Dixis Figueroa Pedraza<sup>1</sup>; Tarciana Nobre de Menezes<sup>2</sup>; Gabriela Maria Cavalcanti Costa<sup>3</sup>*

### RESUMO

**Objetivo:** caracterizar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da estratégia saúde da família, analisando a estrutura e o processo de trabalho. **Método:** estudo transversal desenvolvido em 2010, em 20(29,85%) das unidades básicas de saúde da família do município de Campina Grande. As informações foram obtidas nas unidades de saúde, mediante questionário individual, aplicado aos enfermeiros, e outro respondido pela equipe de saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (355013300009). **Resultados:** na ausência do nutricionista, os médicos e enfermeiros são os profissionais que desenvolvem as principais atividades de alimentação e nutrição. Esses profissionais, além de não contarem com estrutura adequada, como materiais educativos, enfrentam problemas relacionados à demanda, adesão e situação socioeconômica da população, destacando-se a importância de capacitação profissional. **Conclusão:** o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição na atenção básica precisa de nutricionista que trabalhe com o apoio de uma equipe multidisciplinar.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; avaliação em saúde; programa saúde da família; programas de nutrição.

### ABSTRACT

**Objective:** to characterize food and nutrition actions in the context of the family health strategy, and analyze the structure and work process. **Method:** this cross-sectional study was conducted in 2010 at 20 (29.85%) of the family health primary care units of Campina Grande. Data was collected by questionnaires answered individually by nurses and collectively by the healthcare team. The project was approved by the UEPB research ethics committee (No. 0355013300009). **Results:** in the absence of nutritionists, doctors and nurses conduct the main food and nutrition activities. These professionals, in addition to lacking proper structure, such as educational materials, face problems related to user population demand, adherence and socioeconomic status, and professional training is particularly important. **Conclusion:** food and nutrition actions in primary health care require the inclusion of nutritionists working with the support of a multidisciplinary team.

**Keywords:** Primary health care; health evaluation; family health program; nutrition programs.

### RESUMEN

**Objetivo:** caracterizar las acciones de alimentación y nutrición en el ámbito de la estrategia salud de la familia, analizando la estructura y el proceso de trabajo. **Método:** estudio transversal desarrollado en 2010 en 20 (29,85% de las unidades básicas de salud de la familia del municipio de Campina Grande. Las informaciones fueron obtenidas en las unidades de salud mediante aplicación de un cuestionario individual, aplicado a los enfermeros, y otro respondido por los miembros de las unidades. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones de la UEPB (355013300009). **Resultados:** en la ausencia de nutricionista, los médicos y enfermeros son los profesionales que desarrollan las principales actividades de alimentación y nutrición. Esos profesionales, además de no contar con estructura adecuada, como materiales educativos, enfrentan problemas relacionados a la demanda, adhesión y situación socioeconómica de la población, destacando-se la importancia de capacitación profesional. **Conclusión:** el desarrollo de las acciones de alimentación y nutrición en la atención primaria necesita de nutricionista que trabaje con el apoyo de una equipe multidisciplinar.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; evaluación en salud; programa salud de la familia; programas de nutrición.

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado como estratégia saúde da família (ESF), surgiu como estratégia de reorganização da atenção básica no Brasil, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente curativo e hospitalocêntrico, por um modelo sintonizado com

os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1,2</sup>. A ESF apresenta como características a adscrição da clientela, enfoque familiar, estruturação de equipe multiprofissional, ação preventiva em saúde, detecção de necessidades da população e atuação intersetorial para a promoção da saúde<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Doutor em Nutrição. Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: dixisfigueroa@gmail.com.

<sup>2</sup>Doutora em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: tnmenezes@yahoo.com.br.

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: gabymcc@bol.com.br.

Apesar de se reconhecer que há graus distintos de implementação da ESF nas diferentes localidades do país, avaliações vêm apontando bons resultados em termos de cobertura e efeitos positivos nas taxas de morbimortalidade<sup>1-4</sup>. Entretanto, limitações técnicas e físicas, relacionadas à capacidade de prestar a atenção integral esperada, também têm sido apontadas<sup>3,4</sup>.

Desde a Reforma Sanitária, o trabalho em equipe multiprofissional é destaque na política de saúde, pautando-se na interdependência e complementaridade das ações desenvolvidas pelos diversos agentes de saúde. A atuação multiprofissional pressupõe a atividade coletiva, a cooperação na elaboração e execução de ações de intervenção técnica, possibilitando considerar os sujeitos em sua integralidade. Estabelece-se, assim, a exigência de profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem as mudanças necessárias na organização dos serviços – trabalho em equipe, competências compartilhadas e humanização no atendimento<sup>5</sup>.

A alimentação e nutrição, como requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, ficaram plenamente consolidadas no plano operacional do SUS, em 1990, com a Lei nº8.080, e afirma-se no processo histórico da Política Nacional de Alimentação e Nutrição<sup>6,7</sup>. Por ocasião da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em 2007, verificou-se a necessidade de fortalecer as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde<sup>6</sup>. A oferta de ações primárias de alimentação e nutrição na atenção básica, de forma multidisciplinar, e a incorporação qualificada do nutricionista e são essenciais para o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde<sup>5</sup>.

As ações de alimentação e nutrição no contexto da atenção básica, em particular na ESF, representam papel fundamental, ainda, por demandas crescentes de atenção à saúde decorrentes da atual situação epidemiológica do Brasil representada por uma carga de determinantes: uma agenda não concluída de combate a infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas de morbimortalidade<sup>7</sup>. Tal perfil exige uma reflexão profunda que indica a necessidade de agentes transformadores na perspectiva da determinação social da saúde e alimentação<sup>8,9</sup>.

O presente estudo, considerando ainda a escassez de publicações com foco em alimentação e nutrição no contexto da ESF<sup>10</sup>, teve como objetivo caracterizar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da ESF, analisando a estrutura e o processo de trabalho.

## REVISÃO DE LITERATURA

Entre os modelos de avaliação dos serviços de saúde destaca-se o desenvolvido por Donabedian. Esse modelo sugere, entre outras variáveis, que boas condições de estrutura são indispensáveis para um bom

processo, o que conduz a melhores desfechos. Nesse sentido, a estrutura refere-se aos atributos materiais e organizacionais, relativamente estáveis, que proporcionam a assistência. O processo, por sua vez, refere-se ao fazer no exercício de tal assistência<sup>11-13</sup>.

Nessa conjuntura, o enfermeiro representa um importante membro da equipe básica multidisciplinar na ESF, sendo elo ativo no processo de consolidação da estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde. Além disso, o enfermeiro tem grande importância na equipe multiprofissional de saúde, no contexto da ESF, por suas atribuições, como a supervisão das atividades de outros profissionais (agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem), e competências esperadas em relação às capacidades de liderança e de gerenciamento<sup>14,15</sup>.

## METODOLOGIA

Este estudo faz parte da pesquisa intitulada *Atenção básica à saúde (ABS) no município de Campina Grande, Paraíba: avaliação do desempenho e efetividade da estratégia saúde da família e da incorporação das ações de alimentação e nutrição*. Trata-se de um estudo transversal utilizando medidas de dois níveis (estrutura e processo).

O estudo foi realizado no município de Campina Grande, Paraíba, entre os meses de junho e dezembro de 2010. O município foi escolhido por possuir área geograficamente delimitada com unidades básicas de saúde da família (UBSF), razoável tradição histórica de organização de serviços de ABS, e parceria entre academia e gestores/equipes de saúde. Campina Grande é o segundo maior município do Estado, com população de 376.060 habitantes, pioneiro na implantação do PSF, em 1994<sup>16</sup>. Possuía, na época da pesquisa, um sistema de saúde composto por seis distritos sanitários com 67 UBSF, perfazendo uma cobertura de 71% da população<sup>17</sup>.

A unidade de coleta foi a UBSF, independente da quantidade de equipes. Foi considerado o estudo de 20 (29,85%) das UBSF do município. Estas foram selecionadas segundo três parâmetros de escolha: se situarem em áreas da cidade com situação socioeconômica semelhante, serem unidades consideradas de bom padrão relativo de atendimento, apresentarem baixa rotatividade de servidores. O sorteio ocorreu de forma aleatória, considerando a divisão por distritos sanitários com a finalidade de representar os diferentes espaços geográficos/áreas da cidade.

A ESF tem o enfermeiro como um importante membro da equipe básica multidisciplinar<sup>18</sup>. No município de Campina Grande, este representa 41,81% dos profissionais de nível superior (odontólogos - 40; médicos - 88; enfermeiros - 92) da equipe básica atuantes nas UBSF. Assim, na representação dos profissionais de saúde, um enfermeiro, selecionado aleatoriamente, foi entrevistado em cada unidade para a obtenção de alguns dados de caracterização.

A avaliação dos serviços de saúde abordou duas dimensões, estrutura e processo. As informações sobre a estrutura foram obtidas utilizando questionário padronizado com perguntas fechadas e respondido individualmente pelos enfermeiros. Foram abordadas questões sobre a composição da equipe (recursos humanos), equipamentos antropométricos, protocolos para orientar as ações de alimentação e nutrição, estoques para suplementação e reidratação oral, e cartazes com fins educativos em questões de alimentação.

As informações sobre o processo de trabalho foram obtidas utilizando dois instrumentos. Primeiramente, utilizou-se um instrumento coletivo com questões abertas relacionadas ao desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição (promoção da alimentação saudável, acompanhamento nutricional das gestantes, acompanhamento nutricional das crianças atendidas no âmbito do Programa de Combate às Carências Nutricionais e no âmbito do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/ Programa Bolsa Família), que foi respondido em reunião da equipe da unidade de saúde. O segundo instrumento, com questões fechadas, abordou as atividades educativas de alimentação e nutrição desenvolvidas pelos enfermeiros, bem como a realização pela equipe de saúde do diagnóstico alimentar e nutricional da população assistida.

Os dados de cada UBSF foram organizados em planilhas eletrônicas do *Office Excel (Microsoft Inc., Estados Unidos)*. Foi realizada análise tabular, sendo calculadas as frequências para cada variável. Os dados foram processados e analisados com a utilização do *software R (R CORE TEAM, 2014)*.

As entrevistas foram realizadas após consentimento informado dos sujeitos, conforme termo

específico, que assegurava o anonimato. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (parecer nº 0355013300009) e obedeceu aos princípios éticos da pesquisa segundo a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 20(100%) enfermeiros, sendo 19(95%) deles do sexo feminino com idade média de 34,5 anos (DP=8,7anos). Todos os enfermeiros ingressaram no cargo por meio de concurso público e, quando questionados quanto à satisfação com o vínculo empregatício, 19(95%) responderam positivamente. A maior parte, 17(85%), não recebia incentivo salarial pelo município e, 11(55%) não desempenhavam outras atividades profissionais. Considerando a formação, destaca-se que 16(80%) tinham especialização e apenas 4(20%) mestrado.

Quanto à composição das equipes, observou-se que todas tinham médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Das 20 (100%) equipes, 12 (60%) tinham odontólogos e auxiliares de consultório dentário. O nutricionista não fazia parte de nenhuma das equipes e, em todas elas, os médicos ou enfermeiros foram referenciados como os profissionais que desenvolvem as principais atividades relacionadas com as questões de alimentação e nutrição.

Considerando os itens de avaliação da estrutura, o instrumental antropométrico foi o mais completo, seguido dos estoques para suplementação e reidratação oral, conforme mostra a Tabela 1.

**TABELA 1:** Recursos da estrutura material relacionados à alimentação e nutrição disponíveis nas unidades básicas de saúde da família no município de Campina Grande (PB), 2010 (N=20).

Recursos materiais disponíveis	f	%
<b>Equipamentos antropométricos</b>		
Equipamento para medir crianças	20	100
Balança para pesar crianças	20	100
Equipamento para medir e/ou pesar adultos	20	100
<b>Protocolos</b>		
Administração de suplemento de ferro	17	85
Administração de suplemento de vitamina A	18	90
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças	17	85
Acompanhamento e orientação sobre a saúde da criança (Caderneta de Saúde da Criança)	18	90
Promoção do aleitamento materno	16	80
Atendimento da criança desnutrida	12	60
<b>Estoques para suplementação e reidratação oral</b>		
Suplemento de ferro	19	95
Suplemento de vitamina A para crianças menores de um ano	17	85
Suplemento de vitamina A para crianças entre 12 e 59 meses	18	90
Soro de reidratação oral	19	95
<b>Cartazes expostos com fins educativos</b>		
Anemia	1	5
Deficiência de vitamina A	1	5
Orientação alimentar	3	15
Aleitamento materno	12	60
Alimentação pós-desmame	1	5

Protocolos de atenção e cuidado relativos à área de alimentação e nutrição e cartazes com fins de educação nutricional foram caracterizados com menor disponibilidade. Segundo os resultados, a exceção do protocolo de atendimento da criança desnutrida, todos os itens que estavam indisponíveis, em no mínimo 5(25%) das unidades, foram os relativos a fins educativos por meio de cartazes; 1(5%) única unidade estava com cartazes expostos sobre alimentação pós-desmame, anemia e deficiência de vitamina A; cartazes sobre aleitamento materno e orientação alimentar estavam expostos em 12(60%) e 3(15%) das unidades, respectivamente.

No que se refere ao processo de trabalho desenvolvido nas UBS, atividades de promoção da saúde foram realizadas em 13(65%) das unidades, enquanto atividades de apoio nutricional a pessoas com obesidade, diabetes e hipertensão foram desenvolvidas em 12(60%). O acompanhamento nutricional das gestantes, o acompanhamento nutricional das crianças, as atividades no âmbito do Programa de Combate às Carências Nutricionais e as atividades no âmbito do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/Programa Bolsa Família foram realizadas em 14(70%) das unidades.

Considerando as principais dificuldades e sugestões para o desempenho das atividades, foram apontadas a estrutura física como principal entrave e a diminuição da demanda como principal parâmetro a ser alcançado para o adequado exercício profissional. Problemas de recursos materiais (material didático/fichas/suplementos inadequados em quantidade e/ou qualidade), excesso de trabalho, inclusive burocrático, e a situação socioeconômica da população também foram mencionados como importantes dificuldades para o desenvolvimento da maioria das ações. Para melhorar o desempenho, foram sugeridas: a capacitação profissional, a disponibilidade de nutricionista e a sensibilização/aceitação da população.

Em relação ao diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional, oito enfermeiros indicaram que suas equipes não realizam esta ação. No diagnóstico, os aspectos tratados em 10 ou mais das unidades, em ordem decrescente, foram os indicadores de morbidade e mortalidade, as condições de saneamento,

a caracterização geográfica, a identificação de grupos vulneráveis e a análise dos programas e atividades desenvolvidos. Enfermeiros, a minoria, relataram a inclusão dos seguintes itens no diagnóstico realizado pela equipe: plano de ação, avaliação crítica da situação encontrada, indicadores socioeconômicos, indicadores demográficos, indicadores nutricionais.

Em relação às atividades educativas sobre alimentação e nutrição desenvolvidas pelos enfermeiros, observa-se que as orientações sobre aleitamento materno até os dois anos e sobre a alimentação da criança constituíram as duas atividades menos realizadas, como mostrado na Tabela 2. Atividades sobre alimentação durante a gravidez e práticas alimentares saudáveis foram desempenhadas por 16 (80%) dos enfermeiros; e sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses por todos os enfermeiros.

## DISCUSSÃO

Apesar da carência de estudos sobre o tema, outras pesquisas, como a presente, também revelaram que médicos e enfermeiros realizam as principais abordagens de alimentação e nutrição na ESF<sup>18-20</sup>. No Brasil, a formação de graduação do médico e do enfermeiro carece de informação que os habilite para atuar na área de nutrição<sup>21</sup>. Reduzido é também o número de profissionais médicos e enfermeiros da ESF com formação *stricto sensu* na área de saúde pública, a qual poderia ajudar a corrigir o problema<sup>21,22</sup>. Ainda, essa problemática revela-se mais intensa ao considerar a formação e práticas do modelo fragmentado, tecnicista e curativista, que permeia o trabalho desses profissionais<sup>23-25</sup>.

Esses são elementos que podem conduzir a problemas na abordagem das questões de alimentação e nutrição, ou à sua omissão. Neste estudo, as dificuldades encontradas ao indagar a equipe de saúde e os enfermeiros foram análogas às descritas com profissionais de diferentes áreas da saúde de outras localidades<sup>18-20,26,27</sup>. Remete-se, assim, à demanda por capacitação em nutrição atrelada à deficiência de conhecimentos, bem como à importância abjudicada à educação nutricional<sup>18,19,26-28</sup>.

A respeito das ações de promoção à saúde e da alimentação saudável que podem ser desenvolvidas por

**TABELA 2:** Temas de atividades educativas relacionadas à alimentação e nutrição desenvolvidas pelos enfermeiros das unidades básicas de saúde da família do município de Campina Grande (PB), 2010 (N=20).

Temas das orientações realizadas	f	%
Aleitamento materno exclusivo	18	90
Amamentação	19	95
Alimentação da criança	13	65
Alimentação durante a gravidez	16	80
Práticas alimentares saudáveis	16	80
Estilos de vida saudáveis	17	85
Aleitamento materno exclusivo até os seis meses	20	100
Aleitamento materno até os dois anos	12	60
Introdução de outros alimentos depois dos seis meses	17	85
Alimentação nos casos de crianças com problemas de crescimento	18	90

médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, é louvável manifestar que as mesmas podem ser fortalecidas com as orientações dos guias alimentares: Guia Alimentar para a População Brasileira<sup>29</sup> e Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos, recentemente revisado e sumarizado<sup>30</sup>. No âmbito do Programa de Combate às Carências Nutricionais, almeja-se que os profissionais das equipes da ESF potencializem essa ação, estimulando, por meio da educação alimentar e nutricional, o consumo dos alimentos fortificados (sal iodado e farinhas com ferro e ácido fólico)<sup>7</sup>. Para o apoio nutricional a pessoas com obesidade, diabetes e hipertensão, os profissionais da equipe de saúde na atenção básica podem usar o Caderno de Atenção Básica nº 12, direcionado à organização da atenção ao paciente com sobrepeso<sup>31</sup>. Adicionalmente, a estrutura deficiente de Campina Grande, em relação à disponibilidade de cartazes com fins educativos pertinentes a programas prioritários da área de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, mostra que a efetiva implementação desses programas no âmbito da ESF ainda se configura como um grande desafio para os gestores e profissionais do município. Os materiais educativos para apoiar a prática relacionada a esses programas encontram-se disponíveis na página eletrônica da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição.

Outros obstáculos para o desempenho das abordagens de nutrição, colocados pelos profissionais da ESF, do município de Campina Grande, também foram registrados em diferentes estudos, a exemplo da falta de tempo/excesso de trabalho/alta demanda<sup>18,28</sup>, a situação socioeconômica desfavorável da população<sup>27,28</sup> e a dificuldade em conseguir adesão/aceitação às orientações<sup>18,28</sup>. Percebe-se, novamente, a falta de capacitação, pois a falta de adesão da clientela pode refletir abordagens inadequadas à visão dos pacientes como participantes ativos<sup>32</sup>.

Nesse sentido, e considerando ainda a relevância da situação socioeconômica, há que destacar a necessidade de uma compreensão ampla dos problemas vivenciados pela comunidade no modelo da produção social do estado nutricional e da saúde, que faz da problemática da capacitação não somente uma conexão indispensável ao conhecimento específico em nutrição, senão também ao conhecimento de estratégias educativas. Este é um desafio para todos os profissionais da ESF que tem nas práticas educativas a mesma responsabilidade. Por outro lado, deve-se considerar, também, que o diagnóstico da situação alimentar e nutricional é uma ferramenta essencial para o planejamento e subsídio das ações de alimentação e nutrição.

Por fim, as dificuldades dos profissionais para trabalhar os temas de alimentação e nutrição remetem à necessidade da inserção do nutricionista na equipe da

ESF. Ao estudar a percepção entre profissionais de saúde de diferentes áreas, os entrevistados do município de Vitória de Santo Antão (PE)<sup>28</sup> apontaram 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). Resultado similar foi constatado ao estudar profissionais de saúde em cinco municípios representativos de cada uma das regiões do país<sup>27</sup>. Entretanto, no município de São Carlos (SP)<sup>18</sup> enquanto alguns profissionais relataram ser importante e necessária a inclusão do nutricionista na equipe mínima, outros manifestaram o contrário. Esses últimos alegam que o trabalho de outros profissionais poderia suprir as necessidades de atendimento nutricional à população se capacitados a lidarem com seus pacientes de maneira mais ampla, incluindo conhecimentos específicos de nutrição, sendo desnecessária a atuação do nutricionista nas unidades de saúde em período integral.

Há que ressaltar que a necessidade da incorporação do nutricionista nas equipes da ESF baseia-se no fato de que a ausência deste profissional confronta-se com o princípio da integralidade das ações de saúde, pois nenhum outro profissional da saúde possui formação para atuar na área de alimentação e nutrição dentro das comunidades com contribuições importantes na promoção da saúde da população<sup>33</sup>. A importância da participação do nutricionista e sua integração nas equipes de saúde estão estabelecidas em sua formação acadêmica que o capacita a realizar o diagnóstico nutricional da população e propor as devidas orientações dietéticas adequadas a esse perfil e à realidade familiar<sup>34</sup>. O nutricionista é o profissional capacitado e legalmente habilitado para tal atuação<sup>6,35</sup>. Nesse contexto, a vigilância alimentar e nutricional destaca-se como ação que constitui, na gestão municipal, a base para a formulação e implementação de políticas públicas<sup>6</sup>.

Vale reforçar que o arcabouço legal para a formação do nutricionista garante a efetiva inserção deste profissional no SUS, a partir de três conceitos: a capacitação com objetivos precípuos do SUS (promoção, manutenção e recuperação da saúde); a formação de competências e habilidades gerais consoantes às dos outros profissionais de saúde (atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente), destacando a possibilidade de inserção nos três níveis de atenção; a formação de competências e habilidades específicas importantes para as ações do SUS<sup>35</sup>. A atuação do nutricionista na ABS estabelece-se em duas dimensões, a gestão e a assistência das ações de alimentação e nutrição<sup>6</sup>.

Contudo, a ausência do nutricionista na equipe de saúde da família tem sido atribuída a fatores como a vontade política, a falta de recursos financeiros, o baixo reconhecimento social, a desvalorização profissional e as representações que os gestores constroem a respeito da

sua atuação profissional<sup>19,37</sup>. Nesse contexto, pesquisas têm apontado que, em contraposição ao aumento do número de nutricionistas no Brasil, há uma manutenção histórica de baixo percentual de profissionais atuando na área de Nutrição e Saúde Coletiva, na qual a ABS está inserida<sup>35,36</sup>.

A criação e consolidação dos NASF constituem, na conjuntura anterior, uma oportunidade ímpar para reverter essa situação. Com a inserção do nutricionista nas equipes dos NASF, as ações de alimentação e nutrição na ABS foram fortalecidas através do matriciamento e intersectorialidade das ações<sup>7</sup>. Esse pode ser o espaço ideal para gerar um maior conhecimento sobre o núcleo de competências do nutricionista e apreender a necessidade de sua inserção nos NASF e/ou nas equipes das UBSF. Ao lado de outros profissionais de saúde, com os quais já dialoga nos espaços da clínica hospitalar e ambulatorial, a participação do nutricionista é importante no projeto de transformação da história da saúde no Brasil, num processo encorajado ao trabalho em equipe multidisciplinar, capaz de conceber a saúde na sua dimensão coletiva, como consta no próprio discurso oficial do PSF, ao referir que o mesmo não é centrado no trabalho médico, mas de uma equipe multiprofissional, na qual todos os saberes devem ser respeitados<sup>38</sup>. A importância de ações integradas em equipe no contexto da ESF tem sido igualmente apontada em pesquisas anteriores, inclusive no que se refere ao papel do enfermeiro em ações de alimentação e nutrição, destacando-se como um grande desafio<sup>25,38,39</sup>.

## CONCLUSÕES

Médicos e enfermeiros são os profissionais que desenvolvem as principais atividades de alimentação e nutrição no âmbito dos cuidados primário à saúde. O desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição na ESF é prejudicado por problemas de estrutura, como a falta de materiais educativos, e de adesão da população. Destaca-se a importância de capacitação profissional considerando que muitos profissionais não atuam em temas básicos como a promoção da saúde e da alimentação saudável, bem como no diagnóstico da situação alimentar e nutricional. O desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição na atenção básica precisa de nutricionista que trabalhe com o apoio de uma equipe multidisciplinar.

Este estudo apresenta limitações por seu espectro relacionado ao local de estudo – investiga a realidade de apenas um município, impedindo a generalização dos resultados, característica descritiva e forma de obtenção das informações que priorizou as respostas dos próprios profissionais com possibilidade de viés de informação.

## REFERÊNCIAS

- Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(4):809-19.
- Gomes KO, Cotta RMM, Euclides MP, Targueta CL, Priore SE, Franceschini SCC. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(Supl 1):S1473-82.
- Almeida PF, Giovannella L. Atenção Primária Integral à Saúde: indicadores para avaliação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.
- Almeida PF, Fausto MCR, Giovannella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2):84-95.
- Ministério da Saúde (Br). Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- Lang RMF, Rivas MGTO. O nutricionista e as ações de nutrição em saúde. In: Taddei JA, Lang RMF, Longo-Silva G, Toloni MHA, editores. *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2011. p. 437-53.
- Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr*. 2011; 24(6):809-24.
- Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(7):1674-81.
- Recine E, Gomes RCF, Fagundes AA, Pinheiro ARO, Teixeira BA, Sousa JS, et al. A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. *Rev Nutr*. 2012; 25(1):21-33.
- Vasconcelos IAL, Santos LMP. Research potential of food and nutrition in the Family Health Strategy: A structured review. *Rev Nutr*. 2014; 27(1):107-26.
- Donabedian A. The quality of care – how can it be accessed? *JAMA*. 1988; 260:1145-50.
- Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(Supl 1):S61-8.
- Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, VilasBôas ALQ et al. Atenção Primária à Saúde: Estrutura das Unidades Como Componente da Atenção à Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(Supl 1):69-81.
- Silva VG, Motta MCS, Zeitoun RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. *Rev Eletr Enf*. 2010; 12(3):441-8.
- Barbosa RC, Lorenzini E, Bazzo K, Silva EF. Liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2013; 4(2):428-38.
- Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (PB). Programa Saúde da Família: projeto de implantação. Campina Grande (PB): Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande; 1994.
- Ministério da Saúde (Br). [site de Internet]. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. [citado em 29 jun 2016]. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=25&VMun=250400&VSubUni](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=25&VMun=250400&VSubUni)>.
- Camossa ACA, Telarolli Junior R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Rev Nutr*. 2012; 25(1):89-106.
- Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutr*. 1999; 12(3):261-72.
- Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev Nutr*. 2006; 19(4):413-24.
- Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
- Gil CRR. Formação de Recursos Humanos em saúde da família:

- paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):490-8.
23. Mulato SC. Enfermagem tradicional, atual e do futuro: a visão de docentes de enfermagem. *Rev enferm UERJ* 2010; 18(4):572-7.
24. Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Rev enferm UERJ* 2012; 20(5):676-80.
25. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev bras educ med*. 2009; 33(3):393-403.
26. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1):55-61.
27. Sousa MF, Hamann EM, Mendonça AVM. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(1):49-57.
28. Costa KAO, Santana PR. A importância e o papel do nutricionista na Atenção Básica em Vitória de Santo Antão / PE. *Tempus - Actas Saude Colet*. 2011; 5(4):67-85.
29. Ministério da Saúde (Br). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
30. Ministério da Saúde (Br). Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
31. Ministério da Saúde (Br). Obesidade: caderno de atenção básica número 12. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
32. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(1):151-60.
33. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16 (Supl 1):797-804.
34. Mattos PF, Neves AS. A importância da atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde. *Práxis*. 2009; 1(2):11-5.
35. Vasconcelos FAG. A inserção do nutricionista no Sistema Único de Saúde. In: Taddei JA, Lang RMF, Longo-Silva G, Toloni MHA, editores. *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2011. p. 423-35.
36. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Cienc Saude*. 2008; 1(1):33-42.
37. Ministério da Saúde (Br). Abrindo a porta para dona saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
38. Ribeiro SP, Oliveira DS, Fernandes SLSA, Felzemburgh RDM, Camargo CL. O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. *Rev enferm UERJ* 2014; 22(1):89-95.
39. Monteiro AI, Santos ADB, Macedo IP, Gurgel PKF, Cavalcante JMP. A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Rev enferm UERJ* 2011; 19(3):426-31.