

**REFLEXÕES SOBRE SAÚDE, NUTRIÇÃO E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO CONTEXTO DE INTEGRALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
JANES NOBRE DE SENA¹; MÁRCIO DA SILVA PEREIRA²; RENAN
BARBOSA RODRIGUES³**

¹Graduado em Ciências da Nutrição pela Universidade de Fortaleza (2008). Possui experiência com gestão de projetos sociais, alimentação escolar, unidade de alimentação e nutrição e refeições transportadas para hospitais e sistema penitenciário. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Atuação em docência como preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza. Atualmente graduando em medicina no Centro Universitário CHRISTUS de Fortaleza, Ce.

² Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus). Membro da Liga Acadêmica de Neurociências Nunjo Finkel (Neuroglia), Liga Cearense de Neurologia e Neurocirurgia (LICENNE) e da Liga Acadêmica de Medicina Legal (LML). Bolsista do Programa de Iniciação Científica do Centro Universitário Christus na área de Epidemiologia e Clínica Médica (Cardiologia). Tem experiência na área de Medicina.

³Acadêmico de Medicina. Atualmente é vice-presidente da Liga Cearense de Neurologia e Neurocirurgia e realiza iniciação científica pelo Centro Universitário Christus na área de Terapia Intensiva com ênfase em distúrbios ácido-básicos.

Contato: Márcio da Silva Pereira - marcio7x@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO O nutricionista possui como prioridade de estudo na sua formação a avaliação da situação nutricional dos indivíduos e grupos, as ciências dos alimentos associados à prevenção e tratamento das patologias e as metodologias de desenvolver educação nutricional, o que justifica a sua inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF).

OBJETIVO Realizar uma revisão de literatura sobre a atuação do nutricionista na Estratégia Saúde da Família (ESF), discutindo a inserção e os processos de trabalho deste profissional no segmento da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). **METODOLOGIA** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no período de 2012 a 2014, englobando estudos que abordam sobre a atuação do nutricionista na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tanto, utilizou-se legislação pertinente, livros, bem como trabalhos científicos divulgados nas bases de dados SCIELO, LILACS, PubMed, Medline e Bireme. **RESULTADOS E**

DISCUSSÃO A transição epidemiológica e nutricional do Brasil coloca as intervenções em nutrição como necessidade primordial para o cuidado aos usuários da ESF, principalmente devido o potencial de prevenção e promoção em saúde além da terapêutica de cuidado e reabilitação as morbidades que mais tem incidido sobre os usuários do SUS. **CONCLUSÃO** Entende-se que a atuação do nutricionista na ESF é de alta complexidade devido à generalidade de conhecimentos demandados para intervenções em saúde a todos os ciclos de vida, considerando os estudos epidemiológicos, o domínio de sistemas de informações, a práticas em vigilância sanitária e ambiental, a educação em saúde, a promoção de SAN e uma clínica ampliada.

PALAVRAS-CHAVE: Nutricionista, Estratégia Saúde da Família, Saúde Pública

ABSTRACT

INTRODUCTION The nutritionist has as a priority in their training study assessing the nutritional situation of individuals and groups, Food Sciences associated with the prevention and treatment of pathologies and methodologies to develop nutritional education, which justifies its insertion in the family health strategy (FHS). **OBJECTIVE** To conduct a review of the literature on the role of the nutritionist in the family health strategy (FHS), discussing the insertion and work processes of this professional in the segment of the basic attention of Sistema Único de Saúde (SUS). **METHODOLOGY** This is an integrative literature review, held in the period from 2012 to 2014, encompassing studies that discuss about the role of the nutritionist in the family health strategy (FHS). To this end, relevant legislation was used, books and scientific papers published in databases SCIELO, LILACS, Bireme, Medline and PubMed. Results and discussion the epidemiological and nutritional transition of Brazil put interventions in nutrition as a primary need for careful users of ESF, mainly because of the potential for prevention and promotion in addition to health care and rehabilitation therapy the morbidities that more has focused on users of SUS. **CONCLUSION** It is understood that the role of the nutritionist in the ESF is highly complex because of the generality of knowledge defendants for health interventions to all lifecycles, considering the epidemiological studies, the domain of information systems, the sanitary and environmental surveillance practices, health education, promotion of SAN and a larger clinic.

KEYWORDS: Nutritionist, Family Health Strategy, Public Health

INTRODUÇÃO

A formação do nutricionista no Brasil teve influências da América latina, Europa e EUA. Inicialmente planejada para atender as necessidades dos serviços hospitalares, a categoria profissional de Nutrição teve suas práticas de atuação subordinadas à intelectualidade médica (ALMEIDA-BITTENCOURT; RIBEIRO; NAVES, 2009).

O surgimento de políticas e programas populistas, com enfoque na alimentação a fim de aliviar as tensões sociais inerentes ao capitalismo, gerou outra área de atuação mais aproximada da saúde coletiva, principalmente, devido ao seu caráter assistencialista que demandou novas práticas do nutricionista. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004)

A partir dessa constatação, observam-se vários fatores que demandam da saúde pública do país ações de intervenções em alimentação e nutrição. Desse modo, a atual condição de transição epidemiológica e nutricional, que acomete a população brasileira, mostra um cenário com a prevalência dos agravos provenientes da carência nutricional e risco para segurança alimentar e nutricional (SAN) em grupos com vulnerabilidade social, além de aumento gradativo da incidência da obesidade e suas co-morbidades (BERNADON, 2011).

A alimentação desde as práticas da medicina tradicional tem obtido o reconhecimento de sua função terapêutica. Porém, com a evolução das ciências da alimentação, adquiriu-se o reconhecimento científico a respeito das influências dos hábitos alimentares e estado nutricional sobre a condição de saúde de um indivíduo e/ou população.

O nutricionista possui como prioridade de estudo na sua formação a avaliação da situação nutricional dos indivíduos e grupos, as ciências dos alimentos associados à prevenção e tratamento das patologias e as metodologias de desenvolver educação nutricional, o que justifica a sua inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo principal de combater o sofrimento da população pelos agravos resultantes da atual condição de transição epidemiológica e nutricional da nação. As oportunidades para atuação deste profissional na ESF ainda são restritas e escassas em todo o país (BOSI, 1996).

A fim de ampliar a resolutividade dos problemas dos usuários de saúde assistidos pela ESF foram criados os núcleos de apoio à saúde da família (NASF). Este programa inseriu outras categorias profissionais de saúde, dentre elas a nutrição, que, até então, não estava inserida na equipe mínima da ESF. Desta forma ameniza-se a lacuna da ausência da assistência em ações no eixo técnico de alimentação e nutrição.

A ESF fundamentada nos princípios do SUS tem o objetivo de desenvolver promoção de saúde a partir de intervenções sobre os determinantes de saúde e doença do território de

responsabilidade sanitária. O profissional de saúde inserido na ESF não pode ter um prática reducionista ao enfoque biológico (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

O nutricionista também encontrará dificuldades da aplicabilidade de seus conhecimentos se atuar de forma reduzida as questões do sistema digestório e da bioquímica dos alimentos. Existe uma necessidade real de ampliar sua atuação para uma melhor observância das questões sócio-econômicas e culturais a que os usuários estão inseridos (PEDROSO, CUNHA, 2008).

Tendo em vista esses aspectos, o presente estudo objetiva realizar uma revisão de literatura sobre a atuação do nutricionista na Estratégia Saúde da Família (ESF). Será discutido a inserção e os processos de trabalho deste profissional no segmento da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, analisou-se o histórico da formação profissional do nutricionista no Brasil associado ao histórico da ESF, a partir das justificativas quanto à importância da sua presença nas intervenções em saúde relativas ao eixo de alimentação e nutrição aos usuários do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no período de 2012 a 2014, englobando estudos que abordam sobre a atuação do nutricionista na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tanto, utilizou-se legislação pertinente, livros, bem como trabalhos científicos divulgados nas bases de dados SCIELO, LILACS, PubMed, Medline e Bireme.

Foram aplicados indexadores em português (Estratégia Saúde da Família, Nutricionista, Sistema Único de Saúde, Educação Alimentar e Nutricional), em inglês (*Family Health , Nutritionist*) e em espanhol (*Salud de la Familia, Nutricionista*).

Após a identificação do material que continha algum dos descritores acima relacionados, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas, prosseguiu-se para avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas, coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos dos trabalhos, a fim de se tecer algumas considerações acerca do objeto de estudo desta pesquisa.

Dessa forma, das 157 bibliografias analisadas 113 foram excluídas através da leitura seletiva e analítica por não se adequarem completamente ao objetivo do presente estudo. Foram mantidos os estudos que atenderam aos critérios de inclusão: trabalho original, relato de experiência, artigo de revisão e meta-análise, publicado no período de 1994 a 2014.

REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

UM BREVE HISTÓRICO DA CIÊNCIA DA NUTRIÇÃO E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A importância da alimentação para saúde do homem vem de tempos remotos, cerca de 2500 anos a.C., Hipócrates, considerado o pai da medicina, afirmava que a alimentação é responsável pela manutenção da saúde e prevenção de doenças, dizendo “Permita que o alimento seja teu medicamento e que o medicamento seja teu alimento” (VASCONCELOS, 2002).

Na modernidade com a revolução industrial, demandando uma atenção mínima aos trabalhadores das fábricas esta ciência se torna indispensável na contribuição da garantia do sistema capitalista. Fez-se necessária a aplicabilidade de um saber técnico específico quanto à produção, armazenamento e distribuição de refeições considerando as necessidades fisiológicas e patológicas do homem.

Conseqüentemente o adoecimento da população devido a aquisição de novos hábitos alimentares dos tempos modernos, resultados da inserção da mulher no mercado de trabalho, a prática de *fast food* e a produção de alimentos em grande escala através da indústria alimentar e a agropecuária, torna a discussão sobre Nutrição na forma de ciência indispensável a sobrevivência da raça humana (LIMA, 1998).

No Brasil, a luta por um Sistema Único de Saúde, que garanta acesso universal, de maneira a respeitar a equidade das necessidades surge a Estratégia Saúde da Família com a finalidade de promover saúde para além de ações curativas, realizando a prevenção e a emancipação de seus usuários a partir de uma atenção integral em parceria com a participação popular e diversos setores da sociedade.

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Ao ser desenvolvido sobre esses princípios, o processo de construção do Sistema Único de Saúde visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira. (SECRETARIAS DE POLÍTICAS DA SAÚDE, 2000, p.317)

Logo, diante de uma condição de transição epidemiológica e nutricional da população brasileira em que doenças crônicas degenerativas são as maiores causadoras de morbimortalidade em concomitância com a permanência da condição de miséria e doenças carenciais, o eixo alimentação e nutrição se torna necessário nesta busca pela atenção integral.

O nutricionista como profissional que estuda na sua formação a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação em saúde através das ciências da Nutrição tem o compromisso de superar as imposições políticas das profissões dominantes e inserir-se na Estratégia Saúde da Família e assim vivenciar a plenitude da aplicação de seu saber associado aos benefícios à nossa sociedade.

A CIÊNCIA DA NUTRIÇÃO E O NUTRICIONISTA NO BRASIL

No Brasil são encontradas publicações científicas em nutrição desde o início do século XX, estudos sobre doenças carenciais e inquéritos alimentares a grupos específicos (VASCONCELOS, 1999). Porém a intensificação de estudos neste segmento se dá principalmente a partir da década de 40 por influência da Europa, Argentina e Estados Unidos que deram ênfase a ciência da nutrição. De acordo com Vasconcelos (2002, p.130):

[...] o processo de formação do nutricionista brasileiro, idealizado pela primeira geração de médicos nutrólogos, seu início ocorreu na década de 1940, quando foram criados os quatro primeiros cursos do país. O primeiro curso para formação de nutricionistas foi criado, em 1939, no Instituto de Higiene de São Paulo (atual Curso de Graduação em Nutrição do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo). Em 1940, tiveram início os cursos técnicos do Serviço Central de Alimentação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), os quais deram origem, em 1943, ao Curso de Nutricionistas do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) (atual Curso de Graduação em Nutrição da Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO). Em 1944, foi criado o Curso de Nutricionistas da Escola Técnica de Assistência Social Cecy Dodsworth (atual Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ). E a partir de 1948 teve início o Curso de Dietistas da Universidade do Brasil.

No cenário mundial, a revolução industrial demanda a organização dos serviços de produção, armazenamento e distribuição de alimentos. Em paralelo a iniciativas de discussões por parte

dos segmentos da ONU com a preocupação das tensões sociais ocasionadas pelas condições de fome, pobreza e miséria consequentes das desigualdades inerentes ao capitalismo. Este contexto favorece o surgimento das formações e atuação de dietistas, nutricionistas e médicos nutrólogos pelo mundo que influenciarão a formação do nutricionista brasileiro.

Os médicos nutrólogos, principalmente os que participaram da escola do médico argentino Pedro Escudero serão os pioneiros das escolas de nutrição no Brasil. As ciências da nutrição apresentam em sua origem três vertentes: dietoterápica, experimental e social (VASCONCELOS, 2001).

O estudo das ciências da nutrição com o objetivo de aplicação individual a indivíduos enfermos, com enfoque na utilização dos nutrientes considerando as questões biológico-fisiológicas do organismo é definido como a nutrição clínica ou dietotrapia influenciada principalmente por escolas europeias e norte-americanas. A nutrição clínica origina outra vertente que produz estudos básicos e experimentais, focada nas pesquisas de caráter experimental e laboratorial na obtenção de novos conhecimentos a fim da aplicabilidade do alimento como agente de tratamento (DEMÉTRIO *et al.*, 2011).

Uma terceira vertente influenciada principalmente pelo médico argentino Pedro Escudero, enfatiza os cuidados em saúde necessários a produção, distribuição e consumo de alimentos pela população brasileira. Esta apresenta um enfoque coletivo e é definida como a perspectiva social da nutrição (BOSI, 2011).

As primeiras escolas de nutrição iniciaram com a perspectiva de uma formação de nível médio e técnico semelhante aos dietistas de países da Europa, Canadá e EUA, porém essa formação foi evoluindo e tomando corpo de uma formação de nível superior se assemelhando ao modelo da América Latina.

O campo da nutrição como disciplina, política social e/ou profissional, emergiu no Brasil por volta dos anos 1930 - 1940, principalmente, através de médicos nutrólogos que encaminham a formação de duas vertentes principais da Nutrição, a nutrição clínica e a nutrição em saúde pública (ALVES; 2003).

A nutrição clínica tratou-se de uma vertente mais biológica, voltada para as pesquisas experimentais e laboratoriais. Com aplicação mais individual, centrada no alimento como forma de tratamento de patologias, o que deu origem a dietoterapia.

A partir da década de 1970 com a instituição do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) desenvolvido pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) ocorre significativo aumento das faculdades de nutrição paralelo ao fortalecimento do

Conselho Federal de Nutrição (CFN) e diversos eventos científicos da categoria que muito contribui para maior autonomia no trabalho dos nutricionistas (SILVA,1995).

Inicialmente, a ciência da nutrição volta o seu enfoque para fome e doenças por razões de carência alimentar, mas à medida que as doenças crônicas degenerativas se sobrepõem no processo de transição epidemiológica do Brasil, a nutrição ganha espaço como área de conhecimento necessária a prevenção, atenção secundária e reabilitação das patologias que mais acometem a população brasileira (SILVA, 1995).

A modernidade trouxe consigo grandes modificações nos hábitos alimentares da população brasileira, resultando no surgimento da maior incidência de doenças degenerativas (Obesidade, diabetes mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Câncer, etc.) em detrimento das doenças carenciais e infecto parasitárias, ainda prevalentes (MARINHO; HAMANN; LIMA, 2007).

Este contexto coloca o nutricionista na condição de ampliar a sua prática para o desafio nutricional brasileiro, agregando conhecimentos advindos do desenvolvimento tecnológico e das ciências sociais visando alcançar práticas eficientes na busca da Segurança Alimentar e Nutricional da população e promoção, prevenção e tratamento dietoterápico em saúde.

Para Vasconcelos (2002, p.137):

Os avanços quantitativos e qualitativos conquistados pela categoria ao longo destas seis primeiras décadas de mobilização, organização e luta em busca de legitimidade, autonomia e identidade profissional são evidentes e, ao que tudo indica, irreversíveis. Dentre estas conquistas pode-se destacar a sensível ampliação dos campos de atuação profissional, fato gerador de um crescente processo de especialização/divisão do objeto de trabalho/estudo do nutricionista e, conseqüentemente, de uma melhor qualificação das suas habilidades e competências técnico-científicas. Por outro lado, em tempos de globalização, a incorporação dos avanços científico-tecnológicos oriundos principalmente da Informática e Computação, bem como da indústria de máquinas e equipamentos, imporá a construção de um novo perfil profissional. Apesar da tendência à unificação (ou uniformização) dos hábitos e padrões alimentares que o processo de globalização econômica parece desencadear, também se observa uma crescente preocupação/conscientização com o resgate e a preservação da “cultura

dietética” nacional, com o controle de qualidade e com a segurança alimentar.

A vertente da nutrição em saúde pública surge com enfoque no estudo dietético de populações, focada na racionalização da administração da alimentação de coletividades saudáveis ou enfermas. Voltada ao desenvolvimento de ações de caráter coletivo, no sentido de contribuir para que a produção e distribuição de alimentos sejam adequadas e acessíveis a todos os indivíduos da sociedade.

Com o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, que tem dentro de seus objetivos, trabalhar a educação em saúde e a prevenção. A ciência da nutrição surge como ator indispensável para esta estratégia. Pois possibilita o desenvolvimento do caráter preventivo das ações de saúde com relação às questões de adoecimento relacionada aos hábitos alimentares, que são os que mais trazem morbidade e mortalidade em nosso País (BORGES; JAPUR, 2005).

O HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A busca de novos modelos de assistência decorre da necessidade de se reformular um padrão de atendimento que não alcança as mudanças do mundo moderno, ou seja, não fornece estrutura mínima às necessidades de saúde das pessoas.

O Programa Saúde da Família representa tanto uma estratégia para reverter à forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações. Informes Técnicos Institucionais intersetoriais. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos

clínicos e a promoção da saúde. (SECRETARIAS DE POLÍTICAS DA SAÚDE, 2000, p.317)

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2009, p.802):

[...] definimos a ESF como um modelo de atenção primária, operacionalizando mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes da saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

Portanto, o PSF se apresenta como uma nova forma de trabalhar a saúde, na qual a família é o novo centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela.

A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A colaboração interprofissional na ESF é necessária para ampliar a capacidade de resolubilidade dos problemas dos usuários de saúde. Pois a magnitude da complexidade de fatores envolvidos no adoecimento e na prevenção de doenças exige saberes diversos, seja científico ou popular, na busca por cura e promoção de saúde (ASSIS *et al.*, 2002).

Conforme os estudos de Oliveira e Spiri (2006, p. 729) sobre a importância da equipe multiprofissional, observa-se que:

[...] o trabalho em equipe é a base para ações integrais na saúde para atender com qualidade as necessidades dos usuários de acordo com cada situação e experiência já adquirida. A abordagem do paciente no seu contexto biopsicossocial é facilitada, pois o cliente é atendido por todos os membros da equipe que também o envolve na resolução do seu problema, incentivando a sua autonomia para os cuidados em saúde (Teixeira *et al.*, 2000). A equipe de saúde do PSF tem o compromisso de promover a saúde e elevar a qualidade de vida da população, não só com intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas considerando o contexto biopsicossocial do ser humano.

Para caminhar no alcance desse objetivo foram implementados os Núcleos de apoio da saúde da família e comunidade (NASF). O nutricionista chega através dessa proposta na perspectiva de contemplar o eixo de alimentação e nutrição, tão carente de intervenção aos usuários de saúde, frente às morbidades das doenças crônicas degenerativas ou para diminuir a vulnerabilidade de saúde devido a má nutrição (excesso ou carência de nutrientes)(ANDRADE *et al.*, 2012).

Porém, devido o nutricionista possuir um grande número de pessoas para referenciar com suas ações, o acesso a este profissional fica comprometido juntamente com o princípio da universalidade e integralidade a que se propõe o SUS e a ESF (AZEVEDO; COSTA, 2010).

A fim de superar este desafio e a necessidade da vivência da intercolaboração profissional o ministério da saúde propõe algumas tecnologias de trabalho; Matriciamento em saúde, Projeto terapêutico singular e Projeto de território em saúde, na intenção de amenizar a lacuna do contato dos usuários com o profissional nutricionista como acontece com os profissionais da equipe mínima (médico, odontólogo e enfermeiro).

O matriciamento em saúde é dividido em duas formas: matriciamento técnico pedagógico e matriciamento assistencial. No matriciamento técnico pedagógico, o nutricionista utiliza esta tecnologia para realizar formação, capacitação e oficinas aos profissionais da ESF em Nutrição e Alimentação a fim de que estes levem os conhecimentos adquiridos para assistência aos usuários. Pode-se mencionar como temas principais a formação quanto ao perfil do usuário que carece de intervenção nutricional, os sistemas de informação que contribuem para vigilância nutricional e alimentar, os programas de suplementação de nutrientes, as orientações dietoterápicas as morbidades mais prevalentes etc (SILVA *et al.*, 2012). O matriciamento assistencial consiste na metodologia de um atendimento conjunto a um indivíduo ou grupo, que pode ou não estar presente no momento de uma discussão, em que ocorre o diálogo entre diferentes profissionais e atores sociais (familiares, orientadores espirituais, cuidadores comunitários, etc.) sobre propostas terapêuticas aos problemas de saúde do indivíduo e/ou grupo (BARCELLOS; QUITERIO, 2006) . Estas propostas devem ser pactuadas com os usuários de saúde e assim definir um projeto terapêutico singular (PTS).

O PTS surge a partir do matriciamento assistencial que propõe o diagnóstico a partir das categorias participantes, com definição de propostas de intervenção e metas com prazos definidos a serem alcançados. O PTS deve contar com o consentimento e quando possível autonomia do usuário de saúde, devendo existir um profissional da ESF responsável pela

avaliação das intervenções e prazos definidos no PTS (HEMMI, 2009).

Outra tecnologia de trabalho para potencializar a participação intercolaborativa da equipe multiprofissional da ESF é o projeto de saúde no território, em que consiste na participação de diversos profissionais em propostas de intervenção em questões para além do núcleo da categoria profissional, por exemplo, uma intervenção conjunta dos profissionais as questões ambientais de uma comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Percebe-se que a proposta NASF e a prática intercolaborativa da ESF não ocorrem plenamente, por diversas limitações. A alta demanda de atividades por parte dos programas desenvolvidos na ESF somado as questões estruturais que resultam em “falta de tempo” para refletir sobre a implementação da proposta NASF, falta de material pedagógico e outros recursos para desenvolver as atividades de educação em saúde e as visitas domiciliares e a inabilidade proveniente da formação dos profissionais em atuarem de maneira interdisciplinar e intersetorial.

Portanto, os profissionais que atuam na proposta da ESF necessitam adquirir um perfil de resiliência a estes desafios e de criatividade para construir tecnologias e ferramentas de trabalho que potencialize a vivência da prática intercolaborativa e de intervenções que contemple a integralidade do “cuidar”.

Considerando, dentre outras questões, o Inciso II do Art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – através da Portaria Nº154, de 24 de janeiro de 2008.

Segundo o Art. 1º da Portaria, os NASF têm por objetivo “*ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica*”.

Para isso, a Portaria classifica os NASF em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. Cada uma delas estipula um mínimo de profissionais de nível superior, como o Profissional de Educação Física, o Assistente Social, o Fisioterapeuta, o Fonoaudiólogo, dentre outros, conforme descrito no Art. 3º da referida Lei:

Art. 3º - Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º - O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º - Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º - O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º - Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

O programa prevê o envolvimento de profissionais qualificados, capazes de articularem no exercício de seu trabalho os conhecimentos específicos, construídos ao longo de sua formação profissional, com os saberes coletivos, na direção de uma prática social a qual transcenda à fragmentação e especialização características das ações de saúde no País (BORGES ; JAPUR, 2005).

Obsevando o disposto na referida portaria, revela-se que o trabalho em equipe se tornou imprescindível. É necessário haver interação entre todos os membros para ações integrais, embora haja diferenças de ideologias e condutas entre os profissionais. O contato próximo com as famílias e a comunidade permite melhor intervenção nos problemas e o trabalho integrado é fundamental para atuação eficaz e de qualidade.

O NASF desvela uma nova perspectiva de atuação para os profissionais e possibilita o trabalho em equipe multiprofissional. O que ainda nos falta é a perfeita instrumentalização para o pleno trabalho em equipe.

A INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A relação da nutrição com a prevenção, promoção e reabilitação em saúde, principalmente quanto as morbidade mais prevalentes no Brasil, justifica a atuação no eixo

técnico de nutrição e alimentação pela ESF a fim de ampliar a integralidade da atenção. A Nutrição se insere juntamente com essa estratégia potencializando a capacidade da ESF em promover educação em saúde (PADUA; BOOG, 2006).

Tomando como base os fundamentos norteadores das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, pode-se concluir que a efetivação da vigilância capaz de ultrapassar a abordagem do estado nutricional, abrangendo a dimensão alimentar, demanda também assegurar a disponibilidade e as condições de acesso aos alimentos (ALVES; ROSSI; VASCONCELOS, 2003). Pelo fato desta questão está estritamente ligada às condições estruturais da sociedade e requer estudos para minimizar a problemática, torna-se, portanto, importante conhecer com profundidade os determinantes culturais dos hábitos alimentares, assim como compreender porque práticas alimentares regionais saudáveis vêm sendo substituídas por outras que agregam maiores prejuízos à saúde e, por vezes, também às finanças das famílias (SANTANA; SANTOS, 2004).

Esse desafio está contemplado no âmbito do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que exige um profissional detentor de conhecimentos no campo da ciência da alimentação e da nutrição que integre à sua prática ferramentas da epidemiologia, do planejamento, da educação e de outras disciplinas das ciências sociais e humanas (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). Além disso, o processo de adoecimento da população é explicado por uma rede complexa de determinantes biológicos, sociais, econômicos e culturais de difícil hierarquia na definição da situação de risco e de suas prioridades (BRANDAO, 2001).

Atualmente, segundo o conhecimento científico acumulado, o controle, a prevenção e o tratamento de doenças passam pelo campo específico da ciência da nutrição, assim como as mudanças na qualidade de vida das pessoas, gerando impactos positivos no perfil epidemiológico das populações.

Dessa forma, a prevenção e o tratamento dos males que atingem os brasileiros requerem a disponibilidade de uma equipe multidisciplinar, capaz de conceber a saúde na sua dimensão coletiva. Os saberes e as práticas associados, e não divorciados, permitirão o exame minucioso destas enfermidades, assegurando-se, no entanto, a prática dos saberes específicos, enquanto campos de competências necessários para a resolução dos problemas de saúde da população brasileira (CAMPOS; BELISARIO, 2001).

A forma de organização de atuação do NASF pensada para referenciar no mínimo cinco equipes de saúde da família resulta em um grande contingente de usuários de saúde para

serem referenciados por este profissional o que compromete o princípio da universalidade do SUS e ESF.

Outro desafio são as altas demandas associada à insuficiência de profissionais quanto as ações em saúde norteadas pelos programas definido pelo Ministério da Saúde. Este fato resulta em limitação de tempo e recursos para o desenvolvimento de atividades de prevenção e de promoção em saúde, devido o foco de financiamento e atuação nas ações curativas.

A competência do nutricionista para integrar a equipe da ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual o instrumentaliza a realizar o diagnóstico nutricional da população, tornando-o, assim, o único profissional a receber uma instrução específica que lhe permite, a partir desse diagnóstico e da observação dos valores socioculturais, propor orientações dietéticas cabíveis e necessárias, adequando-as aos hábitos da unidade familiar, à cultura, às condições fisiológicas dos grupos e à disponibilidade de alimentos. Portanto, é o profissional apto a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil (DIEZ GARCIA; MEDEIROS; DOMENE, 2010).

A NECESSIDADE DA ATENÇÃO EM NUTRIÇÃO E SABERES ENVOLVIDOS

A morbi-mortalidade vivenciada atualmente no Brasil no contexto da transição epidemiológica e nutricional exige da ESF ações no eixo alimentação e nutrição. Porém, pesquisas têm apontado a ausência de conhecimentos especializados em saúde nutricional o que justifica a inserção do nutricionista (ALVES, 2005).

A estratégia saúde da família cobra de seus profissionais o perfil para além do modelo flexneriano, centrado restritamente nas questões biológicas. Fato que pede reflexão sobre a atual formação do nutricionista que visa atuar na ESF na qual a necessidade de dialogar com outras disciplinas e setores é real e constante (ALVES; ROSSI ;VASCONCELOS, 2003).

FORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Segundo Costa (2002), para analisar a formação do nutricionista é relevante responder os seguintes questionamentos: Para que formar nutricionistas? Qual a razão social desta formação? E, que condições materiais permitiram o desenvolvimento do profissional nutricionista no Brasil? Para compreensão destas questões devemos considerar o contexto histórico do surgimento do nutricionista no Brasil. Planejado inicialmente, a partir da escola do médico argentino Pedro Escudero, com a finalidade de atender a administração dietoterápica nos hospitais de maneira subordinado ao médico. Tendo que ser repensada a partir da implementação das políticas populista que visavam o alívio das tensões sociais inerente ao capitalismo (FRANCO; BOOG, 2007).

O maior “gargalo” da formação enquanto nutricionista que atua nas estratégias SF/NASF e lida com as complexidades das questões sociais, é o distanciamento de conhecimentos das ciências sociais que são exigidos para uma prática profissional que alcance intervenções efetivas no cuidado aos usuários de saúde.

Em Banduk, Moreno, Batista (2009, p.134)

A existência da profissão do nutricionista no Brasil há mais de sessenta anos ainda não lhe garante uma identidade profissional claramente percebida pela sociedade brasileira. A busca de aprimoramento da qualidade de vida coloca os hábitos alimentares saudáveis, dietas e propriedades de alimentos em evidência, mas a exata dimensão da contribuição do nutricionista na pesquisa, no planejamento e na aplicação dos mais modernos conceitos da Nutrição só é conhecida em grupos especialmente dedicados ao assunto.

Na maioria dos Cursos de formação destes profissionais, incluindo o meu, está focado no biológico, na fisiologia humana e na bioquímica dos alimentos. Soma-se ainda a carência de conhecimento de metodologias pedagógicas para promover educação em saúde apesar do pequeno contato nas disciplinas de educação nutricional (KAC; FIALHO; SANTOS, 2006).

Já que esse segmento na atenção básica é solicitado constantemente para realização de atividades de promoção em saúde e lida em sua prática, seja em atendimento individual ou em ações a coletividades com a arte da construção do conhecimento em saúde.

Essa questão é tratada por Bosi (1996, p. 76):

[...] como um dilema do profissional, concluindo que, aparentemente, o nutricionista ainda não tem clareza quanto ao objeto de sua prática. Nesse sentido, Ypiranga (1990) passou a defender a necessidade do estabelecimento de uma distinção clara entre o objeto de estudo do nutricionista (a ciência da Nutrição) e o objeto de seu trabalho (a alimentação do homem) para que a atuação profissional o identifique frente à sociedade.

O processo de mudança de comportamento, que é o produto do trabalho do nutricionista no processo de educação alimentar, é no mínimo complexo, desafiador e exige desse profissional compreensão de questões estruturais como a influência da mídia, da cultura, da marginalização pelo capital e das prioridades das autoridades governamentais que propiciam um cenário de insegurança alimentar (FREITAS; PENA, 2007).

A QUESTÃO SOCIAL

A estratégia da Saúde da Família vem com uma proposta de reorganização da atenção básica e do acesso dos usuários de saúde ao SUS. Visando uma atenção em saúde holística e integral a fim de viabilizar a prevenção de doenças e promoção de saúde da população brasileira (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Além de também promover ações curativas e de reabilitação. Diversos órgãos internacionais recomendam a utilização de Educação em Saúde como instrumento de transformação das práticas inadequadas de saúde, seja em relação aos indivíduos como também aos próprios profissionais. Podemos inferir a partir disso que:

A ação médica e a de outros profissionais da “área da Saúde” não se limita a uma assistência a clientes do povo. Quando ela se estende a uma ação cultural ampliada de diálogo e de crescimento de parte a parte, em busca de saídas e de soluções sociais a partir do que se vive e do que se troca, do que se aprende e do que se motiva, quando se dialoga crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde. (BRANDÃO, 2001, p.131)

Dentro desse pensamento, tem-se a visão da educação em sentido ampliado, representando tudo o que favorece o crescimento pessoal, interpessoal e intergrupar. É nesta abordagem que vemos a Educação em Saúde, em particular a Educação Nutricional, na medida em que o profissional de saúde, enquanto educador que é, deixa seu modo tradicional de educar, para ocupar um papel de facilitador do processo de aprendizagem em que os sujeitos assumem sua reeducação (LIMA *et al.*, 2000).

Lima *et al.* (2000) elencam algumas recomendações que consideram relevantes para o bom desenvolvimento das ações de educação em saúde são elas:

Discutir propostas de institucionalização das ações de uma política de Educação em Saúde, com o envolvimento dos profissionais e da população; Adotar como rotina dos serviços as ações de Educação em Saúde, diferenciando-se assim da ação isolada de um profissional; Oferecer aos profissionais capacitação para abordagem de práticas em Educação em Saúde; Possibilitar a participação da comunidade nas discussões sobre as ações educativas; Promover oportunidades e recursos para os profissionais desenvolverem ações de educativas.

Portanto, para que essas recomendações tenham êxito, faz-se necessário tornar sujeitos todos os partícipes ligados ao seu desenvolvimento, ou seja, instrumentalizar e proporcionar a todos

meios de concretização de uma educação em saúde que obtenha pleno alcance (SPAGNUOLO; GUERRINI, 2005) . Para tanto, os usuários de saúde devem ser vistos não como meros objetos de estudo, mas sujeitos que ao aprender modificam a si e ao seu meio. A grande questão é reinventar a forma de educar em saúde, atingindo principalmente, aqueles que realmente precisam em face de sua realidade social.

Para Brandão (2001, p.127) é necessário quebrar o paradigma da relação entre profissionais de saúde e pacientes, pois a cultura popular não é neutra e como tal merece ser desvelada:

A cultura começava a ser, então, pensada como um momento do processo político, em sua dimensão subjetiva (no interior do imaginário da pessoa) e objetiva (em sua realidade social, ao longo da história humana e no interior da vida cotidiana de uma comunidade). Havia um fundamento partilhado com diferenças de ideologias entre as pessoas e os movimentos participantes “da cultura popular” dos anos sessenta: a cultura se constrói na história. Ela é uma obra humana e resulta de interações mediatizadas entre o trabalho e a comunicação das consciências. Um outro suposto o completava: em sociedades desiguais, regidas por interesse e conflitos de/entre classes sociais, culturas humanas são construções de práticas da vida, de regras e códigos de relações e de sistemas de sentidos que obedecem a tais interesses e procuram tornar ocultos ou desvelam as origens sociais das desigualdades e as razões ideológicas e políticas dos conflitos.

A iniciativa dos profissionais em inserir-se em serviços de saúde que prestavam assistência às classes populares se deu integrada a projetos mais amplos, dentre os quais predominava a metodologia da Educação Popular (VASCONCELOS, 2001). Assim sendo, esta metodologia foi assimilada pelo movimento dos profissionais constituindo seu elemento estruturante fundamental.

Segundo Alves (2003, p. 46):

O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e

compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma Interlocação dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Na busca pela promoção de saúde os profissionais possuem o desafio de ir além das ações programáticas que apresentam um ação reducionista aos doentes e a doença. Fato que não é diferente na atenção em nutrição e alimentação, exigindo do nutricionista habilidade em refletir e associar os determinantes socioeconômicos, históricos e culturais a condição de saúde e nutricional de uma determinada população.

A busca de condições adequadas de vida e saúde tem sido um anseio e uma luta de povos por todo o mundo. Alternativas têm sido pensadas, reformas organizadas e implantadas, paradigmas e princípios revistos sem que o marco referencial da prática médica clínica de base flexneriana ou da própria saúde coletiva tenham conseguido dar conta do atendimento às necessidades de saúde de grande parte da população. A universalidade, a equidade e a integralidade das ações têm disputado espaço com as propostas racionalizadoras e de contenção de custos. Dos três princípios para a organização do modelo, a integralidade tem sido de difícil execução e garantia efetiva para a população, tendo em vista que demanda mudanças na concepção de trabalho dos profissionais, na chamada “caixa-preta” do consultório, onde as ações curativas permanecem completamente dissociadas da promoção da saúde e da prevenção. Considera-se que a chave para a real garantia deste princípio está relacionada à ampliação do conceito de saúde. (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004, p.260)

Devido ao modelo de formação do nutricionista, predominante, assim como nas formações em saúde que são centradas no modelo Flexneriano (modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia). Diante desse modelo estabelecido o profissional se percebe desafiado a refletir sobre as questões sociais e associá-las as suas ações de intervenção no ambiente de trabalho e dentro da ESF.

As mudanças no mundo do trabalho vêm colocando, aos profissionais de saúde, necessidades de desenvolvimento de competências que vão além de diagnosticar, prevenir, planificar, interferir, propor soluções, regular, gerir, negociar e avaliar em saúde. São exigidas, também, habilidades de negociação, de trabalhar cooperativamente, de compartilhar decisões. Particularmente na formação em saúde, essas exigências implicam a articulação de vários saberes: no conhecimento científico, no conhecimento técnico, na formação profissional e nas qualidades tácitas, nas experiências de trabalho e na vida social; no fomento ao estabelecimento de múltiplas relações entre pares - pessoal de serviço e da comunidade - que estimule os processos de colaboração e de troca. (O'DWYER; TAVARES, 2007, p.472)

Portanto, torna-se de suma importância o surgimento de um profissional que além de conhecedor de estratégias e métodos de trabalho, também esteja aberto e com um “olhar atento” à realidade na qual está inserido. Isso lhe permitirá uma compreensão global de seu trabalho.

Com o objetivo de atuar de forma mais precisa, o nutricionista envolvido na ESF deve se apropriar de um conhecimento imprescindível de interpretação da realidade que é a territorialização (HADDAD, 2009). Método que permite ao profissional de saúde perceber as particularidades e vulnerabilidades de determinados indivíduos e grupos de uma área definida, área de responsabilidade sanitária do profissional e equipamento de saúde no caso da ESF e o Centro de Saúde da Família (STOTZ,2006).A territorialização percebe as questões de campo comum; levantamento epidemiológico, questões ambientais, aspectos sociais (desemprego, drogadição, violência, exploração sexual, etc.) e questões da categoria de nutrição(UCHOA, 2009).

Os conhecimentos necessários da categoria são os epidemiológicos (levantamento de dados dos sistemas de informações da atenção básica), conhecimento dos equipamentos que interferem no acesso alimentação (comércios de alimentos, feiras, bancos de alimentos, restaurantes populares, associações, grupos comunitários, equipamentos sociais e outros que contribuem de alguma forma com o acesso ao alimento e são potenciais na promoção de estratégias em segurança alimentar e nutricional), os fluxos da rede de saúde para o acesso a atenção em nutrição e alimentação, identificação da cultura e costume relacionados aos hábitos alimentares (SANTANA; SANTOS, 2004).

A territorialização em saúde compreende um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde. Essa abordagem remete à importância deste caminho para os processos formativos em saúde com foco na aprendizagem significativa e nos contextos de vida do cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O histórico do surgimento da profissão de nutricionista no Brasil demonstra a criação de uma categoria para atender as necessidades do mercado de saúde centrado nos hospitais e nos programas de políticas públicas para a população.

Porém, a ciência da nutrição adquiriu relevante crescimento de seu corpus científico que não permite mais o enclausuramento à subordinação a intelectualidade médica e nem a prática de ações tecnicistas de controle que favorecem somente o alívio das tensões sociais inerentes ao capitalismo.

A amplitude dos fatores envolvidos na determinação da adoção de determinadas práticas alimentares de um indivíduo e/ ou família e /ou comunidade e/ ou sociedade assistida pela ESF clama que a formação do nutricionista contemple o estudo das disciplinas sociais, do desenvolvimento da psique, da saúde ambiental, da organização comunitária, das ciências políticas, econômicas e biológicas, a fim de exercer uma clínica ampliada.

A ESF embrionada a partir dos princípios da reforma sanitária tem como objetivo repensar a maneira de planejar e realizar as intervenções em saúde. Busca a emancipação dos usuários de saúde e percebe o território de responsabilidade sanitária detentor de potencialidades e limitações para a qualidade de vida da população e propõe ações que tenham relações reais com os principais agravos de morbi-mortalidade que acometem a comunidade.

A transição epidemiológica e nutricional do Brasil coloca as intervenções em nutrição como necessidade primordial para o cuidado aos usuários da ESF, principalmente devido o potencial de prevenção e promoção em saúde além da terapêutica de cuidado e reabilitação as morbidades que mais tem incidido sobre os usuários do SUS.

Na atual proposta dos NASFs, percebe-se que princípios como a universalidade são violados, pois não são todos que acessam diretamente a assistência em nutrição diante o alto número de pessoas referenciadas pelo profissional nutricionista.

Ao almejar o pleno acesso de uma coletividade maior, o nutricionista que atua no NASF deve dominar as tecnologias de matriciamento, projeto terapêutico singular, projeto de

saúde no território e clínica ampliada vivenciando a abordagem da visita domiciliar e da educação popular em atividades de educação em saúde.

Observa-se ainda a falta de apoio as atividades pedagógicas de educação em saúde, visualizada na ausência de material pedagógico e no alto investimento em intervenções medicamentosas apontando a fragilidade do SUS em exercer o papel para com a promoção da saúde.

É importante enfatizar que não adianta formar profissionais aptos a perceber e intervir nos determinantes de saúde se o setor “saúde” não financia ações para transformações destes determinantes. Permanecer com enfoque de financiamento na medicalização é reproduzir o fracasso das ações de saúde que não alcançam o combate as reais causas de adoecimento da população.

Entende-se que a atuação do nutricionista na ESF é de alta complexidade devido à generalidade de conhecimentos demandados para intervenções em saúde a todos os ciclos de vida, considerando os estudos epidemiológicos, o domínio de sistemas de informações, a práticas em vigilância sanitária e ambiental, a educação em saúde, a promoção de SAN e uma clínica ampliada. Tal complexidade exige ainda do nutricionista o desafio de ser criativo para atuar em um cenário de escassez de recursos e vulnerabilidade social, de maneira a buscar um cuidado readequado a superação de dificuldades.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C. DE; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 259–274, 2004.
- ALMEIDA-BITTENCOURT, P. A. DE; RIBEIRO, P. S. A.; NAVES, M. M. V. Dietitian’s procedures in food and nutrition consultancy for the family. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, p. 919–927, 2009.
- ALVES, E.; ROSSI, C. E.; VASCONCELOS, F. DE A. G. DE. Nutrition graduates from Universidade Federal de Santa Catarina: areas of performance, geographical distribution, indexes of postgraduate degree and of affiliation to class associations. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 3, p. 295–304, 2003.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda; BEZERRA, Roberto Cláudio. **Atenção primária à saúde e estratégia Saúde da Família**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (Org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, pp. 783-836.

- ASSIS, A. M. O. et al. The Brazilian Family Health Program: contributions to a discussion about the inclusion of the nutritionist in the multidisciplinary team. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 3, p. 255–266, 2002.
- ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39–52, 2005.
- AZEVEDO, A. L. M. DE; COSTA, A. M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797–810, 2010.
- BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Environmental surveillance in health in Brazil's Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 170–177, 2006.
- BERNARDON, R. et al. Construction of a methodology to train educators in food and nutrition. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 3, p. 389–398, 2009.
- CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Promoting and recovering health: meanings produced in community groups within the family health program context. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. SE, p. 0–0, 2006.
- BANDUK, M. L. S.; RUIZ-MORENO, L.; BATISTA, N. A. Construction of professional identity in undergraduate courses for nutritionists. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 111–120, 2009.
- BOSI, M.L.M. *Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão*. São Paulo : Hucitec, 1996.
- BRANDÃO, C. R. People education in the Health area. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, p. 127–131, 2001.
- CAMPOS, F. E. DE; BELISÁRIO, S. A. The Family Healthcare Program and the challenges involved in training professionals and continuing education. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 9, p. 133–142, 2001.
- GARCIA, D. et al. Journal of Nutrition: space for interdisciplinary dialogue of the area of food and nutrition. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 1, p. 5–6, 2010.
- FRANCO, A. C.; BOOG, M. C. F. Relação teoria-prática no ensino de educação nutricional. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 6, p. 643–655, dez. 2007.
- FREITAS, M. DO C. S. DE; PENNA, P. G. L. Feeding and nutritional security: the construction of knowledge with emphasis on cultural aspects. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 1, p. 69–81, 2007.

- HADDAD, A. E. About the multiprofessional residence in health. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 227–228, 2009.
- HEMMI, A. P. A. The social representations of the users about the Family Health Program. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 236–236, 2009.
- KAC, G.; FIALHO, E.; SANTOS, S. M. C. DOS. Current profile of the Brazilian graduate study programs in nutrition. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 6, p. 771–784, 2006.
- LIMA, R. T. et al. Health and nutrition education in João Pessoa, Paraíba, Brazil. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 1, p. 29–36, 2000.
- O'DWYER, G. et al. The challenge of rendering sanitary surveillance actions operational in health promotion and in the family health locus. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 467–484, dez. 2007.
- OLIVEIRA, E. M. DE; SPIRI, W. C. Family Health Program: the experience of a multiprofessional team. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727–733, ago. 2006.
- PEDROSO, M. B.; CUNHA, M. I. DA. Living innovation: experiences in the course of nutrition. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 141–152, 2008.
- ROSA, W. DE A. G.; LABATE, R. C. Family health program: the construction of a new care model. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, dez. 2005.
- SANTANA, L. A. A.; SANTOS, S. M. C. DOS. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na implementação do programa Leite é Saúde: avaliação em municípios baianos. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 3, p. 283–290, set. 2004.
- SCHERER, M. D. DOS A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 53–66, 2005.
- SPAGNUOLO, R. S.; GUERRINI, I.A. **A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p. 191-194, 2005.
- STOTZ, E. Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 537–539, 2006.
- PÁDUA, J. G. DE; BOOG, M. C. F. Evaluation of inserting a nutritionist in the Primary Health Network of the municipalities located in the Metropolitan Region of Campinas, São Paulo, Brazil. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 4, p. 413–424, 2006.
- PAIM, J. S.; FILHO, A.; DE, N. Collective health: a “new public health” or field open to new paradigms? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299–316, 1998.
- Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316–319, 2000.

- UCHÔA, A. DA C. Innovative care experiences at Family Health Program (PSF): potential and limits. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 29, p. 299–311, 2009.
- VASCONCELOS, F. DE A. G. DE. The origin and configuration of the field of nutrition in public health in Pernambuco: a historic-structural analysis. **Revista de Nutrição**, v. 14, p. 13–20, 2001.
- VASCONCELOS, F. DE A. G. DE. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 127–138, 2002.
- LIMA, E. DA S. The genesis and development of alimentary education: the creation of a norm. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 5, n. 1, p. 57–84, 1998.
- VASCONCELOS, F. DE A. G. DE. Arquivos Brasileiros de Nutrição: a review of scientific research on nutrition in Brazil from 1944 to 1968. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 303–316, 1999.
- DEMÉTRIO, F. et al. The extended nutritional clinic and humanization of patient-nutritionist relationship: contribution to reflection. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 5, p. 743–763, 2011.
- BOSI, M. L. M.; PRADO, S. D. Food and Nutrition in Public Health: constitution, contours and scientific status. **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 7–17, 2011.
- SILVA, A. C. DA. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estudos Avançados**, v. 9, n. 23, p. 87–107, 1995.
- MARINHO, M. C. S.; HAMANN, E. M.; LIMA, A. C. DA C. F. Behavioral changes in food intake practices in the population of Brasília, Federal District, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 3, p. 251–261, 2007.
- ANDRADE, L. M. B. DE et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde &Transformação Social**, v. 3, n. 1, p. 18–31, 2012.
- SILVA, A. T. C. DA et al. Family Health Support Centers: challenges and opportunities from the perspective of primary care professionals in the city of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076–2084, 2012.