

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO  
BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TAMY COLONETTI**

**INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO BÁSICA NA  
REGIÃO CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA**

**CRICIÚMA**

**2013**

**TAMY COLONETTI**

**INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO BÁSICA NA  
REGIÃO CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA**

Projeto de pesquisa do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC submetido para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Msc. Rita Suselaine Vieira Ribeiro

Co-orientadores: Prof<sup>a</sup> Doutora Janine Moreira  
Prof<sup>a</sup> Doutora Priscyla Waleska Targino  
de Azevedo Simões

**CRICIÚMA**

**2013**

## RESUMO

Uma das áreas em maior ampliação e consolidação na Nutrição é a área de Nutrição em Saúde Coletiva, principalmente pela ampliação das políticas públicas que incluem este profissional. A alimentação e nutrição compõem os princípios básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando o crescimento e desenvolvimento pleno do ser humano com qualidade em todas as fases da vida. Dessa forma as ações de alimentação e nutrição são fundamentais no contexto da atenção básica, principalmente no que se refere à Estratégia Saúde da Família. **Objetivo:** Identificar os meios de inserção do Nutricionista e quais suas principais atividades de atuação na atenção básica na região da Região Carbonífera de Santa Catarina. **Metodologia:** Este trabalho caracterizou-se como uma pesquisa descritiva, de temporalidade transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo foi realizado com as Nutricionistas inseridas na Atenção Básica da Associação dos Municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina. A população do estudo envolveu todos os Nutricionistas atuantes na Atenção Básica dos municípios da Região Carbonífera. **Resultados:** Constatou-se que 100,0% das Nutricionistas atuantes na Atenção Básica desta região são do sexo feminino, 60,0% com faixa etária entre 26 a 30 anos, e solteiras (60,0%). No que diz respeito aos aspectos de inserção deste profissional na atenção básica, observa-se que é em 40,0% por indicação/contratação ou por aprovação em concurso público, 40,0%. Sobre o questionamento quanto às atribuições destas Nutricionistas dentro do serviço de saúde do município onde estão inseridas, todas as Nutricionistas referiram principalmente realizar atividades individuais e em grupos nos estabelecimentos onde atuam. Com relação ao número de estabelecimentos de saúde que o trabalho destas profissionais abrange a maior proporção (30,0%), atuavam em seis estabelecimentos de saúde, não sendo necessariamente Estratégia Saúde da Família. **Conclusão:** Observamos neste estudo que ainda é pequeno o número de Nutricionistas inseridas na Atenção Básica e que alguns municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina ainda não contam com a atuação deste profissional nos serviços da Secretaria de Saúde municipal. Além de também evidenciar que a percepção das profissionais Nutricionistas quanto ao que é atuar na Atenção Básica e suas reais atribuições no serviço de saúde são bem próximas.

**Palavras Chaves:** Nutricionista. Área de atuação profissional. Sistema Único de Saúde.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estado de Santa Catarina segundo divisão de regiões, com destaque para a Região Carbonífera.....	31
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cronograma .....	34
Tabela 2 - Despesas de custeio .....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa Saúde da Família
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 ÁREA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2 TEMA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.3 DELIMITAÇÃO DO TEMA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.4 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.5 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.6 OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
<b>1.6.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>11</b>
<b>1.6.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1 Sistema Único de Saúde</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1.1 Atenção Básica</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2 O Profissional Nutricionista no Brasil</b> .....	<b>17</b>
<b>2.3 Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3.1 Política Nacional de Alimentação e Nutrição</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3.2 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional</b> .....	<b>21</b>
<b>2.4 O Nutricionista e o Sistema Único de Saúde</b> .....	<b>23</b>
<b>2.4.1 Nutricionista na Atenção Básica</b> .....	<b>25</b>
<b>2.4.2 Nutricionista no Núcleo de Apoio a Saúde da Família</b> .....	<b>26</b>
<b>2.4.3 Nutricionista no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família</b> .....	<b>28</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>30</b>
<b>3.1 HIPÓTESES</b> .....	<b>30</b>
<b>3.2 DESENHO DO ESTUDO</b> .....	<b>30</b>
<b>3.3 VARIÁVEIS</b> .....	<b>30</b>
<b>3.3.1 Dependente</b> .....	<b>30</b>
<b>3.3.2 Independentes</b> .....	<b>30</b>
<b>3.4 LOCAL DO ESTUDO</b> .....	<b>31</b>
<b>3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO</b> .....	<b>31</b>
<b>3.5.1 Critério de inclusão</b> .....	<b>31</b>
<b>3.5.1 Critério de exclusão</b> .....	<b>32</b>
<b>3.6 AMOSTRA</b> .....	<b>32</b>

<b>3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....</b>	<b>32</b>
<b>3.8 LOGÍSTICA.....</b>	<b>32</b>
<b>3.9 INSTRUMENTO DE COLETA .....</b>	<b>33</b>
<b>3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>33</b>
<b>4 CRONOGRAMA .....</b>	<b>34</b>
<b>5.1 CUSTEIO .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>44</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1986, aconteceu em meio a um contexto histórico de insatisfação da população brasileira com os conflitos e desigualdades sociais, altos índices de desemprego e grande espera em busca da assistência à saúde. Dessa forma, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada como fator desencadeante do início da Reforma Sanitária brasileira. (SOUZA; COSTA, 2010).

A Constituição Federal, 1988, Art.196 considerou a saúde como

direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988 p.33)

Nessa mesma constituição são definidas as ações e os serviços públicos de saúde.

Estava criado, então, o Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 1990 duas leis subsidiaram a regulamentação e as ações do SUS, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A primeira dispõe das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. A segunda aponta a respeito da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 1990a e BRASIL, 1990b).

O Brasil conquistou nas últimas décadas, avanços grandiosos com relação à saúde pública, tendo como grande marco a construção do Sistema Único de Saúde. O SUS tem como pilares a participação popular, a universalidade, a integralidade e a descentralização das ações (GEUS et al., 2011). Para atender à necessidade dos povos de um nível de assistência à saúde que permitisse uma vida mais produtiva, já em 1978, na Declaração de Alma-Ata, foi elencada a atenção primária à saúde como um ponto estratégico para o alcance desse nível de assistência a saúde que garantisse uma vida social e economicamente produtiva (JAIME et al., 2011).

No Brasil, a atenção primária à saúde também é denominada de Atenção Básica. A atenção básica caracteriza-se, segundo a portaria nº 2.488 de outubro de 2011, por um conjunto de ações, tanto no âmbito individual como no coletivo, abrangendo ações desde a promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde para garantir uma atenção integral à saúde (BRASIL, 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente nomeado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi criado em 1994, como um modelo de assistência à saúde, cujas prioridades são as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral. As ações das Estratégias Saúde da Família vão além do atendimento, incluindo um serviço programado, com grupos terapêuticos, visitas e internações domiciliares entre outras atividades (GEUS et al., 2011).

Para apoiar os serviços oferecidos nas ESFs, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008. O NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas, dentre estes o profissional Nutricionista (JAIME et al., 2011).

A inserção do Nutricionista da Atenção Básica (AB) ainda é incipiente (PÁDUA; BOOG, 2006). Os serviços de alimentação e nutrição na AB visam uma intervenção ampliada e com qualidade, principalmente as doenças e agravos não transmissíveis, envolvendo todos os ciclos da vida, com destaque para a promoção de práticas alimentares saudáveis (CERVATO-MANCUSO et al, 2012).

No ano de 2009 foi elaborada pelo Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), a “Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde”, com o intuito de auxiliar os gestores e profissionais de saúde na organização das ações de alimentação e nutrição. Para tal, o documento elenca as ações prioritárias entre as relações homem - alimento. Sendo sua maioria relacionada ao cuidado nutricional direcionado aos indivíduos, família e comunidade, tendo como base as determinações legais da atuação do profissional e os princípios que regem o SUS (BRASIL, 2009).

Evidenciando o perfil de saúde da população brasileira e sua relação com as ações de alimentação e nutrição, mostra-se necessário o conhecimento da atuação dos Nutricionistas na Atenção Básica, uma vez que as ações de

alimentação e nutrição contribuirão diretamente para a garantia da integralidade do serviço de saúde prestado a população.

## 1.1 ÁREA

Saúde Coletiva

## 1.2 TEMA

Nutrição na Atenção Básica

## 1.3 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Inserção e atuação do Nutricionista na Atenção Básica

## 1.4 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Evidenciando o perfil de saúde da população brasileira e sua relação com as ações de alimentação e nutrição, mostra-se necessário o conhecimento da atuação dos Nutricionistas na Atenção Básica, uma vez que as ações de alimentação e nutrição contribuirão diretamente para a garantia da integralidade do serviço de saúde prestado à população. Então como se dá a inserção e como atua o Nutricionista na Atenção Básica na Região Carbonífera de Santa Catarina?

## 1.5 JUSTIFICATIVA

Apesar de crescente, ainda é baixo o número de estudos que delimitem e auxiliem as práticas do Nutricionista na Saúde Coletiva. Nas últimas décadas, vem ocorrendo um processo de redirecionamento das ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde, consolidando a atuação do profissional Nutricionista na Atenção Básica, principalmente após a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em 1999, recentemente atualizada através portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011 e da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de

2008, que cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família e também pela elaboração da “Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica” de 2009.

Dessa forma, este trabalho justifica-se pela importância em conhecer as ações atualmente desenvolvidas pelos Nutricionistas atuantes no SUS, sobretudo os inseridos na Atenção Básica da região Carbonífera de Santa Catarina, a fim de reconhecer os problemas enfrentados, as facilidades, a organização e a estrutura dos serviços destes profissionais.

## 1.6 OBJETIVOS

### 1.6.1 Objetivo Geral

Identificar os meios de inserção do Nutricionista e quais suas principais atividades de atuação na atenção básica na região da Região Carbonífera de Santa Catarina.

### 1.6.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os meios de inserção do Nutricionista na atenção básica;
- b) Identificar a prática de trabalho exercido pelo Nutricionista na atenção básica;
- c) Delinear os possíveis facilitadores e entraves para a atuação do Nutricionista na Atenção Básica;
- d) Verificar qual a percepção dos Nutricionistas a respeito do trabalho desenvolvido por eles na Atenção Básica.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão de literatura a seguir trata dos principais pontos referentes à atenção básica no Brasil e à consolidação da profissão do Nutricionista no Brasil e na saúde pública, com foco na atenção básica.

### 2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições e órgãos públicos federais, estaduais e municipais. Sua administração é mantida pelo poder público, e a iniciativa privada participa apenas de maneira complementar (BRASIL, 2000).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais. O perfil de organização dos serviços de saúde no Brasil durante a década de 1980 era de um serviço centralizador, onde as diretrizes e prioridades eram elaboradas pelo governo Federal e Executivo. Era acentuadamente privatizado, não condizia com as reais necessidades de saúde da população brasileira, discriminatório, além dos superfaturamentos pelo pagamento de serviços do setor privado (RODRIGUES; SANTOS, 2007).

Dessa forma, em meio a um contexto histórico de insatisfação da população brasileira com os conflitos e desigualdades sociais, altos índices de desemprego e grande espera em busca da assistência a saúde ocorreu em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta é reconhecida atualmente como fator desencadeante do início da Reforma Sanitária brasileira. (SOUZA; COSTA, 2010).

Sendo assim, sob o lema “Saúde, direito de todos e dever do Estado”, o Sistema Único de Saúde proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi resultado de um intenso movimento popular (RODRIGUES; SANTOS, 2007). Na Constituição Federal, 1988, saúde foi considerada como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação”. Nessa mesma constituição são definidas as ações e os serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988).

O SUS representou uma nova concepção a respeito da saúde no Brasil. Antes dele saúde era entendida como a ausência de doença, fazendo com que as ações realizadas eram em torno da cura de agravos a saúde, ou seja, apenas se remediava os efeitos, sem dar muita importância para as causas. Com a criação do SUS o entendimento acerca de saúde ganhou um significado mais amplo, com uma noção mais centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Saúde passou a estar relacionada com a qualidade de vida da população, englobando como fatores determinantes a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a moradia, o lazer, a educação e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros aspectos (BRASIL, 2000).

No ano de 1990 duas leis subsidiaram a regulamentação e as ações do SUS, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. A primeira, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, dispõe das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. A segunda discorre a respeito da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 1990a, 1990b).

A organização operacional do Sistema Único de Saúde teve evolução a cada edição das Normas Operacionais Básicas (NOB), onde em cada nova edição aperfeiçoava-se e substituía-se a publicada anteriormente. A primeira NOB foi publicada em 1991 e em 1993 foi aprimorada para a publicação da segunda NOB. No ano de 1996 a terceira NOB foi publicada (NOB/96). Em 2001 a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01) foi publicada e em 2002 foi revista e novamente publicada a qual se encontra atualmente em vigor (NOAS/SUS 01/02) (BRASIL, 2003).

A implantação do SUS foi transcorrendo em virtude da operacionalização de um de seus princípios, a descentralização. As Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite foram definidas em fóruns federativos de negociação e pactuação. Dessa forma, foi moldando-se um padrão institucional sofisticado para a gestão da política descentralizada, em contexto federativo e frente à necessidade de articular autonomia com interdependência dos entes federados. As leis e portarias lançadas posteriores à Constituição de 1988 têm como intuito complementar o caráter

constitucional e moldar o processo de implantação da política de saúde. (MAIO; LIMA, 2009).

Deste de sua criação, o SUS está em um constante processo de aperfeiçoamento, pois na mesma proporção que surgem novos agravos à saúde, também surgem novos meios de profilaxia e de cuidados. Dessa forma, a promoção da saúde para a população brasileira constantemente sofre modificações para melhoria dos serviços e das ações de saúde (BRASIL, 2000). Assim, em resposta a essa demanda, foi idealizado e anunciado oficialmente em 1994, o Programa de Saúde da Família (RODRIGUES; SANTOS, 2007).

### **2.1.1 Atenção Básica**

A atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial, ou primeiro contato do usuário com o SUS, e engloba um conjunto de ações, tanto individuais quanto coletivas (TADDEI et al., 2011).

Atenção Básica à saúde é um termo pouco usado na literatura mundial, o conceito mais usado para este campo de práticas é atenção primária à saúde. Esta denominação foi decorrente do pacto mundial realizado em 1978, durante a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata. Os compromissos e metas firmados nessa conferência constituem a Declaração de Alma-Ata (SOUSA; HAMANN, 2009).

Nessa declaração foi elencada a atenção primária à saúde como um ponto estratégico para o alcance desse nível de assistência a saúde que garantisse uma vida social e economicamente produtiva (JAIME et al., 2011). Essa conferência apontou ainda a atenção primária como sendo composta de um conjunto de cuidados essenciais de saúde colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (SOUSA; HAMANN, 2009).

A atenção básica atualmente caracteriza-se, segundo a Portaria nº 2.488 de outubro de 2011, por um conjunto de ações, tanto no âmbito individual como no coletivo, abrangendo ações desde a promoção e proteção a saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde para garantir uma atenção integral à saúde (BRASIL, 2011).

No Brasil, o termo atenção básica significa o primeiro nível de atenção à saúde. No cenário nacional, a atenção básica ganhou novo destaque após o

estabelecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 1991 e do Programa Saúde da Família em 1994. Esses dois programas constituíram-se nas primeiras iniciativas do Ministério da Saúde com intuito de enfatizar a atenção básica na organização da atenção à saúde (MAIA, 2010).

O PACS, lançado em 1991, teve como proposta colocar os agentes comunitários de saúde como a ligação entre a equipe de saúde e as famílias, em relação as quais estes são responsáveis, o que é realizado em grande parte, a partir das visitas domiciliares. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional que conhece e vivencia a realidade local, pois este reside na comunidade em que trabalha (SILVA; DALMASO, 2002).

O Programa Saúde da Família, atualmente nomeado Estratégia Saúde da Família, foi criado em 1994, como um modelo de assistência à saúde cujas prioridades são as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral. (GEUS et al., 2011).

O PSF foi concebido como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica no SUS e para a municipalização, definindo-se critérios para sua implantação. Os principais pontos da proposta do PSF em 1994 eram a caracterização da equipe básica com cobertura populacional estimada para cada equipe, regime de trabalho e critérios de residência na comunidade para os ACS, integralidade das ações de saúde e participação da comunidade no controle da qualidade dos serviços prestados pelo PSF (RODRIGUES; SANTOS, 2007).

O PSF trazia entre seus objetivos a melhoria do estado de saúde da população, a divulgação do conceito de saúde como direito do cidadão, a promoção da família como núcleo da abordagem no atendimento à saúde, a prestação de atendimento básico de saúde de forma integral a cada indivíduo da família, a humanização do atendimento, a ampliação da cobertura e a melhor qualidade do atendimento no sistema de saúde, além de proporcionar atenção integral e contínua à população (RODRIGUES; SANTOS, 2007).

No ano de 1998, o Ministério da Saúde reforçou o atendimento do PSF com a publicação de novos documentos que priorizavam o caráter substitutivo das práticas convencionais por um novo processo de trabalho, a integralidade e a hierarquização, a territorialização e adstrição da clientela e a equipe multiprofissional, trazendo a composição da equipe mínima (RODRIGUES; SANTOS, 2007).



O marco da expansão do PSF ocorreu em 1998, como resultado da mudança do financiamento com a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB), no ano de 1997. O PAB consiste no repasse de recursos para a AB, tendo como critérios o número de habitantes para o repasse de recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica (SOLLA et al., 2007).

O PAB fixo destinado à assistência básica foi aprimorado com a criação do PAB variável, relativo aos incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção, onde o repasse é em função do número de equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde, entre outros programas ativos nos municípios (SOLLA et al., 2007).

No início da década de 2000, o PSF, agora ESF, estava em uma fase de grande expansão, sendo um importante indutor das mudanças no modelo assistencial à saúde. As ações das Estratégias Saúde da Família vão além do atendimento, incluindo um serviço programado, com grupos terapêuticos, visitas e internações domiciliares, entre outras atividades (GEUS et al., 2011). A ESF deve ser composta por equipes de

No mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011 p.17).

Para apoiar os serviços oferecidos nas ESFs, foi criando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008. Os NASF devem atuar de forma integrada à rede de serviços a partir das demandas identificadas no trabalho em conjunto com as equipes Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Alguns estudos que relatam as experiências internacionais e nacionais a respeito da assistência a saúde mostraram em seus resultados que os modelos com forte orientação na atenção básica são mais eficientes, efetivos, equitativos e adequados quando comparados aos com baixa orientação neste nível de atenção. Isso porque este modelo se torna mais adequado por partir das necessidades de saúde encontradas naquela população e ter um caráter com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças (MAIA, 2010).

## 2.2 O PROFISSIONAL NUTRICIONISTA NO BRASIL

Segundo a Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de Novembro de 2001, o Nutricionista é um profissional

com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexões sobre a realidade econômica, política, social e cultural (BRASIL, 2001 p.1).

A regulamentação da profissão de Nutricionista no Brasil deu-se em 24 de abril de 1967, com a Lei nº 5.276, que dispõe sobre a profissão de Nutricionista, seu exercício e dá outras providências. Atualmente, a Lei em vigor que regulamenta a profissão é a de nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, substituindo a Lei nº 5.276/1967. Apesar de ser regulamentada apenas em 1967, a trajetória da profissão no Brasil completou mais de 70 anos de história (VASCONCELOS, 2002).

A emergência da nutrição no Brasil foi fortemente influenciada pelo médico argentino Pedro Escudeiro, que em 1926 criou o Instituto Nacional de Nutrição e em 1933, a Escola Nacional de Dietistas e do curso de médicos dietólogos da Universidade de Buenos Aires. Anualmente eram concedidas bolsas de estudo para a realização do Curso de Dietista no Instituto Nacional de Nutrição na Argentina. Dessa forma, iniciou-se os estudos da prática dietética entre os brasileiros que foram estagiar ou fazer os cursos promovidos por Pedro Escudeiro na Argentina (VASCONCELOS, 2002).

No Brasil, os estudos indicam que a Nutrição começou a se difundir entre os anos de 1930 e 1940, principalmente após a criação do primeiro curso para a formação de Nutricionistas em 1939, o atual Curso de Graduação em Nutrição do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (VASCONCELOS, 2002).

Nos anos seguintes, durante a década de 40, foram criados mais três cursos de graduação em Nutrição, atualmente conhecidos como o Curso de Graduação em Nutrição da Universidade do Rio de Janeiro, criado em 1940, o Curso

de Graduação em Nutrição da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em 1944 e o Curso de Graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1948 (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

O Nutricionista surgia no Brasil dentro do setor saúde objetivando o trabalho com a alimentação do ser humano, tanto no plano individual, quanto no coletivo. O processo de formação do profissional dessa época tinha um direcionamento maior para a atuação clínica e para a atuação com a alimentação institucional, ou seja, alimentação coletiva (VASCONCELOS, 2002).

Ainda durante a década de 40 podemos citar os avanços na parte científica-tecnológicas e da organização dos profissionais, com a fundação da Sociedade Brasileira de Nutricionistas (1940), a criação dos Arquivos Brasileiros de Nutrição, primeira revista científica nesta área (1944), e a fundação da Associação Brasileira de Nutricionistas em 31 de agosto de 1949. Em virtude desta última, passou-se a comemorar no Brasil, no dia 31 de agosto, o dia do Nutricionista (VASCONCELOS, 2002).

Entre as décadas de 1950 e 1960 ocorreram a criação de mais três novos cursos de graduação em Nutrição, um na Bahia (1956), um em Pernambuco (1957) e outro no Rio de Janeiro (1968). No início da década de 70 existiam sete cursos para formação de Nutricionistas no Brasil. A partir de 1970, com o incentivo do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN), no qual uma das diretrizes era o estímulo ao processo de formação e capacitação de recursos humanos em nutrição, verificou-se um processo acelerado na criação de novos cursos de graduação em Nutrição, passando de sete para 30, cursos destacando a criação de cursos no setor privado (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

Nos anos seguintes deu-se a continuidade a essa expansão, e em meados da década de 90, existiam no Brasil 45 cursos de graduação em Nutrição. Dados do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) apontam que de janeiro de 1997 a agosto de 2009 surgiram 346 novos cursos de nutrição em todo o território brasileiro, sendo a grande maioria do setor privado. Consequente ao aumento de número de cursos e de vagas ocorreu um aumento do número de profissionais Nutricionistas. Segundo dados do Conselho Federal de Nutricionistas, em 1989 existiam 11.898 Nutricionistas no Brasil, novas pesquisas realizadas até junho de 2009 apontam que naquele ano existiam 60.554 Nutricionistas registrados nas dez

regiões em que existem conselhos da entidade (CFN, 2009).

Os profissionais Nutricionistas no Brasil são, em sua grande maioria (96,5%), do sexo feminino, e com uma faixa etária predominante (79,4%) entre 20 e 40 anos de idade. Esses profissionais concentram sua atuação nas seis grandes áreas reconhecidas pelo CFN, sendo elas a nutrição clínica com atuação de 41,7% dos profissionais; alimentação coletiva, com 32,2%;, ensino/docência, com 9,4%; saúde coletiva, com 8,8%; nutrição esportiva, com 4,1%; e indústria de alimentos com 3,7% (BRASIL, 2006). Observa-se uma grande diversificação e ampliação das áreas de atuação do Nutricionista. Atualmente o Conselho incorporou a existência de mais uma área de atuação, marketing em alimentação e nutrição, mas ainda não se tem dados recentes sobre a atuação destes profissionais (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

Uma das áreas em maior ampliação e consolidação é a da Nutrição em Saúde Coletiva, principalmente pela ampliação das políticas públicas que incluem este profissional, como o Programa Bolsa Família, o Programa Nacional de Alimentação Escolar, o Programa de Alimentação do Trabalhador, a Estratégia Saúde da Família a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, entre outros (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

### 2.3 POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL

A inserção do Nutricionista na saúde historicamente está ligada aos programas de alimentação e nutrição e compreender essa trajetória juntamente com as políticas de alimentação e nutrição no Brasil requer compreender as circunstâncias econômicas, políticas e sociais em que o país passava no momento em que as políticas de alimentação e nutrição foram implantadas (TADDEI, 2011).

O campo de alimentação e Nutrição como ciência, profissão e política pública teve sua emergência no final da década de 1930, principalmente após a criação dos primeiros cursos para formação de profissionais em Alimentação e Nutrição (nutricionistas/dietistas, nutrólogos, auxiliares de alimentação, economistas domésticas, entre outras denominações) (VASCONCELOS; BATISTA FILHO; 2011).

As ações de Alimentação e Nutrição durante as décadas de 1930 a 1960 materializavam-se através de programas de assistência alimentar e nutricional, com enfoque nos trabalhadores que estavam vinculados à previdência social, às

gestantes, às nutrizes e às crianças menores de cinco anos e escolares (VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011).

A ligação entre as ações de alimentação e nutrição com o setor saúde ficou ainda mais forte a partir da década de 1980. Nesse período as ações eram mais voltadas ao controle da desnutrição, principalmente no segmento materno-infantil, através da suplementação alimentar. No ano de 1999 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, essa se constituiu em um marco de compromisso do setor saúde com as ações de alimentação e nutrição para a garantia da assistência alimentar e nutricional para a população brasileira (TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012)

### **2.3.1 Política Nacional de Alimentação e Nutrição**

No fim da década de 90, mais precisamente no ano de 1998, ocorreu uma reorganização estrutural do Ministério da Saúde, sendo criada a Área Técnica de Alimentação e Nutrição, subordinada à Secretaria de Políticas de Saúde. Essa nova área técnica era responsável pela gestão dos programas relacionados à área de alimentação e nutrição (FREITAS; SALDIVA, 2007).

Em 1999 foi aprovada pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Essa política foi resultado da implementação de medidas instituídas pelo Ministério da Saúde para o setor de alimentação e nutrição e tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção de distúrbios nutricionais relacionados à insegurança alimentar e nutricional (FREITAS; SALDIVA, 2007).

A PNAN (1999) tem em suas diretrizes o estímulo de ações intersetoriais, a garantia da segurança e da qualidade dos alimentos, o monitoramento da situação alimentar e nutricional, a promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (JAIME et al., 2011). Além dessas, a PNAN visa também à promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis e à prevenção e controle de distúrbios nutricionais (RECINE; VASCONCELLOS, 2011).

No ano de 2009, ao completar dez anos da publicação da PNAN, iniciou-se o processo de atualização e aprimoramento de suas diretrizes, de forma a

consolidar-se como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde. Regulamentada pela portaria Nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, essa nova edição da PNAN apresenta como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira (BRASIL, 2011).

O setor saúde tem função extremamente importante para a execução da PNAN, pois é nesse setor que é realizado o diagnóstico individual e coletivo da situação de saúde e de seus condicionantes, bem como o desenvolvimento de ações para a solução dos problemas encontrados (FREITAS; SALDIVA, 2007).

### **2.3.2 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**

No ano de 1968, durante a 21ª Assembléia Mundial de Saúde, foi preconizado pela primeira vez a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) no Brasil. Segundo as propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), as ações de vigilância epidemiológica não deveriam estar restritas apenas às doenças transmissíveis, mas sim a outros problemas de saúde também, dentre eles, aqueles relacionados à Alimentação e Nutrição (COUTINHO et al., 2009).

Na Conferência Mundial de Alimentação em Roma, 1974, foi formalizada a proposta de vigilância nutricional, sendo que nos países subdesenvolvidos a vigilância das enfermidades ganhou um caráter emergencial. Na época, a vigilância nutricional foi apresentada apenas como um sistema de coleta, processamento e análise das informações (COUTINHO et al., 2009).

O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) foi criado no Brasil em 1972, e em 1976 o INAN propôs a implantação de um sistema nacional de Alimentação e Nutrição. Essa proposta serviu de orientação na construção de um sistema de vigilância nutricional, com foco na desnutrição infantil (FREITAS; SALDIVA, 2007).

Somente no ano de 1990 é que o processo de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) ganhou força em nível nacional. Após a publicação da Portaria 1.156, de 31 de agosto de 1990 e com a promulgação da Lei

nº 8.080, que inclui a Vigilância Nutricional como medida a ser adotada no âmbito do SUS, é que o SISVAN foi estabelecido nacionalmente. (COUTINHO et al., 2009).

Segundo a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, o SISVAN é um sistema de coleta, processamento e análise contínua de dados, que possibilita o diagnóstico atualizado da situação nutricional de uma população. Ainda na década de 90, o INAN reconhecia que o SISVAN não era executado em todos os municípios, dessa forma iniciou-se a vinculação do sistema aos programas assistenciais do governo (COUTINHO et al., 2009).

Assim, em 1993 o SISVAN foi vinculado ao programa “Leite é Saúde”, sendo requisito para a adesão a esse programa nos municípios. Na época, o sistema era alimentado manualmente pelos municípios e encaminhado para as esferas estadual e federal via papel. Mesmo com o fim do INAN em 1997, o SISVAN continuou a ser pré-requisito para a adesão a outros programas, como o Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (1998), substituído pelo Programa Bolsa Alimentação (2001). Este segundo programa ampliava o número de beneficiários, propondo a ampliação das ações de vigilância nutricional (FREITAS; SALDIVA, 2007).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição publicada em 1999 trazia em uma de suas diretrizes a Vigilância Alimentar e Nutricional, visando dar suporte para os programas por meio da atualização contínua da avaliação do perfil alimentar e nutricional da população brasileira (COUTINHO et al., 2009). A configuração e o desenvolvimento do SISVAN com a produção regular de informações sobre o estado nutricional em nível local, baseado na rotina das unidades de saúde, contribuem para formulação e planejamento de ações e, com isso, a efetividade da PNAN (RECINE; VASCONCELLOS; 2011).

Em 2004 foi criado o Programa Bolsa Família, nesse mesmo ano foi desenvolvido um aplicativo denominado VAN. Esse sistema deveria ser implantado em todos os municípios para o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa. Esse aplicativo estava sob a direção da CGAN, na época CGPAN-Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, e foi concebido em três eixos, o de formular políticas públicas; o de planejar, acompanhar e avaliar programas sociais relacionados a condições de alimentação e nutrição; e o de avaliar a eficácia das ações governamentais. (FREITAS; SALDIVA, 2007).

No ano de 2008 o SISVAN ficou acessível em uma plataforma informatizada chamada SISVAN-Web, um sistema disponível via internet para o registro de dados de acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar dos usuários de todas as faixas etárias da atenção básica do SUS (JAIME et al. 2011).

O SISVAN tem suas informações obtidas, principalmente, a partir da rotina da atenção básica de saúde e é utilizado para avaliar os resultados alcançados pelos gestores de saúde, tanto dos municípios quanto dos estados no cumprimento das metas de alimentação e nutrição assumidas no Pacto Nacional de Saúde (RECINE; VASCONCELLOS; 2011).

#### 2.4 O NUTRICIONISTA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Nutricionista é um profissional de saúde com formação para a atuação no SUS. Sendo este profissional capacitado para atuar objetivando a segurança alimentar e a atenção dietética (PADUA; BOOG, 2006).

Analisando a trajetória da profissão do Nutricionista no Brasil, nota-se que a origem da emergência dessa profissão foi no setor saúde, tendo como objeto de trabalho o homem e a alimentação do homem. Entre as décadas de 1940 e 1960 as principais áreas de atuação desse profissional eram a Nutrição Clínica e a Alimentação Coletiva. A partir dos anos 70, com a criação do INAN, ocorreu a expansão da área de atuação do Nutricionista em Saúde Pública (TADDEI et al.; 2011).

O INAN era um instituto público vinculado ao Ministério da Saúde que nos anos de 1973-74 lançou o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), ele continha um elenco de 12 subprogramas onde os grupos beneficiários dos programas eram gestantes, nutrizes e crianças menores de sete anos de idade (JAIME et al, 2011).

No ano de 1976 foi instituído o II PRONAN, com o objetivo de uma ação mais integrada, visando um impacto mais significativo. Entre a estrutura programática estavam programas diversificados que atuavam em diversos setores, como na educação (Programa Nacional de Alimentação Escolar), trabalho (Programa de Alimentação do Trabalhador), assistência social (Programa de Complementação Alimentar) e saúde (Programa de Nutrição e Saúde), além de



atividades de complementação e apoio para estudos e pesquisas visando à formação de recursos humanos (ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Como já visto um dos marcos históricos na construção do SUS foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, nessa conferência foi aprovada a criação do SUS e do conceito de saúde, onde Saúde seria “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1988).

Com a Lei nº 8.080, a alimentação e nutrição passam a figurar como fator determinante e condicionante da saúde. A partir desse marco legal, fica então estabelecida a relação entre a alimentação e nutrição e a saúde nas ações do Sistema Único de Saúde. Nos anos seguintes, algumas publicações contribuíram para o fortalecimento da relação alimentação-SUS, como a publicação do Mapa da Fome, de Peliano (1993), que analisou a questão alimentar brasileira e constatou uma situação preocupante, de que milhares de brasileiros estavam em situação de indigência (TADDEI et al.; 2011).

Mediante este fato, foram organizadas ações de caráter emergencial, como a distribuição gratuita de alimentos para determinados grupos populacionais e a implementação de ações para a assistência integral à saúde dos desnutridos, fortalecendo a atuação do profissional Nutricionista no SUS (TADDEI et al.; 2011).

Esse programa de distribuição de alimentos, leite e óleo, ficou conhecido como “Leite é Saúde” no ano de 1993, e tinha entre seus objetivos reduzir a prevalência de desnutrição e reforçar as ações de atenção básica de saúde. Os beneficiários desse programa eram crianças entre seis e 23 meses, os irmãos dessas crianças, entre 2 a 5 anos e as gestantes em risco nutricional. Para que os municípios se cadastrassem nesse programa era necessário o diagnóstico nutricional da população materno-infantil, além disso, o programa estava vinculado ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SANTANA; SANTOS, 2004).

Ainda na década de 90, mais precisamente em 1999, foi aprovada pela portaria nº 710, de junho de 1999, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Política essa que marca uma importante etapa para a área de alimentação e nutrição no campo da saúde pública (ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Na década de 2000 o Ministério da Saúde aprovou uma série de Portarias que, em seu contexto, mostram a relevância da inserção do Nutricionista e das

ações de alimentação e nutrição no âmbito do SUS, iniciando na atenção básica, passando pela de média complexidade até a de alta complexidade (TADDEI et al.; 2011).

Dentre os marcos históricos da alimentação e nutrição no SUS, os quais mostram a relevância do profissional Nutricionista, temos a criação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 1990, as Conferências Nacionais de Segurança Alimentar iniciadas em 1994, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) em 2003, a instituição do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) em 2006 e a aprovação da Lei que amplia a cobertura do PNAE em 2009.

#### **2.4.1 Nutricionista na Atenção Básica**

A alimentação e nutrição compõem os princípios básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando o crescimento e desenvolvimento pleno do ser humano com qualidade em todas as fases da vida (FREITAS; SALDIVA, 2007). Dessa forma as ações de alimentação e nutrição são fundamentais no contexto da atenção básica, principalmente no que se refere à Estratégia Saúde da Família (JAIME et al., 2011).

O atual perfil de saúde da população brasileira e a transição epidemiológica que está ocorrendo no Brasil está promovendo alterações no estado nutricional e no padrão de morbimortalidade em todas as faixas etárias, não só na região urbana, mas também na área rural de pequenas e grandes cidades. Anualmente aumentam os casos de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes, neoplasias e hiperlipidemias, resultantes da alimentação e do estilo de vida contemporâneo (GEUS et al., 2011).

Segundo Geus et al. (2011), o Nutricionista é um profissional capacitado a atuar visando a segurança alimentar e a atenção nutricional para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças de indivíduos ou de grupos populacionais. Sendo um profissional cuja formação visa à atuação no Sistema Único de Saúde, esperava-se que os Nutricionistas estivessem plenamente inseridos no SUS, porém, isso não acontece. A atenção de alta complexidade conta

mais regularmente com o trabalho do Nutricionista do que a atenção básica de saúde, na qual a inserção desse profissional ainda é incipiente.

Como visto a atenção Básica abrange um conjunto extenso de ações de caráter tanto individual quanto coletivo, sendo, preferencialmente, a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde. A partir de 1994, com a Estratégia Saúde da Família foi proposto um modelo de assistência à saúde cujas prioridades são as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral (TADDEI et al.; 2011). Agregar o Nutricionista a ESF é garantir à população o acesso a serviços fundamentais para assegurar uma alimentação saudável (GEUS et al., 2011)

Uma equipe multiprofissional possibilita uma melhor organização do trabalho, resultando em uma percepção mais completa da situação e, com isso, atende melhor às necessidades assistenciais da população (GEUS et al., 2011). Como já visto, visando o apoio matricial aos serviços oferecidos nas Unidades ESFs, foi aprovado por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas, dentre estes está o profissional Nutricionista (JAIME et al., 2011).

O perfil nutricional da população brasileira está em total desequilíbrio. Ao mesmo tempo em que enfrenta problemas de saúde associados ao sobrepeso e à obesidade, ainda há pessoas morrendo por desnutrição. Agregar o trabalho do Nutricionista à ESF é um ato de garantir à população serviços que visem assegurar uma alimentação saudável e, com isso, a prevenção de muitas doenças, a promoção e a recuperação da saúde. Esse profissional complementa a equipe multiprofissional sensibilizando e orientando a população a adotar hábitos alimentares saudáveis e adequados, melhorando a qualidade de vida (CARVALHO, 2005).

#### **2.4.2 Nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

Em janeiro de 2008, a portaria nº 154 do MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família tendo como objetivo a ampliação da abrangência e do escopo das ações da atenção básica. Essa portaria estabelece que o NASF deva ser constituído por uma equipe contendo profissionais de diferentes áreas de conhecimento, os quais atuarão em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família. Para o recebimento do repasse dos recursos federais, poderão compor os NASF as

ocupações de Médico Acupunturista; Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

A portaria nº 154 lembra que os NASF não são porta de entrada do Sistema Único de Saúde e que devem atuar de forma integrada à rede de serviços a partir das demandas identificadas no trabalho em conjunto com as equipes Saúde da Família. A inserção do Nutricionista nas equipes do NASF é justificada pelo atual perfil nutricional da população brasileira, com o aumento da obesidade e também das doenças carenciais (JAIME et al., 2011). Dados do Conselho Federal de Nutricionistas evidenciaram que até julho de 2009 o profissional Nutricionista estava presente em 70,8% dos NASF implantados nos municípios com mais de 200 mil habitantes. (CAMOSSA; TELAROLLI JUNIOR; MACHADO, 2012).

No anexo da referida portaria ficam descritas as ações gerais e específicas que cada equipe e que cada categoria profissional deve desenvolver (TADDEI, 2011). De acordo com a portaria, as ações de alimentação e nutrição devem promover práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e devem responder às principais demandas assistenciais relacionadas à alimentação e nutrição, como distúrbios alimentares, desnutrição, carências nutricionais, além dos planos terapêuticos (CAMOSSA; TELAROLLI JUNIOR; MACHADO, 2012).

Sendo assim, são atribuições do nutricionista no NASF a realização do diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população e a identificação de áreas geográficas e segmentos de maior risco aos agravos nutricionais; a realização de ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, respeitando a diversidade étnica, racial e cultural da população; a informações à população em situação de risco sobre os programas sociais e direitos relacionados à alimentação; o auxílio à equipe de saúde na identificação de características domiciliares e familiar que possam afetar o estado nutricional e a segurança alimentar e nutricional da família; a avaliação do desenvolvimento e a implementação das ações de saúde e de alimentação e nutrição e seu impacto na população (BRASIL, 2008a).

Também é pertinente a esse profissional o desenvolvimento de estratégias que visem o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis; a elaboração de rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à alimentação e à

nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra referência (BRASIL, 2008a).

Além das ações desenvolvidas pelo Nutricionista no NASF, a atenção nutricional na Atenção Básica pode ocorrer também de outras formas. Em Outubro de 2011, a portaria nº 2.029, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, define ações para o cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar. Dentre os profissionais que podem compor as Equipes Multiprofissionais de Apoio está o profissional Nutricionista (JAIME et al., 2011).

### **2.4.3 Nutricionista no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família**

O Ministério da Saúde reconhece a importância das ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, a partir do atual perfil de morbimortalidade da população brasileira. Para tanto, também reconhece a necessidade de profissionais de saúde com esse perfil. Profissionais aptos a exercerem essas funções com conhecimento, habilidades e atitudes que visem minimizar os problemas de saúde da comunidade (SANTOS, 2007).

Dessa forma, em 3 de novembro de 2005, foi aprovada a Portaria Interministerial 2.117, que institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde, com o objetivo da formação de profissionais qualificados para o Sistema Único de Saúde, que tenham o perfil acima designado.

A residência Multiprofissional em Saúde abrange as profissões da área da saúde, sendo elas Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Com a expansão dos cursos sob a forma de Residência é instituída em 30 de junho de 2005 a Lei 11.129, a qual cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, para assegurar a qualidade necessária para essa formação (SANTOS, 2007).

A atuação do Nutricionista em Saúde Coletiva compreende atividades de alimentação e nutrição realizadas de acordo com as políticas e programas institucionais de atenção básica e de vigilância em saúde, visando à prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde. O Programa de

Residência Multiprofissional em Saúde configura-se em uma iniciativa pioneira da inserção desse profissional na rede de atenção básica à saúde (CAMOSSA; TELAROLLI JUNIOR; MACHADO, 2012).

A Estratégia Saúde da Família, para alcançar seus objetivos e conseguir realizar mudanças no modelo assistencial, necessita de profissionais com posturas e práticas que visem essa mudança. Esse profissional deve ter uma visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, atuando com senso crítico e criatividade, mediante uma prática humanizada e resolutive (GEUS et al., 2011). Experiências resultantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família vêm demonstrando que o profissional Nutricionista está apto para a atuação na ESF e que a inserção desse profissional na equipe amplia e qualifica as ações realizadas em direção à integralidade. Já com relação à importância deste profissional na ESF, pode-se lembrar do atual quadro nutricional encontrado no Brasil. Sem uma orientação com conhecimentos técnicos sobre a alimentação mostra-se muito difícil uma reversão desse quadro. Assim, necessita-se da atuação do Nutricionista para a promoção da saúde por meio da alimentação saudável e adequada (GEUS et al., 2011).

A Nutrição ainda está se apropriando de suas atribuições na atenção básica, porém, experiências da inserção do Nutricionista na Estratégia Saúde da Família em outras localidades mostram a importância deste profissional nesses serviços. Segundo Santos (2007 p. 64) “a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde propicia melhor formação profissional, a fim de que possam melhor aplicar seus conhecimentos, habilidades e atitudes na melhoria do perfil de morbimortalidade da população brasileira”.

## **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **3.1 HIPÓTESES**

Espera-se que os nutricionistas inseridos na atenção básica atuem a fim de garantir a segurança alimentar e nutricional da população.

### **3.2 DESENHO DO ESTUDO**

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa descritiva, de temporalidade transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa.

Segundo Appolinário (2006), quando uma pesquisa busca descrever uma realidade, damos a ela o nome de pesquisa descritiva.

Para o autor é difícil que haja uma pesquisa apenas qualitativa ou quantitativa, pois grande parte das pesquisas possui tanto elementos quantitativos quanto qualitativos. Na pesquisa quantitativa faz-se a mensuração das variáveis predeterminadas, a fim de verificar e explicar a influência desta sobre as outras variáveis, centralizando-se em informações matematizáveis. Já a qualitativa é aquela em que a coleta de dados ocorre da interação social entre pesquisador e o fenômeno pesquisado.

Diz-se que a pesquisa é de temporalidade transversal quando o pesquisador faz um corte transversal na amostra pesquisada e define um curto prazo para a realização da coleta de dados (APPLINÁRIO, 2006).

### **3.3 VARIÁVEIS**

#### **3.3.1 Dependente**

Execução da entrevista com o profissional Nutricionista.

#### **3.3.2 Independentes**

Raça, sexo, área de especialização, materiais e estruturas disponíveis para o trabalho do profissional, relacionamento do profissional nutricionista com outros profissionais da área da saúde.

### 3.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado com as Nutricionistas inseridas na atenção básica dos municípios da Associação dos Municípios da Região Carbonífera, Santa Catarina. A Região Carbonífera é composta atualmente por 12 municípios, sendo eles, Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso, Urussanga. A AMREC abrange um total de 397.652 habitantes.

Figura 1: Estado de Santa Catarina segundo divisão de regiões, com destaque para a Região Carbonífera.

**AMREC - Associação dos Municípios da Região Carbonífera**



### 3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população do estudo envolverá todos os Nutricionistas atuantes na atenção básica dos municípios da Associação dos Municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina.

#### 3.5.1 Critério de inclusão

Serão inclusos na pesquisa todos os profissionais Nutricionistas atuantes na atenção básica dos 12 municípios da região carbonífera de Santa Catarina que



aceitarem participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **3.5.1 Critério de exclusão**

Serão excluídos da pesquisa todos os profissionais Nutricionistas atuantes na atenção básica dos 12 municípios da região carbonífera de Santa Catarina que não aceitarem participar da pesquisa ou que não tenham vínculo empregatício com a prefeitura municipal das cidades participantes da pesquisa.

### **3.6 AMOSTRA**

Todos os Nutricionistas atuantes na atenção básica dos municípios da Associação dos Municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina, totalizando 20 indivíduos.

### **3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

A análise quantitativa será feita no programa IBM SPSS STATISTICS 20.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) e constituirá do cálculo de médias, desvio padrão, frequências absolutas e relativas. Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos.

A análise qualitativa será realizada através da análise de conteúdo. A análise de conteúdo tem a mesma lógica das metodologias quantitativas, pois busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Segundo Minayo (2008, p. 304) a análise de conteúdo “é uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los”.

### **3.8 LOGÍSTICA**

A pesquisa será iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Os profissionais Nutricionistas serão entrevistados através do roteiro estruturado

preestabelecido pela pesquisadora (APÊNDICE A). Para que se possam obter as respostas referentes às mesmas perguntas, a fim de analisar e comparar as respostas dos vários profissionais entrevistados. As entrevistas serão gravadas e após transcritas. As entrevistas serão realizadas conforme disponibilidade de cada profissional, durante os meses de agosto a outubro de 2013.

### 3.9 INSTRUMENTO DE COLETA

A entrevista é considerada por Andrade (2007) como um instrumento eficaz para a coleta de dados. Para a coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora um roteiro contendo questões norteadoras relacionadas ao perfil do profissional Nutricionista, a forma de inserção deste na atenção básica, quais suas práticas profissionais e como ocorrem.

### 3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa será iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense tendo como base a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos profissionais e a utilização dos dados somente para esta pesquisa. Os profissionais só participarão da pesquisa após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).



## 5 ORÇAMENTO

Todas as despesas serão de responsabilidade dos autores do projeto.

### 5.1 CUSTEIO

Tabela 2 - Despesas de custeio

<b>Discriminação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário R\$</b>	<b>Valor Total R\$</b>
Resmas de papel tipo A4	10	15,00	150,00
Cartuchos de tinta	5	50,00	250,00
Transporte	40	2,50	100,00
<b>Total</b>			<b>500,00</b>

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução a metodologia do trabalho científico**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 160 p.
- APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Thomson, 2006. 209 p.
- ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de; ARRUDA, Ilma Kruse Grande de. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v.7, n.3, p. 319-326. Jul/set. 2007.
- BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 16 de outubro de 2008. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/cartilhas/61.pdf> . Acesso em 13 de maio de 2013.
- BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil / Conselho Federal de Nutricionistas**. – Brasília- DF. CFN, 2006. 88p. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Cartilhas/59.pdf> Acesso em 13 de maio de 2013.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Para Entender a Gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS. 2003. 248p
- BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União. Seção II, p. 33-34. Brasília, DF, 5 out.1988.
- BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação as Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. Diário Oficial da União. Seção 1, p. 18055-18059. Brasília, DF, 20 de set. 1990a.
- BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providencias. Diário Oficial da União. Seção 1. p. 25694-25695. Brasília, DF, 31 dez. 1990b.
- BRASIL. Coordenação de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília, 2009. 76 p. (A).  
Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_alimentacao_nutricao.pdf). Acesso em 13 abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da

Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** Princípios e conquistas. Brasília. Ministério da Saúde. 2000. 44p.

BRASIL. **Portaria GM Nº 154, De 24 de Janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília. 2008. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/100677-154.html?q=> Acesso em 13 de maio de 2013.

BRASIL. **Portaria n 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 13 abr. 2013.

BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de Novembro de 2001.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2001. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 39. 2001.

CAMOSSA, Ana Cristina Do Amaral; TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira. O Fazer Teórico-Prático Do Nutricionista Na Estratégia Saúde Da Família: Representações Sociais Dos Profissionais Das Equipes. **Rev. Nutr.** Campinas, v.25, n.1, p. 89-106. jan/fev. 2012.

CARVALHO ,Adriana Machado Maestri. A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde: reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre - RS [monografia]. Porto Alegre (RS): Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2005.

CERVATO-MANCUSO, Ana Maria et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.17, n.12, p.3289-3300. Dez. 2012.

COUTINHO, Janine Giuberti et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev. Bras. Epidemiologia.** São Paulo, v. 12, n. 4. Dez. 2009.

FREITAS, Alexandra Corrêa de; SALDIVA, Silvia Regina Dias. A Alimentação e a Nutrição na Saúde Pública. In: SANTOS, Irani Gomes dos. **Nutrição:** da assistência à promoção da saúde. São Paulo: RCN, 2007. 35-53p.

GEUS, Laryssa Maria Mendes de, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.16, suppl.1, p.797-804. 2011.

JAIME, Patrícia Constante et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.** Campinas, v.24, n.6, p.809-824. Dez. 2011.

MAIA, Tarsis de Mattos. A inserção do Nutricionista na Atenção Primária a Saúde: o caso da microrregião de saúde de Viçosa-MG. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.25, n.7, p. 1611-1613. Jul. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

PÁDUA, Joyce Guilhermino de; BOOG, Maria Cristina Faber. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Rev. Nutr.** Campinas, v.19, n.4, p.413-424. Ago. 2006.

PELIANO, Anna Maria. (coord.) **O mapa da fome:** informações sobre a indigência nos municípios da Federação. Rio de Janeiro, IPEA, abr.1993.

RECINE, Elisabetta; VASCONCELLOS, Ana Beatriz. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 73-79. Jan. 2011.

RODRIGUES, Carla Roberta Ferraz; SANTOS, Irani Gomes dos. Retrospectiva da Saúde Pública no Brasil. In: SANTOS, Irani Gomes dos. **Nutrição:** da assistência à promoção da saúde. São Paulo: RCN, 2007.

SANTANA, Luciana Alaíde Alves; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na implementação do programa Leite é Saúde: avaliação em municípios baianos. **Rev. Nutr.** Campinas, v.17, n.3, p. 283-290. jul/set. 2004.

SANTOS, Irani Gomes dos. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Inserção da Nutrição. In: SANTOS, Irani Gomes dos. **Nutrição:** da assistência à promoção da saúde. São Paulo: RCN Editora, 2007. 57-66p.

SILVA, Joana Azevedo da.; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. **Agente comunitário de saúde:** o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v.7, n.4, p. 495-502. Out/dez. 2007.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.14, suppl.1, p. 1325-1335. Set/out. 2009.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo ; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.509-517. Set. 2010.

TADDEI, José Augusto et al. **Nutrição em Saúde Pública.** Rubio, 2011. 640p.

TREVISANI, Jorginete de Jesus Damião; BURLANDY, Luciene; JAIME, Patrícia Constante. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p. 492-509. Abr/jun. 2012.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev. Nutr.** Campinas, v.15, n.2, p.127-138. Ago. 2002.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; BATISTA FILHO, Malaquias. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 81-90. Jan. 2011.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; CALADO, Carmen Lúcia de Araújo. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. **Rev. Nutr.** Campinas, v.24, n.4, pp. 605-617. jul/ago. 2011.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

### ROTEIRO DA ENTREVISTA DIRIGIDA AOS NUTRICIONISTAS

(PARTE 1) Perfil do Profissional:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_(dd/mm/aaaa) Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

Estado Civil: ( )Solteiro(a) ( )Casado(a) ( )Divorciado(a) ( )Viúvo(a) ( )Outros

Ano de conclusão de graduação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_(dd/mm/aaaa)

Instituição de graduação: \_\_\_\_\_

Maior nível de formação e área:

( )Somente graduação

( )Especialização: \_\_\_\_\_

( )Mestrado: \_\_\_\_\_

( )Doutorado: \_\_\_\_\_

( )Outros: \_\_\_\_\_

Exerce a profissão de Nutricionista em mais de uma área de atuação? ( )Sim ( )Não

Se sim, quais:

( )Nutrição Clínica	( )Docência
( )Alimentação Coletiva	( )Saúde Coletiva
( )Nutrição Esportiva	( )Marketing na área de alimentação e nutrição
( )Industria de Alimentos	

Trabalha em outra área fora da nutrição? ( )Sim ( )Não

Qual motivo? \_\_\_\_\_

Você considera a sua remuneração na área de Atenção Básica satisfatória?

( )Sim ( )Não Por que? \_\_\_\_\_

Participa de algum órgão ligado ao controle social? (ex. conselho municipal de saúde, conselho de segurança alimentar e nutricional...) ( )Sim ( )Não

Se sim, qual e como se dá a participação?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(PARTE 2) Perfil do trabalho na atenção básica

1. O seu trabalho na atenção básica, abrange quantos estabelecimentos de saúde?
2. Como se deu sua entrada no serviço de saúde?

( )Indicação ( )Concurso ( )Processo seletivo ( )Outros \_\_\_\_\_

3. Qual seu vínculo empregatício? ( )Autonomo, ( )CLT,( )Estatutario ( ) outros

4. Há quanto tempo atua neste serviço? \_\_\_\_\_ Data de início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_(dd/mm/aaaa)

5. Jornada de trabalho (horas/semana): \_\_\_\_\_

6. Qual setor você esta vinculado na Sec. De Saúde? \_\_\_\_\_

7. Você trabalha em conjunto com outros profissionais de saúde? ( )Sim ( )Não

Se sim, quais:

<input type="checkbox"/> ACS	<input type="checkbox"/> Nutricionista
<input type="checkbox"/> Assistente Social	<input type="checkbox"/> Téc. de enfermagem
<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Psicólogo
<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Farmacêutico
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/> Profissional de Educação Física
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Outros, quais?

8. Como se dá a relação com estes profissionais?
9. Quais são as suas atribuições como Nutricionista dentro do serviço de saúde? Descreva as atividades realizadas por você (Ex. trabalhos administrativos, atendimentos individuais, atendimentos em grupos, participação em conselhos....).
10. Quais os recursos são disponibilizados para a realização das suas atividades?

Estrutura física	<input type="checkbox"/> sala para consulta nutricional <input type="checkbox"/> sala para atividade em grupo <input type="checkbox"/> outros: _____
Equipamentos	<input type="checkbox"/> balança adulto <input type="checkbox"/> balança pediátrica <input type="checkbox"/> antropômetro adulto <input type="checkbox"/> antropômetro pediátrico <input type="checkbox"/> outros: _____

11. Como você classificaria os recursos disponibilizados para a realização do seu trabalho?

Adequado  Parcialmente adequado  Inadequado

Motivo: \_\_\_\_\_

Na sua percepção:

12. Quais são os principais motivos de procura pela atenção nutricional?
13. São realizadas atividades com grupos?  Sim  Não

Se sim, como são desenvolvidas? (planejamento, frequência, local, participação de outros profissionais...)

14. Quais as dificuldades enfrentadas para realizar estas atividades?
15. Como é organizado o fluxo dos usuários até a atenção nutricional?
16. Quais os profissionais referenciam usuários para o atendimento nutricional?
17. Para você atuar como Nutricionista na atenção básica é...
18. Quais ações seriam necessárias para melhoria da inserção e atuação do nutricionista na atenção básica?
19. Você considera que a graduação prepara o Nutricionista para a atuação no SUS?
20. O que poderia ser mudado/ melhorado na graduação?

**ANEXOS**

## ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O presente estudo é uma pesquisa referente ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da UNESC, intitulado **“INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO CARBONÍFERA DE SANTA CATARINA”**

O(a) sr(a) \_\_\_\_\_ foi plenamente esclarecido de que estará participando de um estudo que tem como objetivo identificar os meios de inserção do Nutricionista e quais suas principais atividades de atuação na atenção básica na região da Região Carbonífera de Santa Catarina.

Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhum tipo de remuneração. Além disso, se desconhece qualquer risco ou prejuízo oferecido pela presente pesquisa. Os dados referentes ao sr(a) serão resguardados, preceito este assegurado pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o(a) sr(a) poderá solicitar qualquer informação durante todas as fases do estudo, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

A coleta de dados será realizada pela Nutricionista Residente Tamy Colonetti (Fone:9924-0556) do Programa de Residência da Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, UNESC mediante orientação da professora Rita Suselaine Vieira Ribeiro (96316467).

Criciúma (SC) \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Assinatura do Participante