

O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde¹

Brasília, 15 de outubro de 2008

1. O propósito do documento

Este documento tem como propósito apresentar aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de todas as esferas de governo o posicionamento e a visão do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) sobre o papel da Nutrição como área estratégica da Atenção Primária em Saúde. Esperamos, por outro lado, que sua leitura seja feita também pelos profissionais de saúde, especialmente pelos nutricionistas, assim como pela sociedade em geral, para que possam contribuir para a consecução de seus objetivos.

O documento faz uma análise da situação epidemiológica atual e apresenta razões que justificam a incorporação das ações de alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Primária em Saúde em geral e, em particular, da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Em seu contexto, é elucidada a importância dessa incorporação para a qualificação e a garantia da integralidade da atenção à saúde ofertada à população brasileira. Considera ainda a convergência dessas ações públicas com a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (1), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (2) e a Política Nacional Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN)(3) bem como a Política Nacional de Promoção da Saúde (4), vigentes no Brasil.

O CFN reconhece que os esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde, nos últimos anos, para a reorientação do modelo de atenção à saúde, em todos os níveis de complexidade, têm resultado não só na expansão e no conseqüente aumento da cobertura populacional dos serviços públicos de saúde, como na melhoria geral das condições de vida e de saúde da população.

O CFN tem acompanhado, particularmente, as resoluções e os pactos realizados em todas as instâncias de gestão do SUS, referentes à Atenção Primária em Saúde, na busca de maior racionalidade e resolubilidade na

¹ Este documento de posicionamento do Conselho Federal de Nutricionistas contou com a colaboração e a expertise do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília, por meio das pesquisadoras Elisabetta Recine, Maria de Fátima Carvalho e Marília Leão, que conduzem projetos de pesquisa nas áreas de Nutrição e Atenção Primária em Saúde. Assim como das professoras Luciene Burlandy e Sheila Rotenberg da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense.

utilização dos demais níveis assistenciais. A Atenção Primária em Saúde, que tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) elementos concretos de reorganização do modelo de atenção à saúde, engloba um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Os indicadores de gestão do SUS, publicizados pelo Ministério da Saúde, vêm demonstrando que a velocidade de expansão da ESF, nos últimos anos, reflete a adesão inequívoca dos gestores estaduais e municipais aos princípios dessa estratégia de atenção à saúde, bem como da população que vive e é assistida nos territórios sob responsabilidade das equipes multiprofissionais. Entretanto, o CFN considera que a consolidação desse novo modelo de atenção requer revisão e realinhamento periódico, visando o seu aperfeiçoamento progressivo, para atender com maior eficácia às reais necessidades indicadas pelo perfil epidemiológico da população.

Portanto, o objetivo geral deste documento é o de contribuir com o aperfeiçoamento da ação governamental, sugerindo a adoção efetiva de ações de alimentação e nutrição na atenção primária em saúde, num esforço convergente e complementar às demais ações que já vêm sendo implantadas pelos diversos programas públicos de saúde ofertados, em especial, a ESF.

2. O contexto epidemiológico atual

Relevantes mudanças socioeconômicas, geográficas, políticas e tecnológicas ocorreram nos últimos 50 anos, com conseqüentes transformações nas relações de trabalho, nas formas de oferta e procura pelos serviços públicos, na atividade física e no gasto energético, no lazer e em outros aspectos. Mudanças ainda mais drásticas ocorreram nas formas de se produzir, comercializar, transformar, industrializar e preparar os alimentos.

Como conseqüência desse processo, cresce o consumo de alimentos calóricos, com alto teor de açúcares, gorduras, sal e aditivos químicos, que são pobres em nutrientes como vitaminas, sais minerais e fibras. Essa ação está associada ao baixo consumo de frutas, legumes e verduras (FLV), sendo hoje o padrão mais comum de alimentação das famílias brasileiras (5).

Essas transformações resultaram em alterações significativas no perfil de morbidade e mortalidade e nos padrões do consumo alimentar e do estilo de

vida da população, determinando os fenômenos das denominadas transições demográfica, epidemiológica e nutricional, bem documentados no país em diversas publicações (6) (7) (8).

A transição nutricional no Brasil é marcada pela dupla carga de doenças, com a convivência de doenças infecciosas e transmissíveis, desnutrição e carências nutricionais específicas e de Doença Crônicas Não-transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação, tais como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, em todas as faixas de renda da população, em particular entre as famílias de menor poder socioeconômico. Além disso, o envelhecimento da população brasileira, com importante aumento dos idosos nas últimas décadas, revela indicadores positivos de melhora na expectativa de vida da população. Porém, as desigualdades nas formas de viver e morrer impõem, também, novas demandas e desafios às políticas públicas.

Compõem ainda esse quadro de insegurança alimentar e nutricional, presente entre parcela significativa das famílias brasileiras, as infecções e as doenças transmissíveis quase sempre associadas a situações de pobreza e precariedade nas condições de alimentação e do espaço geográfico em que vivem. A eliminação da desnutrição infantil - atualmente expressa por déficits de crescimento - e das carências nutricionais por micronutrientes, como anemia e Hipovitaminose A, ainda constituem desafios para os gestores do SUS e para todos os sujeitos envolvidos na atenção à saúde. (9) Esses problemas de saúde e nutrição implicam uma mobilização de recursos econômicos, financeiros, políticos e sociais que poderiam ser evitados a partir de ações de promoção e prevenção, reduzindo também os custos no sistema de saúde. (10)(11)

Nesse sentido, a atenção primária em saúde pode-se constituir em medida de alta relevância para o desenvolvimento social de um país, quando atua de maneira oportuna e evita a referência de casos, ou mesmo a procura direta aos níveis de média e alta complexidade do sistema de saúde, sabidamente mais escassos e onerosos. Fortalecer e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da atenção primária é uma forma mais econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de obesidade e doenças associadas à má alimentação do que referenciá-los para o atendimento hospitalar, num futuro próximo, em decorrência de suas complicações (12).

Face ao cenário exposto, no campo das políticas públicas, a resposta mais adequada parece ser a conjugação de esforços intersetoriais e multidisciplinares para a implementação de ações articuladas e condizentes

com as necessidades do perfil de saúde e nutrição da população. Além disso, é imperativo o desenvolvimento de uma agenda de promoção da saúde, capaz de prevenir e evitar os agravos à saúde e os desfechos ocasionados pela transição nutricional.

3. Os instrumentos legais para a formulação e implementação das políticas públicas nas áreas de atuação do nutricionista.

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (3) define como obrigação do Estado a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) a todos os que vivem no país, com base no conceito de *segurança alimentar e nutricional*, entendendo-a como a “*realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis*”. Inequivocamente e de forma inovadora, esse conceito coloca a dignidade da pessoa humana como foco central do compromisso que todos devemos assumir.

O Direito Humano à Alimentação Adequada é realizado quando é garantido ao conjunto da população o acesso físico ao alimento adequado, às condições dignas de moradia e de saneamento básico e a serviços de saúde resolutivos. E mais: quando se promove e facilita o acesso de pessoas, famílias e comunidades aos conhecimentos sobre os cuidados para uma vida e alimentação saudáveis, possibilitando a elas a apropriação de tais conhecimentos e a aquisição de capacidades, habilidades e autonomia para gerirem sua própria saúde e nutrição.

Logo, esse conceito e esse entendimento implicam que o setor Saúde, além de ser responsável pela implementação da Política Nacional de Saúde, precisa adotar uma postura pró-ativa na implementação da LOSAN e na construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e de todas as demais políticas que concorrem para a promoção da segurança alimentar e nutricional.

O Ministério da Saúde editou e aprovou, em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que expressa as diretrizes com as quais o setor saúde trabalha no contexto do SUS (2). Os eixos programáticos da PNAN são atuais e adequados para o atendimento dos desafios apontados neste

documento. São sete os eixos da PNAN: 1. estímulo a ações intersetoriais; 2. garantia da segurança e da qualidade dos alimentos; 3. monitoramento da situação alimentar e nutricional; 4. promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 5. prevenção e controle de distúrbios e doenças nutricionais; 6. promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; 7. desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Em 2006, o Ministério aprovou também a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (1) e o Pacto pela Vida, instrumentos legais que expressam as intenções e os compromissos dos gestores com a responsabilidade sanitária. No entanto, não se verificam nesses documentos determinações explícitas e objetivas para a efetiva incorporação das ações de alimentação e nutrição nos programas e ações de atenção primária em saúde. Essa lacuna veio a ser preenchida, *em parte*, com a recente publicação da Portaria Ministerial Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os *Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF* (13) - em especial os seus art. 1º e 2º, que dispõem sobre os objetivos do NASF e a importância da atuação integrada e em parceria dos profissionais de diferentes áreas de atuação, que constituirão esses núcleos de apoio à Estratégia Saúde da Família.

Entre os profissionais previstos a integrarem as equipes do NASF tipo 1 e Nasf tipo 2, está o nutricionista, o qual, entende o CFN, deverá prioritariamente atuar nos âmbitos familiar e comunitário. A atenção nutricional individualizada deverá ser apoiada pelo nutricionista do NASF de maneira indireta, a partir de suas funções de planejamento, organização, elaboração de protocolos de atendimento e de encaminhamento, formação e educação continuada dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família de sua área de abrangência. O nutricionista deve atuar em consonância com os demais profissionais do NASF e das equipes de Saúde da Família e com a área/setor responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição no município, visando qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolubilidade. Deve ainda atuar de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e dos distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população local, contribuindo, assim, para a segurança alimentar e nutricional da população atendida.

Apresentamos, a seguir, um conjunto de sugestões a serem consideradas pelos gestores e profissionais do SUS, no contexto da implementação das disposições contidas nos aludidos instrumentos legais. Reitera-se que a intenção é colaborar com a ação pública na implementação da Política Nacional de Saúde e, em particular, contribuir para que a importante e recente iniciativa dos NASF logre êxito e resultados concretos para a melhoria das condições gerais

de saúde da população. Para tal, é condição fundamental que se aperfeiçoem e qualifiquem a gestão das ações de alimentação e nutrição e o cuidado nutricional na atenção primária em saúde.

4. As ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde

Considerando o papel da alimentação como fator de proteção - ou de risco - para ocorrência de grande parte das doenças e das causas de morte atuais, considera-se que a inserção universal, sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, integrada às demais ações já garantidas pelo SUS, poderá ter um importante impacto na saúde de pessoas, famílias e comunidades. Sendo esse nível de atenção o primeiro contato da população dentro do sistema de saúde, os profissionais devem incorporar uma visão ampla que considere as próprias condições de vida dos sujeitos e comunidades e, ainda, o contexto social de manifestação do processo saúde-doença.

Por inserção sistemática e qualificada entende-se a incorporação de profissionais de saúde de nível superior e médio, formados em temas gerais de saúde e capacitados para desenvolver ações de promoção da alimentação saudável direcionadas a indivíduos, em todas as fases do curso da vida, e comunidades. Entende-se também que é importante a presença do nutricionista nos NASF e nas unidades básicas convencionais para: (1) atuar diretamente junto a indivíduos, famílias e comunidade; (2) participar de ações de educação continuada de profissionais de saúde; e (3) articular estratégias de ação com os equipamentos sociais de seu território de atuação, em prol da promoção da alimentação saudável, do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional.

A ação do nutricionista na atenção primária à saúde deve-se pautar pelo compromisso e pelo conhecimento técnico da realidade epidemiológica e das estratégias e das ferramentas de ação em saúde coletiva. Sua atual inserção nesse nível de atenção à saúde ainda está longe do recomendado e do necessário para lidar com a realidade epidemiológica nacional.

Com base em experiências prévias e estudos realizados², a formulação e a implementação das ações de alimentação e nutrição na atenção primária em saúde devem considerar os seguintes elementos organizacionais:

² Segundo a “Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde”. O documento original detalha as ações por (1) nível de intervenção; (2) sujeito da ação e (3) caráter das ações. Essa

- (1) **Níveis de intervenção:** gestão das ações de alimentação e nutrição e cuidado nutricional propriamente dito (englobando ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento/cuidado/assistência);
- (2) **Sujeito das ações:** o indivíduo, a família e a comunidade;
- (3) **Caráter das ações:** universais, tais como aquelas ações que visam à garantia da SAN e à promoção de alimentação saudável (aplicáveis a quaisquer fases do curso da vida) e específicas, aplicáveis a uma determinada fase do curso da vida, ou seja, ações destinadas a gestantes, crianças, escolares, adolescentes, adultos e idosos.

Algumas ações de alimentação e nutrição, no âmbito municipal, já fazem parte da agenda programática da atenção básica em saúde, embora ainda implementadas de maneira fragmentada e não universal. Dentre essas ações, estão incluídos o incentivo, o apoio e a proteção ao aleitamento materno; a vigilância alimentar e nutricional (SISVAN); programas de suplementação medicamentosa de micronutrientes (ferro, ácido fólico e vitamina A); o cuidado nutricional em programas de saúde para grupos populacionais específicos (risco nutricional, hipertensos, diabéticos, entre outros) e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.

No que se refere à atuação do nutricionista dos NASF, ainda que a responsabilidade prioritária seja a família e a comunidade, as ações de cuidado nutricional que tenham como sujeitos os indivíduos e que requeiram atendimento individualizado de competência privativa do nutricionista deverão ser encaminhadas aos profissionais das unidades de saúde que conformam a rede de atenção básica de saúde. O número reduzido de nutricionistas na rede de unidades básicas de saúde implica a necessidade de encaminhamento dos casos para os outros níveis de atenção à saúde, ou para a rede consorciada entre os municípios, atendidos os procedimentos de referência e contra-referência estabelecidos nos respectivos protocolos, com vista a garantir os princípios de integralidade, universalidade e resolubilidade do SUS.

Daí a importância de organizar e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da atenção básica à saúde como um todo e não apenas no âmbito dos recém-criados NASF. Caso isso não seja feito, o potencial de intervenção desses Núcleos será restrito e pouco resolutivo frente à magnitude do problema alimentar e nutricional que hoje atinge a população brasileira.

matriz foi elaborada no âmbito do projeto “Inserção da Nutrição na Atenção Básica em Saúde” conduzido pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília, com financiamento da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde. A matriz será publicada como documento institucional da CGPAN para orientações dos profissionais da atenção primária.

5. Ações estratégicas no cuidado nutricional.

Seguindo as orientações da portaria do NASF, referendamos que as ações de Alimentação e Nutrição integrem o compromisso do setor saúde com relação aos componentes do SISAN, com vista ao Direito Humano à Alimentação Adequada. A incorporação dessas ações, no âmbito da atenção primária, deverá dar respostas às suas principais demandas assistenciais, ampliando a qualidade dos planos terapêuticos tanto na ESF quanto nas unidades convencionais. Nesse sentido, destacamos algumas ações estratégicas que podem ser desenvolvidas pelo nutricionista:

- Realizar o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população com a identificação de áreas geográficas e segmentos de maior risco aos agravos nutricionais, grupos em situação de insegurança alimentar e nutricional com base no sistema de vigilância alimentar e nutricional e em inquéritos locais e outras fontes de informação pertinentes, considerando a intersetorialidade e a multicausalidade da situação alimentar e nutricional. Essas informações subsidiam decisões para as ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, que respeitem a diversidade étnica, racial e cultural da população.
- A partir da identificação de situações de risco, favorecer a inclusão social por meio da ampliação do acesso à informação sobre programas sociais e direitos relacionados à alimentação e ao estabelecimento de parcerias locais interinstitucionais e comunitárias, incentivando a inserção das famílias e indivíduos nos programas e nos equipamentos sociais disponíveis e a busca de redes de apoio.
- Auxiliar na identificação de características domiciliares e familiares que orientem a detecção precoce de dificuldades que possam afetar o estado nutricional e a segurança alimentar e nutricional da família;
- Avaliar, em conjunto com as Equipes Saúde da Família e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações de saúde e de alimentação e nutrição e seu impacto na população.
- Desenvolver ações de distintas naturezas para a promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do curso da vida e em respostas às principais demandas assistenciais quanto aos transtornos e aos distúrbios alimentares, estabelecendo estratégias conjuntas com diferentes setores e atuando nos espaços sociais da comunidade.
- Socializar o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis. Para além do nutriente, da doença, da dieta, da restrição,

da reflexão sobre a alimentação cotidiana da população, essa estratégia deve incorporar os saberes sobre a comida, a culinária, a cultura, o prazer, a saúde e a qualidade do alimento, tanto do ponto de vista sanitário quanto nutricional.

- Elaborar, em conjunto com a equipe de saúde, 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.
- Atuar na formação e na educação continuada das equipes de saúde e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, Doenças Crônicas Não-transmissíveis e desnutrição;
- Elaborar planos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pela equipe de saúde, realizando ações multiprofissionais e interdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.
- Desenvolver, coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.

Bibliografia

- (1) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 648, 30 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde. Brasília DF, 2006.
- (2) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 648, 30 de março de 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília DF, 2006
- (3) BRASIL. Lei nº 11,346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 2006e.
- (4) - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 687/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde.
- (5) IBGE E MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa de orçamento das famílias: 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil (POF). Rio de Janeiro, 2006.
- (6) BATISTA FILHO et al. Transição Nutricional: conceito e características. In: Epidemiologia Nutricional. orgs. Kac G, Sichieri R e Gigante DP. Ed. Fiocruz/ Ateneu, Rio de Janeiro, 2007.

(7) BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. DAB. CGPAN. Guia Alimentar para a população brasileira. Brasília DF, 2006.

(8) MONTEIRO, CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 1. ed. Aum. Hucitec, Nupens/USP. São Paulo, 2000.

(9) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. PNDS 2006 - resultados preliminares. Brasília DF, 2006.

(10) WORLD CANCER RESEARCHER FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of Cancer: a global perspective. Washington DC: AICR, 2007

(11) SICHIERI, R. & NASCIMENTO, S. O Custo da obesidade para o Sistema Único de Saúde. Perspectivas para as próximas décadas. Jornadas Científicas do Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional. Coordenador José Augusto Taddei, Barueri, SP. Minha Editora, 2007.

(12). DIETITIANS OF CANADA. The role of the registered dietitian in primary health care: a national perspective. Canada, May, 2001.

(13) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de apoio ao Saúde da Família - NASF. Brasília DF, 2008.