

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

STANLEY ARAUJO SANTOS

**ANÁLISE DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE COM NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE VITÓRIA (ES) E DA IMPORTÂNCIA DE ATUAÇÃO DO  
NUTRICIONISTA**

VITÓRIA  
2016



STANLEY ARAUJO SANTOS

**ANÁLISE DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE COM NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE VITÓRIA (ES) E DA IMPORTÂNCIA DE ATUAÇÃO DO  
NUTRICIONISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,  
como requisito obrigatório para obtenção do título de  
Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Ana Cristina de Oliveira Soares

VITÓRIA  
2016



STANLEY ARAUJO SANTOS

**ANÁLISE DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE COM NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE VITÓRIA (ES) E DA IMPORTÂNCIA DE ATUAÇÃO DO  
NUTRICIONISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em 13 de Julho de 2016, por:

---

Prof.<sup>a</sup> M<sup>a</sup>. Ana Cristina de Oliveira Soares - Orientador

---

Nutricionista Esp. Jorge de Vit Monti, Prefeitura Municipal de Vitória (ES)

---

Nutricionista M<sup>a</sup>. Carolina Viana Correa Coimbra de Sousa, PMV (ES)



Dedico este trabalho a minha amada esposa por sua dedicação e companheirismo.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar esta oportunidade.

A minha Família querida.

Aos colegas de faculdade por todo incentivo.

Aos professores pelos ensinamentos.

A orientadora Prof.<sup>a</sup> Ana Cristina, por me orientar e motivar nesta difícil e longa jornada.

Aos nutricionistas orientadores de estágios, Andréia e Ana Paula (Restaurante Popular de Vitória), Márcio, Rivany e Roberta (CIAS- Unimed), Kattryn (SanQualy) e em especial a Maria José (SEMUS) pela atenção e paciência nos 02 anos de convivência e muito aprendizado.

A equipe da SEMUS pela recepção e por suas contribuições para a pesquisa.



## RESUMO

Nesta pesquisa objetiva-se analisar a opinião dos gestores municipais, sobre as ações realizadas referentes à alimentação e nutrição, propostas pela política nacional, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de (Consolação, Fonte Grande, Jardim da Penha, Santo Antônio e UBS Vitória), onde estão implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município de Vitória (ES) e a importância de atuação do profissional de nutrição nestas equipes. Para tanto, foram elaborados 02 questionários com perguntas pertinentes ao objetivo e aplicados a 21 profissionais de saúde, entre 16 gestores e referências técnicas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), lotados no setor da Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e 5 diretores das UBS citadas. Os resultados indicam que, no geral, estas ações realizadas no município são avaliadas de forma positiva pela gestão, estes profissionais compartilham de mesma opinião sobre a necessidade de atuação do nutricionista nos NASF e UBS, e consideram sua inserção neste núcleo como de alta prioridade para atender à necessidade de saúde local. Porém, constata-se a necessidade de melhor comunicação e coordenação destas atividades e ainda, análise da necessidade de saúde da população do município para melhor distribuição e inserção das categorias profissionais nos NASF e UBS, incluindo-se o nutricionista.

**Palavras-chave:** Ações. Nutricionista. NASF. UBS. Alimentação.



## **ABSTRACT**

This research aims to analyze the opinion of municipal managers, on the actions related to food and nutrition, proposed by the national policy, the Basic Health Units (Consolação, Fonte Grande, Jardim da Penha, Santo Antonio and UBS Vitória) where are deployed the Centers of Support for Health municipality Family of Vitória (ES) and the importance of professional practice of nutrition in these teams. Therefore, we were prepared 02 questionnaires with questions relevant to the objective and applied to 21 health professionals, including 16 managers and technical references of the Municipal Health Secretariat (SEMUS), crowded in the sector of Health Care Management (GAS) and 5 directors of UBS cited. The results indicate that, in general, these actions carried out in the municipality are assessed positively by management, these professionals share the same opinion on the need to nutritionist's role in NASF and UBS, and consider their inclusion in this core as a high priority for meet the need for local health. However, notes the need for better communication and coordination of these activities and also health need for analysis of the local population to better distribution and insertion of professional categories in NASF and UBS, including the nutritionist.

**Keywords:** Actions. Nutritionist. NASF. UBS. Feeding.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Formação da Rede Municipal de Saúde de Vitória/ ES, 2015 .....	28
Tabela 02 - Profissionais nas UBS pesquisadas.....	29
Tabela 03 - Gestores da Gerência de Atenção à Saúde- GAS .....	30
Tabela 04 - Total de NASF por Modalidades nos Estados e Distrito Federal .....	34
Tabela 05 - Quantitativo de NASF, por região no Brasil.....	35
Tabela 06 - NASF cadastrados nas Capitais da Região Sudeste .....	36
Tabela 07 - Número de profissionais cadastrados nos NASF do Brasil .....	38
Tabela 08 - Estados contemplados com o NutriSUS e o respectivo número de crianças matriculadas nas creches prioritárias e sachês. ....	50
Tabela 09 - Número Creches prioritárias do município de Vitória/ ES e o respectivo número de crianças e sachês por estabelecimento .....	51
Tabela 10 - Resultado Total das Avaliações entre os itens a, b, c, d, e, f e g, segundo os Diretores e Gestores .....	88



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Sexo dos Gestores e Diretores participantes da pesquisa .....	59
Gráfico 02 – Sexo dos participantes da pesquisa e recursos humanos da SEMUS .....	59
Gráfico 03 - Idade dos Gestores e Diretores participantes da pesquisa .....	60
Gráfico 04 - Idade dos participantes da pesquisa e recursos humanos da PMV .....	61
Gráfico 05 - Profissão dos Diretores participantes da pesquisa .....	62
Gráfico 06 - Profissão dos Gestores participantes da pesquisa .....	62
Gráfico 07 - Profissão dos Gestores e Diretores participantes da pesquisa .....	63
Gráfico 08 - Tempo de Atividade no Cargo Atual dos Entrevistados.....	63
Gráfico 09 - Prioridade do Nutricionista Segundo os Diretores .....	64
Gráfico 10 - Prioridade do Nutricionista Segundo os Gestores .....	65
Gráfico 11 - Prioridade do Nutricionista, Total entre Gestores e Diretores.....	65
Gráfico 12 - Avaliação da EAAB, segundo os Diretores e Gestores .....	67
Gráfico 13 - São Realizadas Ações Coletivas? .....	68
Gráfico 14 - Avaliação do PBF, segundo os Diretores e Gestores.....	70
Gráfico 15 - São Realizadas Ações Coletivas? .....	70
Gráfico 16 - Avaliação do SISVAN, segundo os Diretores e Gestores.....	70
Gráfico 17 - São Coletadas Medidas Antropométricas?.....	71
Gráfico 18 - Estado Nutricional de Crianças de 0 a < 02 anos (Peso x Idade).....	72
Gráfico 19 - Estado Nutricional de Crianças de 0 a < 02 anos (Peso x Altura) .....	72
Gráfico 20 - Estado Nutricional de Crianças de 0 a < 02 anos (Altura x Idade) .....	73
Gráfico 21 - Estado Nutricional de Crianças de 0 a < 02 anos (IMC x Idade) .....	73
Gráfico 22 - Estado Nutricional de Crianças de 02 a < 05 anos (Peso x Idade).....	74

Gráfico 23 - Estado Nutricional de Crianças de 02 a < 05 anos (Peso x Altura).....	75
Gráfico 24 - Estado Nutricional de Crianças de 02 a < 05 anos (Altura x Idade).....	75
Gráfico 25 - Estado Nutricional de Crianças de 02 a < 05 anos (IMC x Idade).....	76
Gráfico 26 - Estado Nutricional de Crianças de 05 a < 10 anos (Peso x Idade) .....	77
Gráfico 27 - Estado Nutricional de Crianças de 05 a < 10 anos (Altura x Idade) .....	77
Gráfico 28 - Estado Nutricional de Crianças de 05 a < 10 anos (IMC x Idade).....	78
Gráfico 29 - Estado Nutricional de Adolescentes de 10 a < 20 anos (Altura x Idade)...	79
Gráfico 30 - Estado Nutricional de Adolescentes de 10 a < 20 anos (IMC x Idade) .....	79
Gráfico 31 - Estado Nutricional de Adultos de 20 a < 60 anos, graus de obesidade ....	80
Gráfico 32 - Estado Nutricional de Adultos de 20 a < 60 anos .....	81
Gráfico 33 - Estado Nutricional de Idosos.....	81
Gráfico 34 - Estado Nutricional de Gestantes.....	82
Gráfico 35 - Avaliação do PNSVA, segundo os Diretores e Gestores .....	83
Gráfico 36 - São Realizadas Campanhas/ Ações Coletivas? .....	83
Gráfico 37 - Suplementação de Vitamina A – 100.000 UI.....	84
Gráfico 38 - Suplementação de Vitamina A – 200.000 UI.....	85
Gráfico 39 - Avaliação do NutriSUS, segundo os Diretores e Gestores .....	85
Gráfico 40 - Avaliação das PICS, segundo os Diretores e Gestores .....	86
Gráfico 41 - Avaliação da PSAAS, segundo os Diretores e Gestores .....	87
Gráfico 42 - Percentual do Resultado Total das Avaliações.....	88
Gráfico 43 - Número Total de Respostas NSI.....	89
Gráfico 44 - São Realizadas Ações, segundo os Diretores e Gestores.....	90
Gráfico 45 - Grupos citados, segundo os Diretores e Gestores.....	91
Gráfico 46 - Ações mais citadas em 28 UBS, segundo Diretores.....	92

Gráfico 47 - Responsáveis pelas ações nas UBS, segundo os Diretores e Gestores...92



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	27
2.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO .....	27
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	30
2.3 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) .....	32
2.4 NASF NO BRASIL.....	34
2.5 O NUTRICIONISTA NO NASF.....	36
2.6 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT).....	39
2.7 OBESIDADE .....	42
2.8 POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN).....	43
2.9 SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN).....	44
2.10 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) .....	45
2.11 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A (PNSVA) ....	46
2.12 PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL (PAAS).....	47
2.13 ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL (EAAB).....	48
2.14 ESTRATÉGIA DE FORTIFICAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL COM MICRONUTRIENTES EM PÓ (NUTRISUS) .....	49
2.15 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PIC's).....	51
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	55
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	55
3.2 AMOSTRA.....	55
3.3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	55
3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	56
3.5 ANÁLISES DOS RESULTADOS .....	56
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	59
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	95

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE A- Questionário: Diretores das UBS.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE B- Questionário: Gestores Municipais.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>113</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Vitória (ES) possui uma população de 352.104 mil habitantes e está dividido em seis regiões de saúde que contemplam, entre outros serviços, um total de 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde estão sendo implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF). Os NASF foram criados pela Portaria N.154 de 24 de janeiro de 2008, e tem por objetivo a integralidade na atenção, que compõe uma das diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS), atuando diretamente e com foco no fortalecimento das equipes de Saúde da Família (eSF) na Atenção Básica.

O município abrange a modalidade de NASF 1, que deve apoiar de cinco a nove eSF, dessa forma, dentro do perfil local, estes núcleos podem estar vinculados a mais de uma UBS dentro do mesmo território de saúde (BRASIL, 2011a). O cuidado com a carga horária, agenda, articulação das ações com as equipes, áreas técnicas e gerência e o possível desgaste no trabalho dos profissionais devem ser observados. Em pesquisa realizada sobre o trabalho dos profissionais do NASF no município de São Paulo, destacaram que: “Entre os aspectos positivos foram apontados o apoio, a retaguarda, o trabalho conjunto e o suporte dentro da equipe. E como aspectos negativos, a dificuldade de trabalhar em equipe e a falta de flexibilidade dos profissionais” (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

Atualmente o município está em processo de constituição das equipes dos NASF, sendo que os gestores municipais são os responsáveis pela escolha dos profissionais, entre as dezenove categorias contempladas, que farão parte das equipes e para isso, devem avaliar a realidade epidemiológica, as necessidades de saúde local e das equipes presentes nas unidades. Dessa forma as pesquisas voltadas ao tema se tornam relevantes e podem indicar através dos resultados obtidos, novas perspectivas por diferentes profissionais, ampliando a capacidade de atingir os objetivos propostos do núcleo e beneficiando principalmente a população.

Deve-se considerar a importância de monitorar as ações de alimentação e nutrição realizadas no município e ouvir os profissionais que atuam diretamente com os problemas da população nas UBS e gestores, para identificar se a carência deste profissional na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município é realmente vivenciada no dia-a-dia e/ou carecem os serviços de saúde prestados a população.

O objetivo geral desta pesquisa é identificar as ações de alimentação e nutrição nas

UBS onde estão implantados NASF no município de Vitória/ES. Dentre os objetivos específicos cabe obter informações dos profissionais de saúde e gestores quanto ao funcionamento/ realização das ações e programas de alimentação e nutrição nas UBS onde funcionam os NASF; discutir sobre a importância da atuação do nutricionista nestes núcleos; analisar a visão dos profissionais e Gestores do município quanto à necessidade de atuação de Nutricionistas nas UBS e classificar a priorização, dentre os profissionais previstos para inserção nos NASF nas UBS pesquisadas, segundo a visão dos profissionais e gestores do município.

A constituição das equipes do NASF possibilitam um melhor diagnóstico, monitoramento e resolutividade das demandas encontrados nos territórios de saúde e principalmente das relacionadas às eSF. Estabelece melhor comunicação entre diferentes categorias profissionais e favorece a gestão da Atenção Básica (AB) do município, sendo que, cada profissional exerce o papel de apoiador matricial. Encontram-se dentro desse contexto as questões provenientes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), destaca-se que no Brasil 48,9% das equipes do NASF que estão formadas, contam com apoio do nutricionista. No Espírito Santo os cadastros realizados indicam que apenas 11,1% destas equipes contam com o profissional, este último dado aponta o estado como o de menor percentual nacional (BRASIL, 2015a, p. 76).

A ausência de profissionais nutricionistas no serviço público de saúde do município de Vitória/ES pode ser um ponto a ser destacado, constam atualmente em seu quadro de pessoal 04 (quatro) profissionais em toda a rede e que estes não estão diretamente vinculados às equipes de saúde nas unidades (VITÓRIA, 2015a).

Alguns autores afirmam a importância do nutricionista no trabalho das equipes multidisciplinares de saúde, destacando seus conhecimentos específicos da profissão para identificação do perfil nutricional da população, prescrição de dietas baseado na análise do consumo e hábitos alimentares da população local, levando em consideração ainda a necessidade atual de saúde do indivíduo, padrões culturais e sociais da comunidade atendida, entre outros; e ainda, para atuar nas ações, programas e estratégias da saúde voltadas a PNAN, dessa forma, “[...] pode-se afirmar que uma assistência à saúde da família brasileira, cujo objetivo seja transformar a história das práticas e dos resultados das intervenções, não poderá prescindir da atuação do nutricionista” (ASSIS et al, 2002).

De Geus e outros (2011) ressaltam a importância da inclusão de profissionais nutricionistas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica e destaca “[...] basta lembrar que o quadro nutricional da população brasileira está em total desequilíbrio, alguns adoecendo por excesso de peso e outros ainda morrendo por desnutrição [...]”, que este pode trabalhar com atendimentos individuais e coletivos, em programas de controle e prevenção das DCNT, obesidade, desnutrição, deficiência de micronutrientes, planejar e executar ações voltadas à vigilância e segurança alimentar e nutricional.

Os profissionais do NASF devem buscar informações, discutir e diagnosticar a situação epidemiológica da população local atendida, entre as ferramentas disponíveis encontram-se os relatórios do SISVAN, que apresentam o perfil nutricional da população brasileira acompanhada, expondo indicadores preocupantes com o aumento das taxas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil nos últimos anos, tem-se “[...] apontando contínuo aumento no excesso de peso e obesidade em adultos entre 2008-2010 e indicando que a redução será complexa, e incitará abordagem ampla da questão em seus condicionantes e determinantes” (BRASIL, 2011b).

Esta pesquisa inicia-se com a identificação do município analisado, apresentando-se os serviços oferecidos na rede municipal de saúde e sua estrutura atual para a implantação dos NASF na Atenção Primária à Saúde no SUS. Após, apresenta-se o NASF, seus objetivos e sua estruturação no Brasil, a atuação do Nutricionista neste núcleo, informações sobre as DCNT e obesidade.

Menciona-se sobre a PNAN, dos programas e ações de alimentação e nutrição que fazem parte da agenda programática da atenção básica em saúde no âmbito municipal, entre eles: Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Programa Bolsa Família (PBF), Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em pó (NUTRISUS) e as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), na sequência apresenta-se a metodologia utilizada no trabalho, os resultados e discussão e as considerações finais.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Vitória, capital do estado do Espírito Santo está localizado na Região Sudeste do País, com 462 anos desde sua fundação, possui uma população estimada de 352.104 mil habitantes em uma área territorial de 98,194 km<sup>2</sup>. (BRASIL, 2013a). No município o sistema de saúde está organizado em bases territoriais, ou seja, dividido em 06 (seis) territórios de saúde (figura 01), que são considerados “não apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura” (VITÓRIA, 2009).

Figura 01 – Mapa de Regionalização da Saúde em Vitória/ES.



Fonte: Adaptado de Vitória, 2015a.

Por meio da Lei N.º 6.364 do ano de 2005, o Município de Vitória dispõe do Conselho Municipal de Segurança Alimentar (COMSEA- Vitória), que tem por finalidade articular e propor as políticas e ações de segurança alimentar entre governo municipal e sociedade civil (Vitória, 2005). Segundo o Portal da Transparência da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) no mês de outubro de 2015, o município possuía em seu quadro de pessoal 04 (quatro) Nutricionistas lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) (VITÓRIA, 2015a).

O município de Vitória/ ES, na competência 12/ 2014, possui em atividade 30 (trinta) Unidades Básicas de Saúde, 07 (sete) Polos de Academia da Saúde e 02 (dois) Pronto Atendimentos (PA), entre outros serviços apresentados na tabela 1, abaixo.

Tabela 1 – Formação da Rede Municipal de Saúde de Vitória/ ES, no ano de 2015.

REDE DE ATENDIMENTO	N.º
Unidade Básica de Saúde	30
Academia do Idoso	20
Serviço de Orientação ao Exercício	17
Centro de Referência de Atenção Especializada	4
Academia Popular	3
Centro de Atenção Psicossocial CAPS	2
Equipes Consultório na Rua	2
Pronto Atendimento	2
CAPS em Álcool e outras Drogas	1
CAPS Infanto-juvenil	1
Casa de Acolhimento Transitório	1
Centro de Vigilância em Saúde Ambiental	1
Central de Transporte Sanitário	1
Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS)	1
Farmácia Cidadã	1
Farmácia Popular	1
Laboratório Central Municipal	1
Serviço de Atenção a pessoa em Situação de Violência	1
Serviço Residencial Terapêutico	1
<b>Total</b>	<b>91</b>

Fonte: Adaptado de Vitória, 2015b.

A implantação dos NASF no município de Vitória (ES) está apreciada no Planejamento Estratégico 2013 - 2016 do Município, como parte complementar do Programa Cuidando das Pessoas, objetivando “Reduzir a morbimortalidade e incorporar práticas de vigilância à saúde, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, visando a integralidade do cuidado” (VITÓRIA, 2009, p.57).

No contexto da implantação do NASF no município, a tabela 2 apresenta o quantitativo total de profissionais (N=373), por categoria e inclusão na Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas UBS de Consolação, Fonte Grande, Jardim da Penha, Santo Antônio e UBS Vitória, segundo o CNES na vigência 05/2016, onde estão em funcionamento os quatro primeiros NASF do município, entre os 16 previstos para implantação.

Tabela 2 – Profissionais nas UBS pesquisadas.

N.º	Categoria Profissional	N.º
1	Agente Comunitário de Saúde	101
2	Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	62
3	Assistente Administrativo	24
4	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	23
5	Medico da Estratégia de Saúde da Família	20
6	Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família	13
7	Profissional de Educação Física na Saúde	13
8	Auxiliar em Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família	12
9	Assistente Social	10
10	Técnico de Enfermagem	10
11	Atendente de Farmácia Balconista	10
12	Atendente de Enfermagem	8
13	Farmacêutico	7
14	Auxiliar Técnico em Patologia Clínica	7
15	Enfermeiro	6
16	Auxiliar de Enfermagem	6
17	Gerente De Serviços de Saúde	5
18	Psicólogo Clínico	5
19	Fonoaudiólogo	4
20	Medico Clínico	4
21	Medico Ginecologista E Obstetra	3
22	Técnico em Saúde Bucal	3
23	Medico Residente	2
24	Medico Pediatra	2
25	Auxiliar em Saúde Bucal	2
26	Técnico em Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família	2
27	Auxiliar de Escritório, em Geral	2
28	Recepcionista de Consultório Médico ou Dentário	2
29	Medico de Família e Comunidade	1
30	Medico Dermatologista	1
31	Técnico em Patologia Clínica	1
32	Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas	1
33	Auxiliar de Veterinário	1
Total		373

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

A tabela 03 apresenta o quantitativo de gestores e referências técnicas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), lotados no setor da Gerência de Atenção à Saúde (GAS) do município, previstos para participação na pesquisa, estes tem a função de “[...] entre outras atribuições, assessorar a elaboração e acompanhar a implantação das políticas públicas prioritárias na área de atenção à saúde, bem como, planejar, acompanhar e avaliar as ações de atenção à saúde [...]” (VITÓRIA, 2015b, p. 66).

Tabela 3 – Gestores da GAS.

Profissionais Gestores	Quantidade
Gerente de Atenção à Saúde	1
Coordenador da Atenção Básica	1
Coordenadores do NASF no Município	1
Apoio da Gerência/ Coordenação	2
Referência Técnica - Saúde da Criança	1
Referência Técnica - Alimentação e Nutrição	1
Referência Técnica - Atenção Especializada	1
Referência Técnica - Consultório na Rua	1
Referência Técnica - Práticas Integrativas e Complementares	1
Referência Técnica - Programa Saúde do Escolar	1
Referência Técnica - Saúde Bucal	1
Referência Técnica - Saúde do Adulto	1
Referência Técnica - Saúde do Idoso	1
Referência Técnica - Saúde Mental	1
Referência Técnica - Urgência e Emergência	1
<b>Total</b>	<b>16</b>

Fonte: Adaptado de Vitória, 2015b.

Souza e Carvalho (2006) apontam a capital do Espírito Santo com as maiores taxas de Homicídios (55,8) e acidentes de trânsito (20,8) por 100 mil habitantes, da região Sudeste, apontam ainda Vitória entre as capitais que exibem os maiores índices de risco masculino com valores elevados entre assassinatos e lesões corporais.

Schwartz e outros (2010) deixam explícito em avaliação realizada em uma das Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória, que 87,2% da população atendida são de sexo feminino e que as suas maiores dificuldades são quanto à marcação de consultas e o tempo de espera para atendimento na média complexidade, ressalta ainda “[...] percepções negativas em relação ao acesso, a integralidade e a equidade na organização e na utilização dos serviços ofertados a essa comunidade”. Dessa forma a implantação do NASF tem um papel fundamental no trabalho junto às equipes de Saúde da Família no acolhimento e cuidado à população.

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

O Ministério da Saúde por meio da Portaria Nº 2.488 de 21 de setembro de 2011 constituiu “[...] 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)” e aprova a revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), estabelecendo as diretrizes das políticas voltadas às ações de alimentação e nutrição nas equipes de saúde da APS, entre outros (BRASIL, 2011a).

Pupin e Cardoso (2008) em entrevista com profissionais do PACS relacionaram a vivência do cotidiano de trabalho na sua comunidade, os agentes comunitários como promotores de saúde e moradores locais tem a possibilidade de acompanhar a rotina e necessidade de saúde dos moradores de perto, destacam a ética profissional e maior facilidade de aceitação da família a ser acolhida e visão das ações a serem propostas para a comunidade, facilitando o trabalho na ESF.

Em estudo realizado com uma determinada população atendida nas UBS da Grande Vitória, foi observada a necessidade de um cuidado e acompanhamento nutricional adequado na atenção primária, destacando a importância da capacitação das equipes envolvidas em práticas da nutrição clínica realizadas de rotina nas unidades destacam que [...] a avaliação de medidas antropométricas, cálculo do IMC e questionários sociodemográfico e alimentar, podem auxiliar na melhoria do acompanhamento a portadores de doenças infecciosas [...]” (MONTENEGRO et al, 2011).

O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) na Resolução N.º380 do ano de 2005 estabelece, entre outros, o quantitativo de profissionais nutricionistas estimados para atuarem na atenção básica em acordo com a população estimada local, sendo até 20 mil 01 nutricionista para cada 10 mil habitantes, até 500 mil, 01 nutricionista a cada 30.000 mil habitantes e acima de 500 mil 01 nutricionista para cada 50 mil habitantes. Em relação ao trabalho do nutricionista nas equipes da ESF, ficou estabelecido na resolução, que para cada 02 equipes deve haver 01 profissional de nutrição (BRASIL, 2005a, p. 39). O município possui atualmente um total de 78 equipes atuantes, entre outras, que são responsáveis por realizar o acompanhamento de 100% da região de saúde e de 80% dos municípios (VITÓRIA, 2015b).

Fica claro a situação nutricional atual da população brasileira e a importância das políticas e intervenções de saúde e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) nos diversos setores quando o Ministério da Saúde esclarece “A sociedade brasileira

vivenciou uma peculiar e rápida transição nutricional: de um país que apresentava altas taxas de desnutrição, na década de 1970, passou a ser um país com metade da população adulta com excesso de peso, em 2008” (BRASIL, 2012a, p.16).

Camargo-Borges e Mishima (2009) destacam a importância da participação comunitária e que esta faz parte do processo de gestão atual, principalmente no processo de desenvolvimento e democratização das propostas para a Atenção Básica, justificam que a falta de envolvimento da população dificultam a realização de ações e visão das necessidades prioritárias, além do entendimento e comunicação entre equipes dos territórios e comunidade. Cabe ressaltar que a criação dos vínculos criados entre os profissionais e residentes locais, ambos com suas responsabilidades, perpetuam melhores condições de trabalho das equipes, conseqüentemente benefícios quanto ao atendimento de saúde pra a população.

### 2.3 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Criado pela Portaria N.154 de 24 de janeiro de 2008, os NASF têm por característica “[...] apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica [...] reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde” (BRASIL, 2008b).

Dos Santos Pedrosa e Teles (2001) destacam que o Programa de Saúde da Família (PSF) criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), se torna capaz de promover uma melhoria dos serviços prestados a população por integrar diversos profissionais e saberes, as equipes de Saúde da Família possibilitam ainda, que haja uma reformulação nos métodos para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes das populações específicas encontrados em cada território.

A Portaria N.º 2.488, de 21 de outubro de 2011 define que os profissionais Médicos especialistas entre eles, os acupunturistas, homeopatas, internistas, pediatras e geriatras, psiquiatras, ginecologistas/ obstetras, veterinários e médicos do trabalho, e ainda outros profissionais como: arte educadores, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, sanitaristas e terapeutas ocupacionais poderão compor as equipes dos NASF nas categorias (BRASIL, 2011a):

[...] NASF1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.

[...] NASF2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete) equipes de saúde da família.

Os NASF3, que são suprimidos por essa portaria, se tornarão automaticamente NASF 2 [...].

Cada NASF juntamente com as ESF sob sua responsabilidade devem avaliar a situação de saúde local, com objetivo de definir o modo de trabalho, orientar os profissionais das equipes e planejar, organizar e coordenar os projetos e as ações voltadas às necessidades da população, sempre respeitando as diretrizes propostas para o funcionamento do núcleo (BRASIL, 2009, p. 20).

(a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.

(b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.

(c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as eSF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

Dos Anjos Scherer, De Pires e Jean (2013) concluem que trabalhar a intersectorialidade na Atenção Básica dispõe a novos desafios e o trabalho multidisciplinar gera a necessidade de interação de diferentes profissionais com suas individualidades, induzindo, assim, a debates sobre normas e valores e reinvenção de seus métodos de trabalho, conduzindo ao objetivo final o cuidado à saúde.

As mudanças nas políticas públicas de saúde, baseadas em um modelo de atenção à saúde estruturado a partir da integralidade, para Machado e outros (2007) geram mudanças no comportamento dos profissionais envolvidos nos processos interdisciplinares, bem como, na forma de atuação, envolvimento e participação da

comunidade no processo de educação em saúde. Para Nascimento e outros (2010, p. 95) a formação dos NASF, implica a reflexão das práticas realizadas atualmente pelas eSF, para eles, “Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções vigentes de atenção à saúde poderão minimizar o descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços”.

## 2.4 O NASF NO BRASIL

No ano de 2013, foi identificado um total de 2.147 NASF cadastrados nas modalidades 1, 2 e 3 em funcionamento no Brasil, com equipes compostas por profissionais de diversas categorias da área da saúde (BRASIL, 2014a).

A tabela 4 apresenta o número de equipes do NASF cadastradas por Modalidades nos Estados e Distrito Federal no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) até a vigência abril/2016, observa-se um total de 4.598 equipes, entre NASF1(N= 2.764), NASF2 (N=893) e NASF3 (N= 1.031), onde se destaca o estado de Minas Gerais com maior número de equipes (N=766) e com menor número está o Distrito Federal (N=10) e os estados Roraima (N=11) e Rondônia (N=15). O estado do Espírito Santo apresenta um total de 27 equipes do NASF divididas entre NASF1(N= 14), NASF2 (N=12) e NASF3 (N= 1).

Tabela 4 – Total de NASF por modalidades nos Estados e Distrito Federal.

Estados e Distrito Federal				(Continua)
	NASF1	NASF2	NASF3	Total
Acre	17	4	1	22
Alagoas	91	28	13	132
Amapá	18	2	2	22
Amazonas	50	5	2	57
Bahia	264	100	9	373
Ceará	220	36	2	258
Distrito Federal	10	-	-	10
Espírito Santo	14	12	1	27
Goiás	74	37	88	199
Maranhão	146	27	8	181
Mato Grosso	16	23	27	66
Mato Grosso do Sul	32	18	12	62
Minas Gerais	377	178	211	766
Pará	93	11	1	105
Paraíba	144	55	72	271
Paraná	127	65	77	269

Tabela 4 – Total de NASF por modalidades nos Estados e Distrito Federal.

Estados e Distrito Federal				(Conclusão)
	NASF1	NASF2	NASF3	Total
Pernambuco	206	32	-	238
Piauí	84	57	101	242
Rio de Janeiro	159	9	-	168
Rio Grande do Norte	75	37	57	169
Rio Grande do Sul	48	21	73	142
Rondônia	12	2	1	15
Roraima	5	5	1	11
Santa Catarina	100	56	111	267
São Paulo	247	42	85	374
Sergipe	26	10	5	41
Tocantins	19	21	71	111
<b>Total</b>	<b>2.674</b>	<b>893</b>	<b>1.031</b>	<b>4.598</b>

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

A tabela 05 apresenta o total por tipo de NASF 1, 2 e 3, nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste do Brasil, registrados no CNES na vigência 04/2016. Sendo que em um total de 4.598 NASF cadastrados no Brasil, destaca-se o tipo 1 com maior adesão 2.674, seguido por NASF3 com 1.031 e NASF2 com 893. Quanto às regiões, observa-se a Nordeste com 1.095 adesões aos NASF, seguido por Sudeste com 1.335, Sul com 678, Norte com 343 e Centro-Oeste com 337 núcleos cadastrados no CNES.

Tabela 5 – Quantitativo de NASF por região no Brasil.

Brasil- Regiões	NASF 1	NASF 2	NASF 3	Total
Norte	214	50	79	343
Nordeste	1.256	382	267	1.905
Sudeste	797	241	297	1.335
Sul	275	142	261	678
Centro-Oeste	132	78	127	337
<b>Total</b>	<b>2.674</b>	<b>893</b>	<b>1.031</b>	<b>4.598</b>

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

Para Tomazi e outros (2013), no Estado do Paraná, onde até o ano de 2012 haviam implantados 68 (sessenta e oito) NASF com atuação de 384 profissionais, apenas 12 (doze) das 19 (dezenove) categorias profissionais compreendidas para atuação no programa eram beneficiadas, observaram que a maior oferta de alguns profissionais influenciou mais na escolha destes do que as necessidades encontradas nos locais de saúde.

Lisboa (2011) destacou as melhorias nas ações voltadas aos indivíduos e priorização da população de risco nas ações educativas e maior interação das equipes de saúde no município de Pedra em Recife/ PE, com a implantação do NASF e o fortalecimento das políticas de saúde locais, ressaltou a efetiva realização da agenda compartilhada proposta pela gestão e reforçou a importância da educação permanente dos profissionais de toda rede municipal de saúde.

Nas capitais dos Estados da região Sudeste o quantitativo de equipes do NASF cadastrados no CNES, competência 04/2016, estão apresentados na tabela 6, onde o município de São Paulo/ SP apresenta um total de 80 NASF cadastrados, Rio de Janeiro/ RJ com 75, Belo Horizonte/ MG com 71 e Vitória/ ES com 3, apenas a capital do Rio de Janeiro apresenta a categoria NASF2 cadastrado e não há registros de NASF3 nestas capitais.

Tabela 6 – NASF cadastrados nas Capitais da Região Sudeste.

Capitais da Região Sudeste	NASF1	NASF2	NASF3
ES- Vitória	3	-	-
MG- Belo Horizonte	71	-	-
RJ- Rio de Janeiro	72	3	-
SP- São Paulo	80	-	-
Total	226	3	-

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

## 2.5 O NUTRICIONISTA NO NASF

O CFN na cartilha: O Papel do Nutricionista na APS, destaca algumas ações estratégicas que podem ser desenvolvidas por nutricionistas inclusos nos NASF, seguindo a Portaria N.º 154 de 24 de janeiro de 2008, e em ações estratégicas voltadas ao cuidado nutricional (BRASIL, 2008c):

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 Nãotransmissíveis 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.

Para Recine e Vasconcellos (2011), as ações voltadas à alimentação e nutrição no âmbito da saúde e as políticas públicas voltadas a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no âmbito do SUS se tornam indispensáveis, devem ser qualificadas e expandidas para beneficiar a população de forma imediata com aperfeiçoamento e envolvimento dos profissionais, assumindo de forma ativa a nutrição na saúde coletiva e seus compromissos com a alimentação nas esferas do direito humano.

A tabela 07 identifica o quantitativo de profissionais das 3 modalidades de NASF até o mês de julho de 2013, soma-se um total de 12.087 profissionais nestas equipes, o nutricionista ocupa a terceira posição com 1.901 cadastros nos NASF de todo o Brasil, entre as primeiras posições os fisioterapeutas com 3.324 e os psicólogos com 2.211, com menor número entre as equipes estão os médicos, Geriatria (6),

homeopata (9) e Acupunturista (10).

Tabela 07 – Número de profissionais cadastrados nos NASF do Brasil.

Profissional	Quantidade
Fisioterapeuta	3.234
Psicólogo	2.211
Nutricionista	1.901
Assistente Social	1.578
Fonoaudiólogo	1.056
Farmacêutico	970
Terapeuta Ocupacional	559
Médico Pediatra	370
Médico Ginecologista e Obstetra	311
Médico Psiquiatra	163
Profissional de Educação Física	151
Médico Veterinário	30
Educador	17
Médico Acupunturista	10
Médico Homeopata	9
Médico Geriatra	6
Outros	291
<b>Total</b>	<b>12.867</b>

Fonte: Adaptado de: BRASIL, 2013a.

Jaime e outros (2011) destacam a importância da inserção do profissional nutricionista nos NASF para facilitar o direcionamento das equipes, dos programas e políticas de SAN na saúde, no entanto, qualquer outro profissional de saúde pode assumir esta responsabilidade, sendo um maior desafio, pois será necessário capacitar este profissional dentro de suas competências, vale ressaltar que estes núcleos trabalham direcionados ao apoio matricial as equipes como “[...] um tipo de arranjo contratual que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações, a partir de duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico”.

Mendonça (2009, p. 1.495) visualiza através da implantação dos NASF, uma oportunidade de inserção e vinculação de profissionais de saúde que atualmente não fazem parte do quadro das equipes e das unidades, que são observados como de prioridade de acordo com as mudanças no plano de ação na atenção básica e novo perfil da população brasileira, onde descreve “[...] sofrimento psíquico, as modificações no padrão nutricional, em que 40% dos adultos são obesos e 27% dos escolares têm sobrepeso e o aumento da longevidade da população [...]”.

## 2.6 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

O Ministério da Saúde no ano de 2011, representado por governo e sociedade civil, firmou um compromisso para a prevenção e controle das DCNT que consideram como principais: as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e as enfermidades respiratórias crônicas, destacando-as como responsáveis 70% de mortes do país. Dessa forma, põe em risco a economia do país, por afastar a população do mercado de trabalho e conseqüentemente aumentando a procura por atendimento médico, causando sobrecarga no SUS. Além disso, há outros fatores que aumentam os riscos as essas doenças como as dependências químicas, sendo elas: tabaco, álcool entre outras drogas; ainda o sobrepeso e obesidade provocados por inatividade física e má alimentação (BRASIL, 2012b).

Alguns autores expressam que apesar das altas cargas das DCNT no Brasil a redução na mortalidade relacionada às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas indica um bom trabalho na prevenção destas, porém alertam sobre o aumento da obesidade que ameaçam os avanços no controle destas doenças e seus fatores de risco, a tendência do aumento de portadores de DCNT eleva a necessidade gerar novos estudos sobre o assunto e de organizar, qualificar e ampliar os serviços de saúde oferecidos pelo SUS (DUNCAN et al., 2012).

Segundo o relatório de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que tem por objetivo “[...] medir a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira e subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças [...]” informou que no ano de 2014, 52,5% da população brasileira adulta estava acima do peso e mais de 14% estava obesa, levando a fatores de risco as DCNT. Entre os mais de 480.000 entrevistados 24,8% referiram diagnóstico de hipertensão arterial, mais de 8% diabetes e 20% dislipidemia (BRASIL, 2015b).

Para Malta e outros (2006), o investimento na prevenção e no trabalho de intersetorialidade entre o Ministério da Saúde e outros setores do governo e órgãos não governamentais, em prol das atuações previstas de vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) no SUS tem ação efetiva na redução dos casos e de mortalidade por DCNT. Vitória (2014) destaca que “[...] medidas de promoção, prevenção, tratamento, controle e recuperação da saúde necessitam serem

executadas o mais precoce possível [...]”.

Sobre os cuidados nutricionais na atenção básica (AB) de saúde, desnutrição e obesidade no Brasil, Coutinho e outros no ano de 2008, afirmavam que uma série de ações de SAN realizadas no âmbito da APS (quadro 1) nas esferas governamentais e as medidas coletivas (quadro 2) realizadas na saúde, através de uma agenda única de nutrição, deveriam ser potencializadas, como forma de garantir à população o controle adequado das deficiências nutricionais e dos distúrbios consequentes de uma má alimentação, promovendo à alimentação saudável e realizando o monitoramento, avaliação e controle do estado nutricional da população brasileira.

Quadro 01 - Ações Realizadas no Âmbito da APS.

	Prevenção e controle das carências nutricionais e dos distúrbios associados a má alimentação e práticas alimentares saudáveis.	Avaliação e monitoramento do estado nutricional da população brasileira.
Ações	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suplementação medicamentosa de micronutrientes para grupos mais vulneráveis como crianças, nutrizes, gestantes, universal ou em regiões endêmicas, cuja carência seja considerada problema de saúde pública.</li> <li>2. Educação alimentar e nutricional no serviço de saúde, considerando as diferentes fases do curso da vida e as condições de saúde, a partir das diretrizes alimentares oficiais definidas no guia alimentar.</li> <li>3. Ações intersetoriais que possibilitem o acesso e a informação sobre alimentação saudável, envolvendo parcerias especialmente entre a educação, assistência social, desenvolvimento agrário e saúde.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), no serviço de saúde - SUS, para todas as fases do curso da vida.</li> <li>2. Protocolo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); orientações para o atendimento nutricional e serviços de saúde da atenção básica.</li> <li>3. Protocolos de atendimento para os problemas de saúde mais prevalentes na região, com destaque para a desnutrição, a obesidade e a outras doenças crônicas não transmissíveis e outros distúrbios alimentares.</li> <li>4. Acompanhamento prioritário na atenção básica às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.</li> </ol>

Fonte: Adaptado de: Coutinho et al, 2008.

Quadro 2 - Medidas coletivas desenvolvidas pelo setor saúde.

	Prevenção e controle das carências nutricionais e distúrbios associados à má alimentação e práticas alimentares saudáveis.	Avaliação e monitoramento do estado nutricional da população brasileira.
Medidas coletivas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortificação universal de alimentos com micronutrientes (ferro, ácido fólico e iodo), cuja carência seja considerada problema de saúde pública.</li> <li>2. Campanha informativa sobre alimentação saudável, incentivando o consumo de frutas e hortaliças no contexto de uma alimentação saudável.</li> <li>3. Medidas de apoio ao aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar.</li> <li>4. Implementação das diretrizes da alimentação saudável no ambiente escolar: inserção do tema de forma transversal no currículo escolar, incentivo ao aumento do consumo de frutas e hortaliças; boas práticas de fabricação dos serviços de alimentação; restrição ao comércio de alimentos ricos em açúcar, sal, gorduras saturadas e trans; e monitoramento do estado nutricional dos escolares.</li> <li>5. Aprimoramento da rotulagem nutricional obrigatória e, ainda, estratégias de educação que permitam seu entendimento pela população.</li> <li>6. Criação de marco legal para limitar o teor de açúcar, sal e gorduras saturadas e trans nos alimentos processados.</li> <li>7. Controle de todas as formas de publicidade e marketing de alimentos, voltadas para o público infantil.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chamadas nutricionais: mobilização e sensibilização para a importância da vigilância alimentar e nutricional; avaliação com representatividade estadual do consumo alimentar e antropométrica das crianças.</li> <li>2. Inquéritos populacionais periódicos do estado nutricional e de consumo alimentar: avaliação de consumo alimentar; avaliação antropométrica; e avaliação de carências nutricionais específicas.</li> </ol>

Fonte: Adaptado de Coutinho et al, 2008.

Sobre a obesidade Oliveira e Fisberg (2003, p 107) a classificam como “[...] uma verdadeira epidemia mundial [...]”, discutem a situação da alta prevalência de obesidade apresentada em crianças, adolescentes pesquisadas em determinada cidade, destacando a importância do cuidado na promoção à saúde, preocupação constante com carência de ações de educação nutricional na área da saúde e escolar, o cuidado com a mídia, que incentiva cada vez mais o consumo de alimentos pouco nutritivos e ricos em açúcar e gorduras e a inatividade física da população. Para eles quanto mais cedo à obesidade é apresentada na população maior são os riscos e complicações das DCNT e quando mais rápido a realização do diagnóstico e identificação de patologias melhores são as possibilidades de

recuperação e qualidade de vida da população. Dessa forma entende-se que intensificar as ações no âmbito da alimentação e hábitos de vida saudáveis desde a infância, favorece ao cuidado e prevenção dos agravos à saúde.

## 2.7 OBESIDADE

Para o MS entre as DCNT “[...] destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país”. Como forma de garantir o atendimento adequado a população nesta condição de riscos, desenvolve protocolos de atendimento a pessoa com obesidade na AB, como forma de garantir por parte dos profissionais da ESF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a prestação de serviços ao pacientes obesos voltados as suas necessidades prioritárias à saúde, possibilitando, como por exemplo, o foco na sua alimentação e nutrição (BRASIL, 2006a, p. 8).

De Mello e outros (2004) em estudo realizado, destacam grandes problemas de saúde relacionados à obesidade infantil na fase adulta, as mudanças atuais no estilo de vida e na alimentação promovem a obesidade e interferem na qualidade de vida das crianças provocando aceleração da maturidade sexual, baixa estima, dificuldade de aprendizado, entre outros. Justifica que temos grande responsabilidade no cuidado e na educação alimentar das crianças, tanto na área da saúde, na escola e em casa.

Diante da situação nutricional da população brasileira e necessidade das ações de SAN, o MS atualizou no ano de 2014 o “Guia Alimentar para a População Brasileira se constitui em uma das estratégias para implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável que integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição”. O novo guia tem um papel importante de apresentar aos profissionais de saúde o direcionamento das ações e orientações às comunidades sobre alimentação saudável e principalmente a população em geral, pois apresenta linguagem clara e objetiva dos riscos de uma alimentação inadequada e das orientações para um estilo, hábitos de vida e práticas alimentares mais saudáveis (BRASIL, 2014c, p. 8).

## 2.8 POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN)

No ano de 1999, foi aprovada a PNAN que “integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação” e em sua 2ª edição lançado no ano de 2012, propõe entre outros, “melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da SAN da população brasileira” (BRASIL, 2012a, p. 6).

Desde a regulamentação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), N.º11.346, de 15 de Setembro de 2006, as ações voltadas ao tema de SAN no Brasil, ganharam força e nova dimensão estratégica através da criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que dentre outras providências, tem por objetivo de garantir a todos os indivíduos à alimentação adequada como direito (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde propõe dentro dos princípios da PNAN, ações estratégicas e programas como a Vigilância Alimentar e Nutricional, Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável, Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais, Programa Bolsa Família (PBF) e incentivo a Pesquisa, Inovação e Conhecimento, dentro da Atenção Básica (AB) de saúde. Todos estes programas devem ser realizados e acompanhados pela saúde e intersetorialmente combinando esforços dos gestores e profissionais das equipes (BRASIL, 2012c).

Reis e outros (2011, p. 631) julgam necessário, entre outros, um número adequado de nutricionistas para realizar ações educativas e intercessões eficazes, destacam a importância das ações propostas dentro das diretrizes PNAN e aos programas relacionados ao controle da desnutrição e da obesidade nos cuidados com as crianças, para eles “O desafio é desenvolver, fomentar e articular ações eficientes para controlar o processo de transição nutricional, em um cenário de extrema desigualdade social”, dessa forma se torna indispensável a participação social e envolvimento nestes processos, além de buscar ações locais com auxílio dos profissionais das escolas e creches.

## 2.9 SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN)

De acordo com o Ministério da Saúde, a partir do ano de 1990 o SISVAN passou a ser responsabilidade do SUS, desde então foram realizadas mudanças para direcionar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a atenção básica e voltada aos cuidados de promoção e prevenção dos agravos à saúde, detectando precocemente os riscos nutricionais da população local, objetivando a diminuição dos fluxos de atendimentos na média e alta complexidade no município. Divulga ainda os protocolos de atendimento na saúde para os profissionais e nutricionista na atenção básica e os instrumentos de avaliação por faixa etária, desde a gestação ao idoso (BRASIL, 2008a).

Damé e outros (2011) ressalta a importância do SISVAN, para a formação e atuação das políticas públicas no estado do Rio Grande do Sul, e destaca a necessidade de novos estudos sobre o funcionamento do sistema no Brasil, discute que a falta de recursos, equipamentos, treinamentos e excesso de atividades dos profissionais nas UBS dificultam a coleta e inserção dos dados e que apenas um décimo das crianças menores de 02 anos no estado tinham os registros de estatura/ comprimento cadastrados e 10,5% de cobertura no SISVAN para crianças menores de 10 anos.

Venâncio e outros (2007, p. 219) sobre a implantação do SISVAN no estado de São Paulo “[...] o sistema deveria provocar os gestores municipais e estaduais no sentido de orientar as políticas e as práticas de saúde, de acordo com a realidade epidemiológica [...]”, que a necessidade da ciência dos distúrbios nutricionais que mais acometem a população e sua atual situação epidemiológica deveriam incentivar aos gestores os profissionais da saúde com a participação social para discussões sobre as dificuldades administrativas na funcionalidade e nos registros de dados no sistema. Devem-se criar mecanismos para facilitar a coleta de informações nas unidades e inserção dos dados, descentralização com capacitação das equipes e maior monitoramento do programa.

Ferreira, Cherchiglia e Cesar (2013) observaram em pesquisa realizada em 40 municípios de Belo Horizonte (MG), que no período de 2010 a 2011 foram efetuados mais acompanhamentos de peso e altura de crianças abaixo de 02 anos no Sistema de gestão do PBF, que são priorizados devido as condicionalidade das famílias e recursos provenientes do programa para a gestão, do que os registros efetuados no

SISVAN WEB, sendo que cada município em todos os estados, mesmo sendo um sistema nacional, são responsáveis pela gestão local, descentralização e inserção dos dados nos equipamentos disponíveis.

## 2.10 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)

O PBF criado a partir da Lei N.º10.836 de 2004, tem por finalidade unificar com condicionalidade as ações de transferência de renda da educação, saúde e assistência social voltada às famílias em condição de pobreza e extrema pobreza. Para o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) o acompanhamento das famílias beneficiárias do programa “[...] permite ao poder público mapear algumas das principais situações de vulnerabilidade e risco social vivenciada pelas famílias mais pobres [...]” (BRASIL, 2015c).

Para Cotta e Machado (2013) o PBF proporciona as famílias melhores condições de acesso aos alimentos, constatam, porém, mudanças no hábito alimentar da população e que estas famílias beneficiárias optam por uma alimentação inadequada, hipercalórica e de baixo teor nutritivo. Dessa forma, destacam a importância e necessidade do acompanhamento com políticas de SAN voltadas a prevenção da desnutrição, obesidade e de DCNT. Monnerat e outros (2007) discutem as dificuldades dos municípios em fornecerem os serviços básicos de saúde e educação necessários à população, considerando seus direitos e a sobrecarga destes serviços que ainda se responsabilizam pelo acompanhamento das condicionalidades do programa.

Para ser beneficiário do programa é necessário realizar acompanhamento familiar junto aos serviços assistenciais municipais e efetuação de Cadastro Único, estar em situação de pobreza com renda máxima de R\$154 (cento e cinquenta e quatro reais) por indivíduo ou considerado de extrema pobreza de R\$ 77,01 (setenta e sete reais e um centavo) por familiar, os benefícios do programa variam de acordo com a situação e composição familiar, beneficiando principalmente as famílias com crianças e adolescentes, mulheres grávidas ou amamentando (BRASIL, 2015d).

No município o acompanhamento das condicionalidades na saúde é realizado nas UBS, onde todos os beneficiários além das consultas obrigatórias programadas em de acordo com a faixa etária pré-estabelecida realizam de seis em seis meses a

aferição de peso e altura. A margem de acompanhamento da população em cada duas vigências, ou seja, anualmente, é estabelecido entre o município e estado, em 2015 está preconizado um total mínimo de 83% de beneficiários acompanhados na saúde (VITÓRIA, 2015b).

## 2.11 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A (PNSVA)

O PNSVA foi instituído no ano de 2005, por meio da Portaria N.º729 publicada com data de 13 de maio, com o objetivo de “[...] prevenir e/ou controlar essa deficiência nutricional mediante a suplementação com megadoses de vitamina A, em crianças de seis a cinquenta e nove meses de idade e puérperas no pós-parto imediato [...]” (BRASIL, 2005b, p. 60). A proposta inicial deste programa era beneficiar as populações mais pobres da região Nordeste, onde era observado o maior índice desta deficiência nutricional e a prevalência de doenças relacionadas à sua carência, principalmente nesta faixa etária.

O PNSVA prevê a suplementação de doses com 100.000 e 200.000 Unidades Internacionais (UI) por via oral, em crianças com idade entre mais de 6 e menos de 59 meses, com intervalos mínimo de 4 meses entre doses, estas suplementações devem ocorrer nas unidades de saúde por rotina ou em campanhas realizadas nacionalmente e divulgadas nos meios de comunicação, os profissionais das UBS devem estar preparados para receber as famílias e principalmente aproveitar a oportunidade em consultas ou visitas domiciliares para conferir o registro desta suplementação no cartão de vacinação e prontuário da criança (BRASIL, 2004).

Almeida e outros (2010, p. 955) observaram durante uma pesquisa que não está esclarecido a população quanto à importância da suplementação de Vitamina A e discutem que estes “[...] não visualizam essa ação como componente de um programa institucionalizado, o qual se configura como uma estratégia de segurança alimentar e nutricional desenvolvida no âmbito da gestão das políticas de alimentação e nutrição.” Destacam ainda a falta de conhecimento e treinamento dos profissionais da ESF acerca do programa.

## 2.12 PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL (PAAS)

A PAAS como parte integrante das diretrizes da PNAN, busca “[...] a melhora da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural) [...]”, dessa forma, reduzir os crescentes números de obesidade, excesso de peso e das doenças crônicas na população atendida no SUS, provenientes de uma alimentação de baixa qualidade nutricional ao longo da vida (BRASIL, 2012a, p. 32).

O MS define entre as práticas de PAAS, estratégias e ações como: a educação alimentar e nutricional, as orientações sugeridas nos guias alimentares, a partir do tema obesidade, designa sobre a prevenção, controle e o cuidado do sobrepeso e obesidade, a EAAB, o controle e regulação dos alimentos, adverte sobre normas de rotulagem dos alimentos e propagandas, a redução do sódio, as normas para comercialização de alimentos infantis, entre outros (BRASIL, 2012d).

Oliveira e outros (2014, p. 264) discutem sobre as dificuldades encontradas por profissionais médicos nas ações de PAAS, para eles “As barreiras que limitam a promoção da alimentação saudável pelos profissionais de saúde são múltiplas e complexas [...] os médicos consideram a cultura e as condições sociais como barreiras para a promoção da alimentação saudável”. Dessa forma, se faz necessário um processo gerencial capaz de coordenar e definir os recursos humanos e ferramentas disponíveis para fornecer meios de capacitação e atualização aos profissionais, lembrando que este profissional não tem como formação específica a nutrição e pode apresentar dificuldades ao discutir sobre o assunto com a população.

De Castro (2015) considera importantes as políticas públicas nacionais na PAAS, destaca que, ainda existe um grande caminho a ser percorrido até que os produtores rurais assumam o compromisso, por vontade própria, de reduzir ou zerar a utilização de agrotóxicos na produção dos alimentos, que as grandes empresas reduzam a quantidade de sódio e mídia indutiva dos alimentos ultraprocessados e processados, que a população compreenda e valorize a importância de uma alimentação saudável, entre outros. Estas políticas auxiliam como ferramentas para definir os objetivos a serem seguidos por diversos setores, como ações benéficas ao tema

proposto e a população.

## 2.13 ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL (EAAB)

A EAAB segue os princípios propostos por dois programas voltados à saúde da criança, Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e por políticas nacionais direcionadas a alimentação e nutrição, instituída por meio da Portaria de N.º 1.920 no ano de 2013 e tem por objetivo (BRASIL, 2013b, p. 64):

I - qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e

II - aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As ações da EAAB no município de Vitória/ ES são coordenadas pela equipe de saúde da criança, que atuam com reconhecimento internacional por organizações que defendem o direito ao aleitamento materno e aos cuidados com a saúde das mães e bebês, com certificação do MS, onde é necessário que 80% dos profissionais das UBS sejam capacitados sobre o tema, realizam oficinas, cursos para gestantes, ações, eventos, dispõem de espaços apropriados nas unidades para amamentação e incentivo ao aleitamento materno (VITÓRIA, 2015c).

Oliveira e outros (2009) concluem que não são todas as Unidades Básicas de Saúde do Município, em determinada região pesquisada, que realizam ações educativas em saúde efetivas sobre o aleitamento materno, para crianças e adolescentes, e que se torna necessário à intervenção e apoio das equipes de Estratégia de Saúde da Família para evitar falhas e melhorar a comunicação nas que são realizadas. Destacam ainda, sobre as ações do acompanhamento das condicionalidades do PBF, a oportunidade e importância de identificar e trabalhar com a população e principalmente com crianças que se encontram em situação de risco nutricional.

O CRN ressalta os benefícios do aleitamento materno e importância do envolvimento dos diversos profissionais da área da saúde no cuidado da mãe e do bebê, durante a gestação, amamentação e desenvolvimento da criança. Sobre a participação do nutricionista neste processo, destaca que “[...] esse profissional configura-se como um importante protagonista na viabilização das recomendações

sobre o aleitamento materno. Além disso, é de grande importância o papel do nutricionista nas etapas seguintes da vida do bebê e da mãe”. Este profissional é habilitado para orientar sobre os cuidados nas diversas etapas da amamentação, na inserção da alimentação complementar, explicando sobre os mitos e cuidados existentes nesta etapa da alimentação, acompanhando o estado nutricional da criança e recuperação da mãe (BRASIL, 2015e, p. 14).

#### 2.14 ESTRATÉGIA DE FORTIFICAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL COM MICRONUTRIENTES EM PÓ (NUTRISUS)

O NutriSUS iniciou-se no Brasil no ano de 2014, tem por objetivo reduzir as deficiências nutricionais em crianças com idade entre 6 a menor de 48 meses matriculadas em creches públicas do Brasil, por meio da inserção de um sachê de 1 grama contendo 15 diferentes micronutrientes e minerais, na alimentação diária do escolar durante um período de 60 dias e com intervalo de 3 a 4 meses (Brasil, 2015f). Esta estratégia funciona entre a área da saúde e educação, com trabalho realizado entre as creches e as UBS da região onde estão situadas, por intermédio do Programa de Saúde na Escola (PSE) e por coordenadores da área de alimentação e nutrição dos municípios:

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e de jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2015g, p.19).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013, p.1) recomenda a estratégia de forma preventiva e como substituto da suplementação do ferro de forma individual, para eles “[...] formulações em pó de micronutrientes contendo pelo menos ferro, vitamina A e zinco é recomendada para melhorar o nível de ferro e reduzir a anemia entre bebês e crianças de 6-23 meses de vida (forte recomendação)”, criam diretrizes para implantação nos países, principalmente nos em desenvolvimento, e destacam que esta é a população mais susceptível a carências destes micronutrientes porque recebem uma alimentação com baixa qualidade nutricional.

A tabela 8 apresenta os dados do NutriSUS no Brasil, esta estratégia trabalha por prioridade e abrange todos os estados, não se aplicando no Distrito Federal, observa-se que atende um total de 330.376 entre todas as crianças matriculadas

nas creches prioritárias dos municípios cadastrados e somando 19.822.560 sachês distribuídos. O estado do Espírito Santo apresenta os números de 6.486 crianças cadastradas e 389.160 saches necessários para atender a este público.

Tabela 8 – Estados contemplados com o NutriSUS e o respectivo número de crianças matriculadas nas creches prioritárias e sachês.

Estados	N de crianças matriculadas	N de sachê
Acre	2.938	176.280
Alagoas	8.773	526.380
Amapá	491	29.460
Amazonas	2.859	171.540
Bahia	32.698	1.961.880
Ceará	36.381	2.182.860
Espírito Santo	6.486	389.160
Goiás	10.639	638.340
Maranhão	18.981	1.138.860
Mato Grosso	12.069	724.140
Mato Grosso do Sul	4.145	248.700
Minas Gerais	25.488	1.529.280
Pará	8.545	512.700
Paraíba	12.266	735.960
Paraná	21.923	1.315.380
Pernambuco	12.236	734.160
Piauí	4.659	279.540
Rio de Janeiro	7.264	435.840
Rio Grande do Norte	10.793	647.580
Rio Grande do Sul	3.623	217.380
Rondônia	1.267	76.020
Roraima	828	49.680
Santa Catarina	12.127	727.620
São Paulo	64.420	3.865.200
Sergipe	3.124	187.440
Tocantins	5.353	321.180
<b>Total</b>	<b>330.376</b>	<b>19.822.560</b>

Fonte: Adaptado de Brasil, 2014d.

A tabela 9 apresenta os dados do NutriSUS no município de Vitória/ ES, onde há o registro de 05 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) prioritários para a implantação da estratégia: CMEI Anísio Spinola Teixeira (N=347), Eldina Maria Soares Braga (N=254), Gilda de Athayde Ramos (N=344), Maria Nazareth Meneguelli (N=215) e Padre Giovanni Bartesaghi (N=160) , juntamente com o trabalho das UBS da região onde estão localizados, soma-se um total de 1.320

crianças matriculadas e 79.200 sachês necessários para atender a este público.

Tabela 9 – Creches prioritárias do município de Vitória/ ES e o respectivo número de crianças e sachês por estabelecimento.

Creche aderida ao NutriSUS	N.º crianças matriculadas	N.º de sachês
CMEI Anísio Spinola Teixeira	347	20.820
CMEI Eldina Maria Soares Braga	254	15.240
CMEI Gilda de Athayde Ramos	344	20.640
CMEI Maria Nazareth Meneguelli	215	12.900
CMEI Padre Giovanni Bartesaghi	160	9.600
Total	1.320	79.200

Fonte: Adaptado de Brasil, 2014d.

De Almeida e outros (2004, p. 140) afirmam em revisão de estudos sobre a prevalência de anemia no Brasil que “Em Vitória, ES, cerca de 1/4 das crianças com idade entre 6 meses e 7 anos apresentam anemia. A deficiência de ferro está presente na maior parte destes casos e constitui importante problema de saúde pública na cidade”. Dessa forma, destacam a importância do acompanhamento, desenvolvimento e intervenção nutricional no cuidado aos munícipes e das ações de promoção da saúde.

## 2.15 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PIC's)

Aprovada por meio de Portaria n.º 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde que tem por objetivo (BRASIL, 2006c):

Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; e estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

O quadro 3 apresenta as técnicas realizadas no âmbito das PIC's e descrição, segundo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC).

Quadro 3 – Ações das PIC's no SUS.

PICS	Descrição
Homeopatia	Sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates, no século IV a.C. A homeopatia desenvolvida por Samuel Hahnemann, no século XVIII, utiliza como recurso diagnóstico a matéria médica e o repertório e, como recurso terapêutico, o medicamento homeopático.
Medicina Tradicional Chinesa	Sistema médico integral originado há milhares de anos na China que se fundamenta nas teorias do yin-yang e dos cinco movimentos. Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua e possui como abordagens terapêuticas plantas medicinais e fitoterápicos, dietoterapia, práticas corporais e mentais, ventosa, moxa e acupuntura.
Medicina Antroposófica	A medicina antroposófica apresenta-se como abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica.
Plantas Mediciniais e Fitoterapia	Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A prática da fitoterapia incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Os serviços podem oferecer os seguintes produtos: planta medicinal in natura, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e/ou fitoterápico industrializado.
Termalismo Social/Crenoterapia	O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica, atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2015h.

Paranaguá e outros (2009) destacam a importância das PIC's como método alternativo e opcional ao tratamento dos pacientes do SUS e a aceitação dessas práticas por profissionais das equipes de saúde das UBS, que se envolvem em ações e indicam as famílias para tratamento. Porém estes mesmos profissionais relatam necessidade de capacitação e maior conhecimento dos assuntos abordados, embora os considerem relevantes para melhoria da qualidade de vida dos pacientes, nos cuidados e na promoção da saúde.

Dutra (2009) questiona sobre o conhecimento dos profissionais de saúde quanto às plantas medicinais e sua utilização nas práticas fitoterápicas, identificou que estes não são capacitados por formação acadêmica ou pela gestão municipal para realizarem orientação à comunidade ou para uso próprio e que conhecem as

diversas espécies de plantas, porém, desconhecem suas funções, métodos de uso e a política nacional específica ao tema. Para Antonio, Tesser e Moretti-Pires (2014) a inclusão das PICS nas redes de atendimentos público municipal, principalmente as práticas da fitoterapia, influenciou a população e aos profissionais de saúde a discutir e buscar mais informação, conhecimento científico e capacitação sobre o tema.

O município de Vitória (ES) realiza fóruns regionais, seminários e cursos voltados à formação dos profissionais de saúde e de equipamentos sociais, destacam que “As PIC’s já são realidade na rede municipal de saúde de Vitória em várias formas de promoção do cuidado humano, como tratamentos de acupuntura, fitoterapia, homeopatia, musicoterapia, arteterapia e ioga”. Além disso, destacam a importância de resgate cultural do cuidado por meio de práticas naturais e do incentivo ao conhecimento e cultivo das plantas medicinais (VITÓRIA, 2015d).



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Esta pesquisa foi um estudo de campo, descritivo de base populacional e caráter transversal, observacional com coleta de dados primários e com tipo de análise quantitativa.

#### **3.2 AMOSTRA**

A amostra de conveniência selecionada de forma aleatória, composta por 21 profissionais da saúde, sendo 05 lotados como diretores das UBS (Consolação, Fonte Grande, Jardim da Penha, Santo Antônio e UBS Vitória) onde estão implantadas as quatro primeiras equipes dos NASF e com 16 gestores, entre gerente, coordenadores e referências técnicas das UBS no município, lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), no setor da Gerência de Atenção à Saúde do município de Vitória/ ES. Cabe ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde aponta um total de 4 equipes do NASF compostas, porém o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indicam, ainda, apenas 3 equipes NASF1 cadastradas no município de Vitória (ES), conforme apresentado na tabela 6.

#### **3.3 MATERIAIS E MÉTODOS**

A pesquisa foi realizada nas 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória, capital do estado do Espírito Santo, onde estão implantados os NASF e os dados da pesquisa foram obtidos por meio de 02 (dois) questionários próprios, devidamente validados, sendo 01 (um) voltado aos gestores das Unidades (apêndices A) e 01 (um) aos gestores municipais (apêndice B) com perguntas abertas e fechadas, aplicados aos diretores das UBS com NASF e aos gestores e referências Técnicas da Gerência de Atenção Básica, lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória/ ES.

Cada um dos questionários individuais foi aplicado aos profissionais citados acima pelo pesquisador, de forma presencial nas UBS e na SEMUS, com um tempo médio

de 05 minutos e em acordo com a disponibilidade de cada participante, de segunda a sexta-feira, durante o horário de expediente em dias e horários que foram marcados por contato telefônico ou presencial.

Os questionários aplicados aos diretores, aos gestores e o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) (apêndice C) foram impressos em folha A4 e aplicados pelo pesquisador no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, com devida apresentação pessoal e da carta de autorização para realização da pesquisa, emitida pela Escola Técnica do SUS do município.

### 3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para realizar a coleta de dados foram desenvolvidos pelo pesquisador 02 questionários para melhor identificação dos profissionais, sendo 01 para entrevista aos diretores das unidades de saúde e 01 aos gestores municipais, cada um com 04 questões pertinentes ao tema da pesquisa.

A questão de número 1 identificava os profissionais, exceto médicos, que poderiam ser incluídos nas equipes do NASF, com opção de classificá-los, por prioridade e em função da necessidade atual da população do município. A de número 2 solicitava a avaliação do funcionamento/ realização das ações de alimentação e nutrição que já fazem parte da agenda programática da atenção básica em saúde no âmbito municipal, apresentadas em 7 subitens, identificadas como: a) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; b) Condicionalidades do Programa Bolsa Família, c) SISVAN; d) Programa Nacional de suplementação de Vitamina A; e) Programa nacional de suplementação de micronutrientes- NutriSUS; f) Práticas Integrativas e Complementares – PIC's; g) Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável – PAAS. A questão número 3 questionava se as UBS realizam algum outro tipo de ação relacionada ao cuidado nutricional para grupos portadores de agravos específicos e a de número 4 questionava a opinião dos participantes se o nutricionista contribuiria com as ações das Equipes de Saúde da Família nas UBS.

### 3.5 ANÁLISES DOS RESULTADOS

Para a análise dos resultados obtidos foram utilizados os métodos de estatística descritiva com medidas de frequência e medidas de tendência central: média, mediana e desvio padrão e estatística não paramétrica com teste exato de Fisher, considerando erro amostral de 5%, nível de confiabilidade de 95%, nível de confiança 5%.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para iniciar a pesquisa e a coleta dos dados foi necessário solicitar à aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), emitido sob o parecer de N.º 1.267.677 e posterior envio do projeto de pesquisa por sistema de protocolo da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), para avaliação e autorização da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de Vitória (ETSUS), responsável por estudos realizados no sistema de saúde pública do município, a qual se apresentou favorável à realização da pesquisa após sugestões, adaptações e discussões realizadas entre o pesquisador e equipe de análise. A pesquisa de campo só foi iniciada após a liberação de ambos os órgãos.

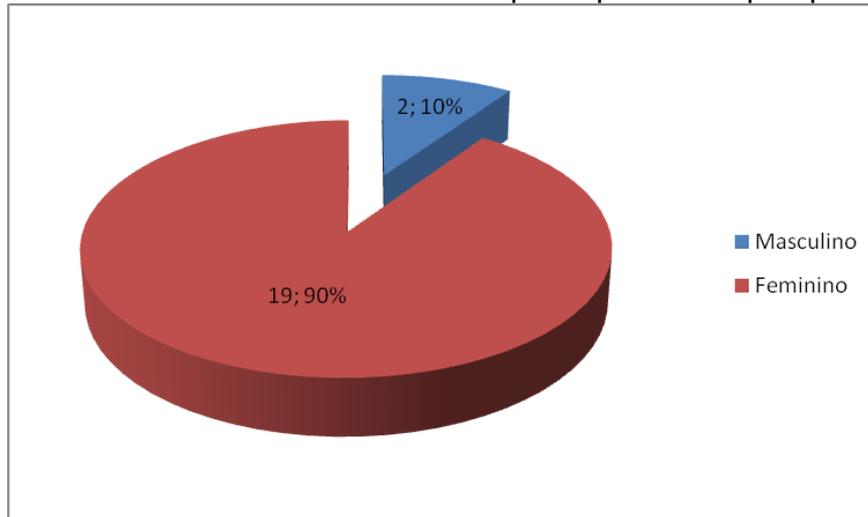
Todos os questionários e TCLE ficaram sob a guarda do pesquisador responsável pela análise dos dados obtidos e pelo sigilo das informações.



#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de 21 entrevistados sendo 05 Diretores das UBS com NASF e 16 Gestores da Coordenação da Atenção Básica do Município de Vitória, dentre estes foram identificados 90% (N=19) dos indivíduos do sexo feminino (gráfico 1).

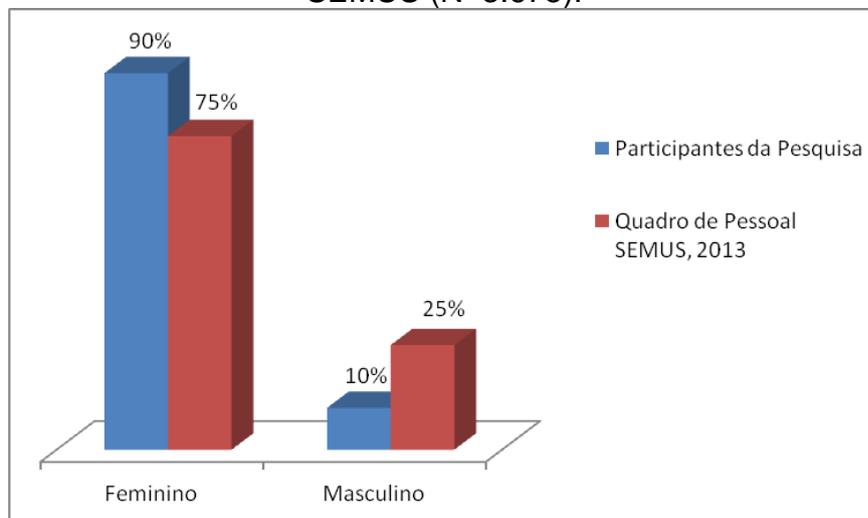
Gráfico 1 – Sexo dos Gestores e Diretores participantes da pesquisa (N=21).



Fonte: Elaboração própria.

Destaca-se que 90% dos participantes da pesquisa são do sexo feminino, estes dados podem ser justificados por meio do quantitativo de pessoal da PMV lotados na SEMUS, onde de um total de 3.675 funcionários, 75% (N=2.700) dos profissionais ativos são do sexo feminino (gráfico 2) .

Gráfico 2 – Sexo dos participantes da pesquisa (N=21) e recursos humanos da SEMUS (N=3.675).



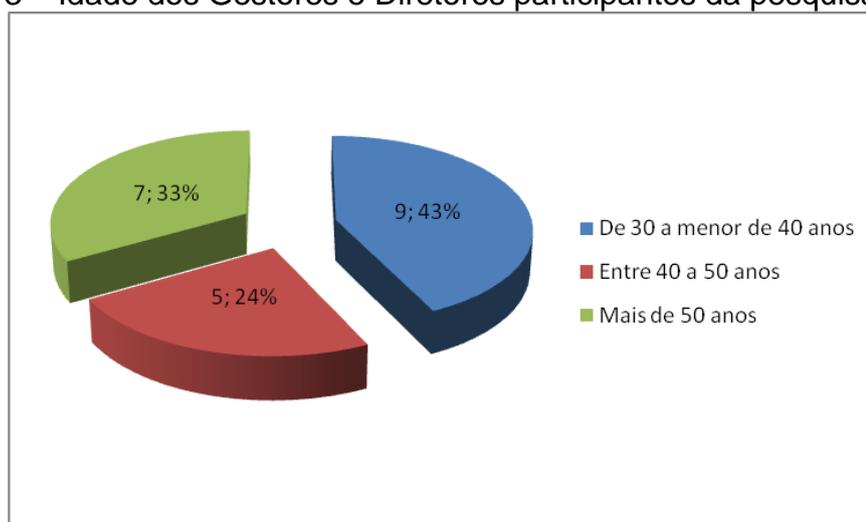
Fonte: Adaptado de VITÓRIA, 2014.

Santos (2012) e Knob Pintom e outros (2015), em pesquisas realizadas com trabalhadores da atenção primária em saúde em distintos municípios, identificaram respectivamente 78% e 91% dos trabalhadores pesquisados do sexo feminino, mantendo a prevalência de mulheres exercendo estas funções. Segundo a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), as mulheres tem procurado seus direitos e conquistado maior espaço e igualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho, destacam desafios e reforçam ainda a necessidade de políticas públicas e leis voltadas a ampliar a descrita “[...] autonomia econômica das mulheres [...]” no Brasil (BRASIL, 2014e).

Para Probst (2003, p.7), a mulher tem conquistado seu espaço no mercado de trabalho, sua independência financeira e conciliado a múltiplas funções, que foram culturalmente delegadas a elas como seu papel na sociedade, destaca porém, que “o grande desafio para as mulheres dessa geração, é tentar reverter o quadro da desigualdade salarial entre homens e mulheres”.

Sobre a média de idade dos participantes, observa-se que foi de 43 anos, onde 43% encontram-se na faixa etária entre 30 a menor de 40 anos (N=9), 24% entre 40 e 50 anos (N=5) e 33% com idade maior que 50 anos (N=7), a menor e maior idade observados foram respectivamente 31 e 55 anos (gráfico 3).

Gráfico 3 – Idade dos Gestores e Diretores participantes da pesquisa (N=21).



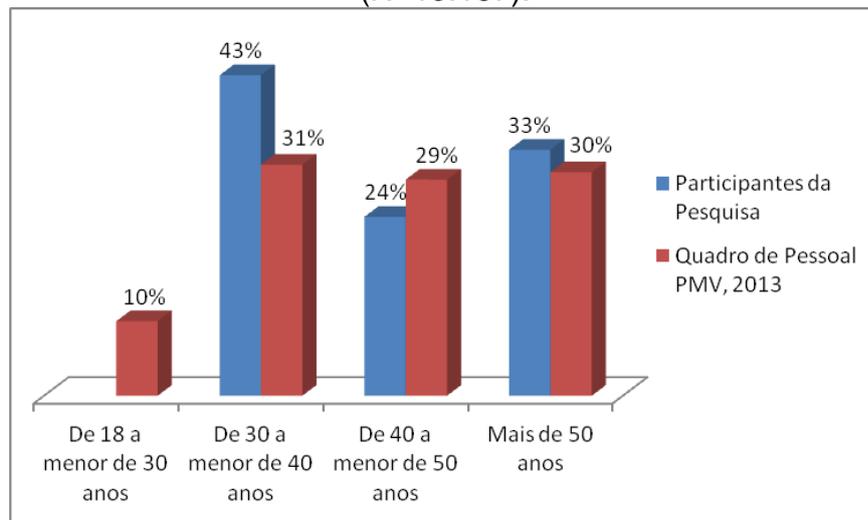
Fonte: Elaboração própria.

Segundo Vitória (2014), a média de idades dos servidores ativos lotados na SEMUS, no ano de 2013, foi de 42 anos de idade, desta forma pode-se concluir que os

pesquisados se encaixam no perfil da idade média dos funcionários da secretaria participante da pesquisa.

Os dados sobre a faixa etária entre o total de servidores da PMV apontam 10% (N=1.396) com idade de 18 a menor de 30 anos, 31% (N=4.053) de 30 a menor de 40 anos, 29% (N= 3.832) de 40 a 50 anos e 30% (N=3.906) com mais de 50 anos de idade (gráfico 4).

Gráfico 4 – Idade dos participantes da pesquisa (N=21) e recursos humanos da PMV (N=13.187).



Fonte: Adaptado de VITÓRIA, 2014.

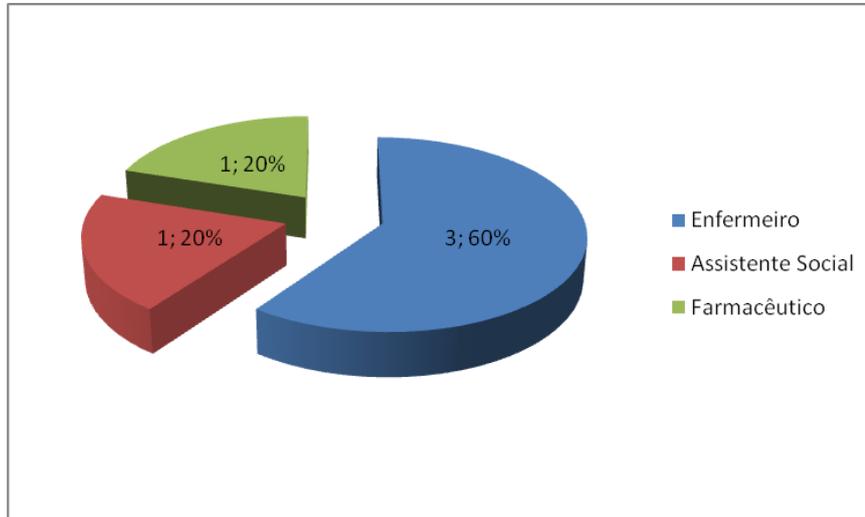
Apesar de a amostra contar com 05 diretores, o que representa 100% dos diretores das UBS com NASF e 16,6% das 30 UBS atuantes no Município, ela apresenta dados semelhantes ao encontrado por Carvalho et al (2014, P. 909) que em pesquisa realizada com 108 gerentes de UBS em determinado município do estado de São Paulo, identificaram o predomínio de 96,3% de mulheres e por profissionais do curso de enfermagem ocupando este cargo, com idade entre 22 a 62 anos.

Aguiar e outros (2012, p. 325), discutem sobre a importância da formação do profissional de enfermagem, focando também aos processos administrativos e de gerenciamento em saúde, reflete sobre “[...] as responsabilidades que as instituições de ensino têm em formar e lançar no mercado de trabalho, profissionais para desempenhar ações gerenciais nos serviços de saúde [...]”, destacando a necessidade de pesquisas voltadas a satisfação e do desempenho deste profissional no exercício dessas funções.

Entre os Diretores entrevistados 60% (N=3) possuem formação de nível superior no

curso de Enfermagem, 20% (N=1) de Serviço Social e 20% (N=1) de Farmácia (gráfico 5).

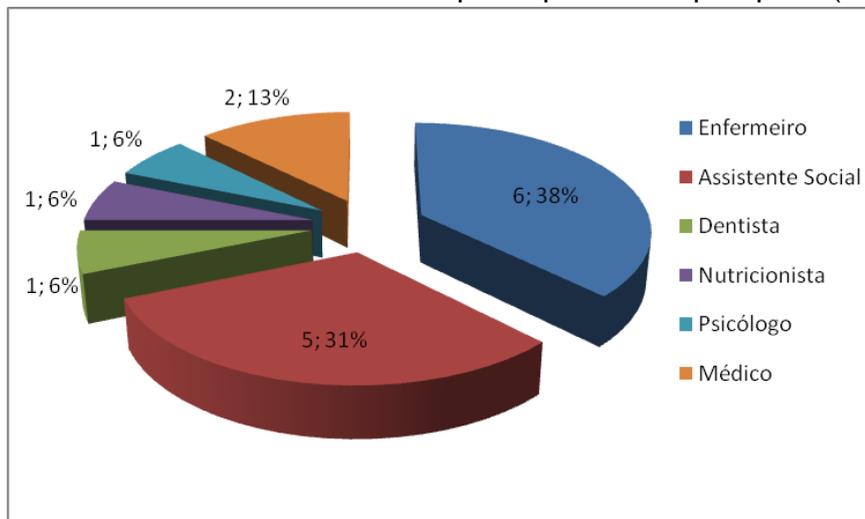
Gráfico 5 – Profissão dos Diretores participantes da pesquisa (N=5).



Fonte: Elaboração própria.

Dos 16 Gestores entrevistados 38% (N=6) possuem formação de nível superior no curso de Enfermagem, 31% (N=5) de Serviço Social, 13% (N=2) de Medicina, 6% (N=1) de Odontologia, 6% de Nutrição (N=1) e 6% de Psicologia (N=1) (gráfico 6).

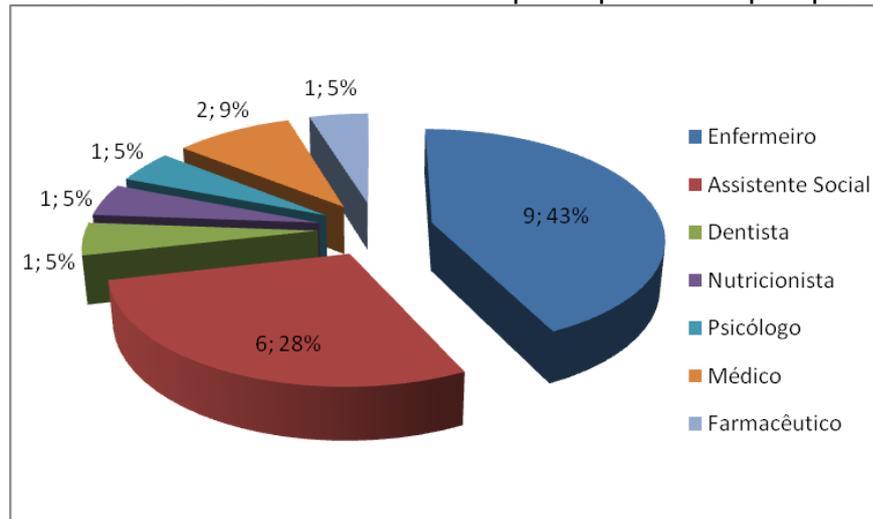
Gráfico 6 – Profissão dos Gestores participantes da pesquisa (N=16).



Fonte: Elaboração própria.

Quando soma-se a profissão entre todos os participantes da pesquisa, destacam-se com 43% (N=9) os com formação acadêmica em Enfermagem, 28% (N=6) em Serviço Social e os demais profissionais distribuem-se em 9% (N=2) em Medicina e os cursos de Odontologia, Farmácia, Nutrição e Psicologia, correspondendo a 5% (N=1) cada (gráfico 7).

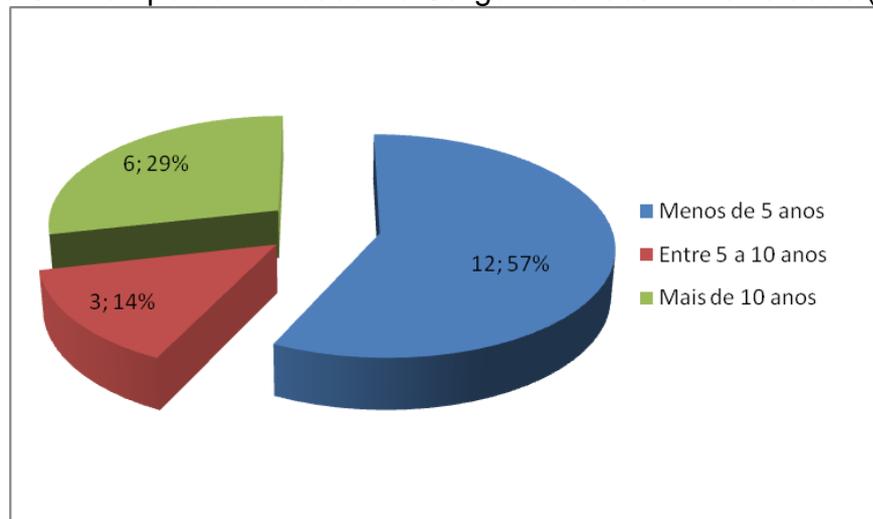
Gráfico 7 – Profissão dos Gestores e Diretores participantes da pesquisa (N=21).



Fonte: Elaboração própria.

Sobre o tempo de atividade no cargo atual exercido, identifica-se 57% com menos de 05 anos na atividade (N=12), 14% entre 05 a 10 anos (N=3) e 29% com mais de 10 anos (N=29) no cargo (gráfico 8).

Gráfico 8 – Tempo de Atividade no Cargo Atual dos Entrevistados (N=21).



Fonte: Elaboração própria.

Alves e outros (2004) em pesquisa realizada com diretores de determinado município, identificaram que 90% dos profissionais que ocupam estas vagas são mulheres, 49% possuem graduação em Enfermagem e 68% do total estão a mais de 05 anos ocupando esta função, sendo o último o oposto dos dados apresentados no gráfico 6, onde 57% do total de entrevistados estão na função por menos de 05 anos. Dessa forma, consideram a importância de que sejam realizados cursos de capacitação e atualização para gestores da saúde.

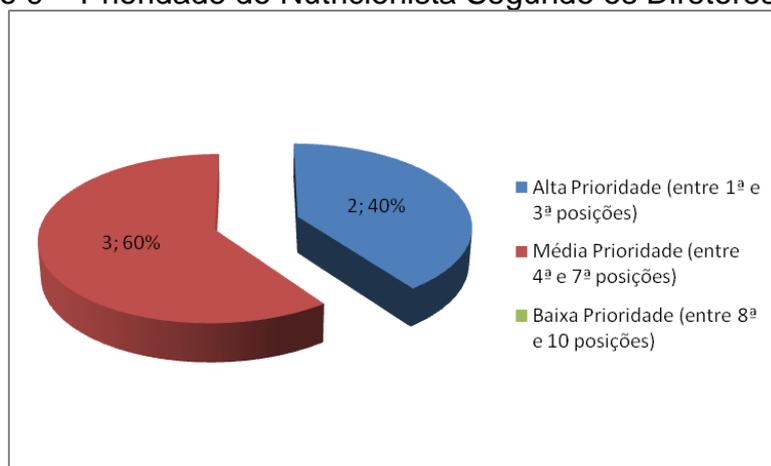
O item 1 do questionário, refere-se as categorias profissionais: Arte Educador, Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Sanitarista e Terapeuta Ocupacional, exceto médicos, que estão previstos em Portaria para compor as equipes do NASF.

Foi solicitado que cada entrevistado identificasse por ordem de prioridade, de 01 a 10, sendo 01 o de maior prioridade e 10 o de menor prioridade, os profissionais que colocariam na equipe do NASF, em função da necessidade da População, da Região de Saúde e de sua UBS. Para análise dos dados foi classificado como Alta Prioridade os profissionais que foram identificados entre a 1ª e 3ª posições, Média Prioridade entre a 4ª e 7ª posições e Baixa Prioridade aos profissionais entre a 8ª e 10ª posições.

Como a pesquisa está direcionada a atuação do Nutricionista e as Ações de Alimentação e Nutrição, foram limitadas a esta questão apenas o resultado obtido deste profissional.

Segundo a opinião dos Diretores, 40% consideram a inserção do Nutricionista na equipe do NASF de sua Unidade como de Alta Prioridade (N=2) e 60% como de Média Prioridade (N=3) (gráfico 9).

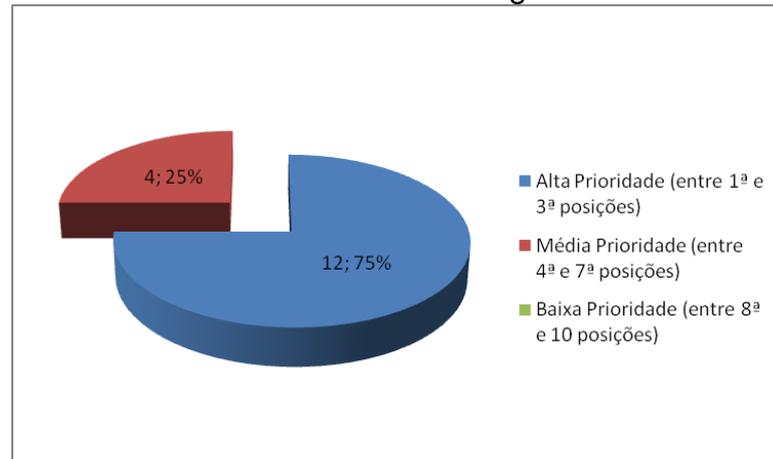
Gráfico 9 – Prioridade do Nutricionista Segundo os Diretores (N=5).



Fonte: Elaboração própria.

Na opinião dos Gestores, 75% (N=12) apontaram a inserção do nutricionista nas equipes do NASF como de Alta Prioridade e 25% (N=4) como Média Prioridade, avaliando segundo a necessidade das UBS e da população municipal (gráfico 10).

Gráfico 10 – Prioridade do Nutricionista Segundo os Gestores (N=16).

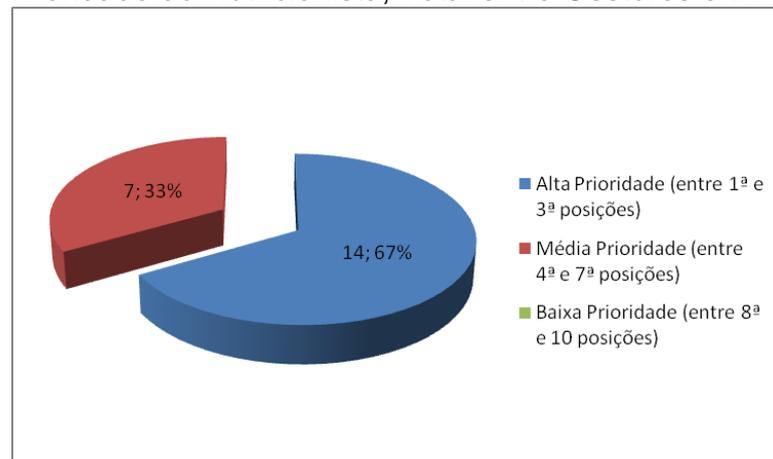


Fonte: Elaboração própria.

Cabe ressaltar que nenhum dos profissionais, Diretores ou Gestores, identificou o profissional Nutricionista entre a 8ª e 10ª posições, o que seria classificado, por definição da pesquisa, como de Baixa Prioridade, seguindo o critério de necessidade local e atual da população, UBS ou região de saúde.

Quando soma-se o total entre os Gestores e Diretores (gráfico 11), obtemos um total de 67% (N=14) dos profissionais apontando a inserção do Nutricionista nas Equipes do NASF como de Alta Prioridade e 33% (N=7) como de Média Prioridade.

Gráfico 11 – Prioridade do Nutricionista, Total entre Gestores e Diretores (N=21).



Fonte: Elaboração própria.

Mendonça e outros (2015, p. 15) destacam que “[...] qualificar o cuidado nutricional no âmbito da atenção primária e demais atenções é uma forma mais econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de problemas relacionados à inadequada alimentação”. Dessa forma, consideram importante a atuação do nutricionista em equipes de saúde, e que isso agregaria o conhecimento específico deste profissional ao grupo inserido e principalmente no cuidado a

população, que atualmente tem apresentado crescentes índices de desnutrição, sobrepeso, obesidade e doenças crônicas.

Piati e outros (2009, p. 128) em pesquisa com determinada população acompanhada por um grupo de trabalho em uma UBS, observaram que estes não apresentavam hábitos de vida saudáveis e informações consistentes sobre a importância da alimentação na prevenção e no cuidado das doenças crônicas, destacam que “[...] Diante disso, torna-se necessário um acompanhamento nutricional mais intenso realizado por profissional nutricionista [...]”.

O item 2 do questionário refere-se ao funcionamento dos programas e ações de alimentação e nutrição nas UBS com NASF e propõe identificar a opinião dos Diretores e Gestores, sobre o funcionamento e a realização, no âmbito municipal, das Ações de Alimentação e Nutrição que fazem parte da Agenda Programática da Atenção Básica em Saúde.

O questionário identifica como: a) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; b) Condicionais do Programa Bolsa Família, c) SISVAN; d) Programa Nacional de suplementação de Vitamina A; e) Programa nacional de suplementação de micronutrientes- NutriSUS; f) Práticas Integrativas e Complementares – PICS; g) Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável – PAAS.

A análise dos resultados e discussão será apresentada seguindo a ordem presente no questionário, citada acima.

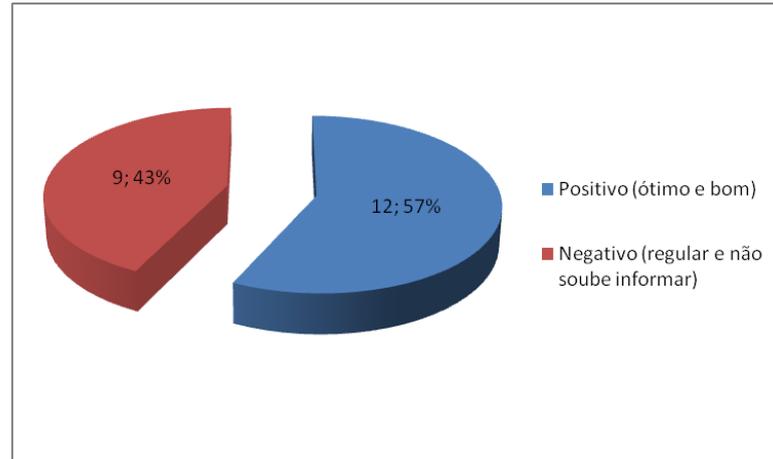
O questionário solicitou à avaliação sobre Ações e Programas aos Diretores e Gestores por meio de questão de múltipla escolha, sendo as opções: Ótimo, Bom, Regular e Não Soube Informar – NSI. Para análise dos dados obtidos, considera-se um resultado Positivo as respostas entre Ótimo e Bom e como resultado Negativo as afirmações Regular e Não Soube Informar sobre a ação ou programa no município.

Foi questionado aos participantes se são realizadas ações coletivas, medidas antropométricas ou campanhas e quais os profissionais responsáveis pela realização nas UBS ou na Gestão.

### a) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil – EAAB

Os dados indicam que 57% dos participantes (n=12) avaliaram de forma Positiva as ações da EAAB realizadas nas UBS e 43% (n=9) de forma Negativa, destes 29% (N=6) como regular e 14% (N=3) NSI (gráfico 12).

Gráfico 12 – Avaliação da EAAB, segundo os Diretores e Gestores (N=21).

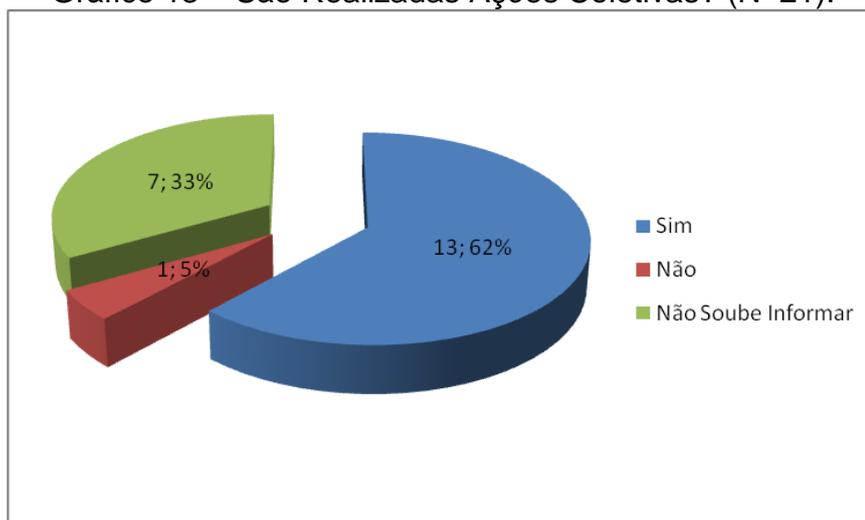


Fonte: Elaboração própria.

Segundo Brasil (acesso em 17 jan. 2016), 83 % dos municípios realizam o monitoramento das práticas alimentares da população atendida nas UBS cadastradas na EAAB e 62% destes realizam o registro nos sistemas próprios para acompanhamento, destacam dificuldades como: “Falta de estrutura: computador e acesso a internet. Dificuldade de utilizar o SISVAN (sistema não abre, é lento, não conseguem inserir os dados, são muitos formulários). Falta de capacitação dos profissionais”. Para eles, se fazem necessários um maior acompanhamento das ações, dos registros e contínua capacitação dos profissionais das UBS e dos NASF por meio de oficinas da estratégia.

Quando questionados aos Diretores e Gestores se são realizadas ações coletivas da EAAB no município, 62% (N=13) responderam que Sim, 33% (N=7) Não Souberam Informar e 5% (N=1) que não realizam ações coletivas em sua UBS ou Município (gráfico 13).

Gráfico 13 – São Realizadas Ações Coletivas? (N=21).



Fonte: Elaboração própria.

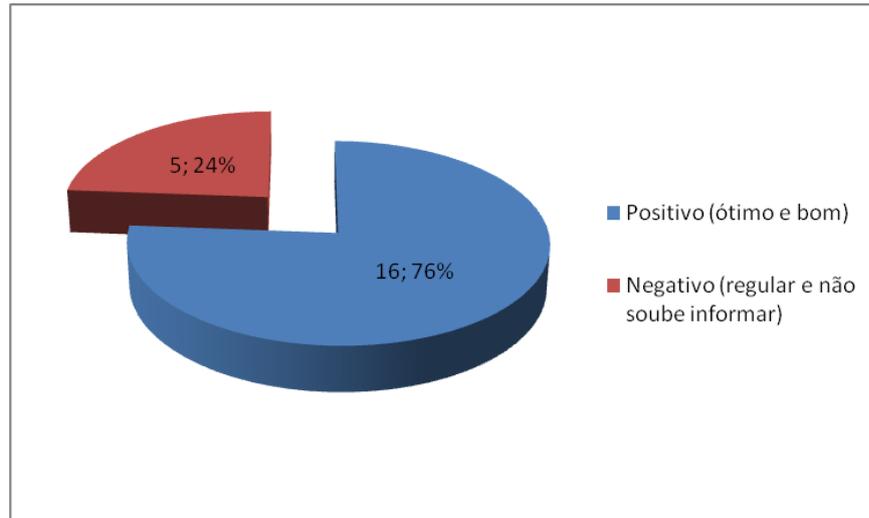
O MS reconhece, divulga e disponibiliza no site do Portal da Saúde materiais de capacitação e apoio sobre a importância do Aleitamento Materno (AM) e outros, para profissionais das UBS e Gestores, em um destes destacam que “O apoio dos serviços e profissionais de saúde é fundamental para que a amamentação tenha sucesso [...]”, e que os profissionais devem estar aptos para receber e acompanhar as crianças e famílias nas unidades e em domicílio, a orientá-los sempre que necessário e a realizar ações individuais e coletivas sobre o tema. (BRASIL, 2015i, p. 81)

Passanha e outros (2013, p.1141) destacam sobre a importância do AM, de certificar as UBS e capacitar os profissionais de saúde, em pesquisa realizada apontaram que “A prevalência de aleitamento materno exclusivo em < 6 meses foi maior nos locais certificados na Rede, evidenciando a relevância de investir na certificação de Unidades Básicas de Saúde nessa ação”.

#### b) Condicionalidades do Programa Bolsa Família

Sobre o PBF, os resultados obtidos indicam que 76% (N=16) dos entrevistados avaliam o Programa e a realização das condicionalidades do PBF da saúde no Município de forma Positiva e 24% (N=5) avaliam a atuação de forma Negativa, como regular ou não souberam informar (gráfico 14).

Gráfico 14 – Avaliação do PBF, segundo os Diretores e Gestores (N=21).

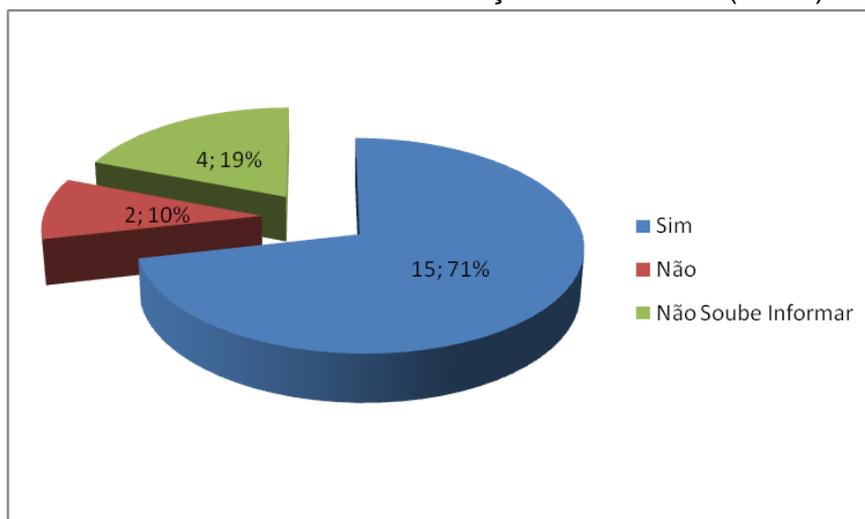


Fonte: Elaboração própria.

Ramos e outros (2012) discutem que ainda é necessário capacitar os profissionais das UBS quanto a real importância das condicionalidades do PBF na saúde e que ainda existem barreiras sobre entendimento deste acompanhamento na saúde por profissionais e por beneficiários, discutem a importância de ações focadas a este grupo, além das consultas programadas, cuidado e controle do perfil nutricional, entre outros previstos como condicionalidades, com o trabalho voltado não somente as visitas e chamadas para registros de peso e altura, que objetivam, para alguns, apenas a manutenção de benefício.

Quando questionados aos Diretores e Gestores se são realizadas ações coletivas das Condicionalidades do PBF, 71% (N=15) afirmaram que Sim, 19% (N=4) Não Souberam Informar e 10% (N=2) que Não, não são realizadas ações coletivas em suas UBS ou Município (gráfico 15).

Gráfico 15 – São Realizadas Ações Coletivas? (N=21).

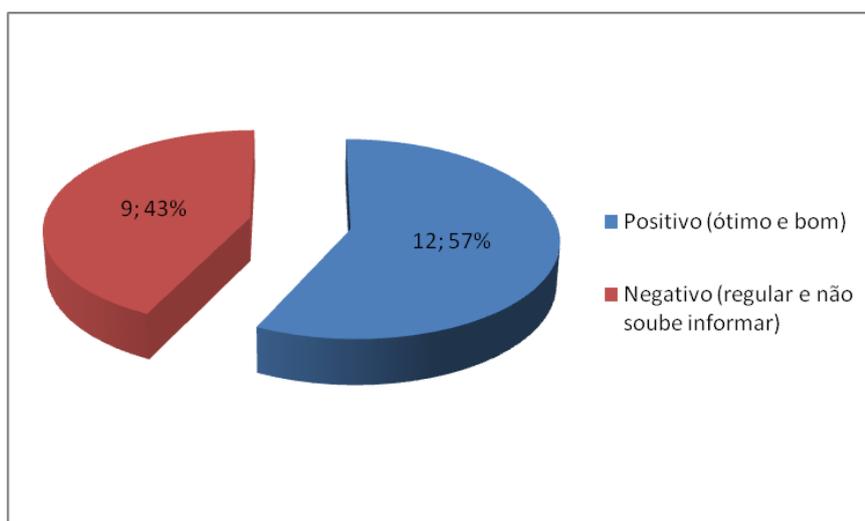


Fonte: Elaboração própria.

### c) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN

O SISVAN foi avaliado de forma Positiva por 57% (N=12) dos entrevistados e de forma Negativa por 43%, que julgaram a atuação da UBS ou Município de forma Regular ou Não Soube Informar sobre o Sistema (gráfico 16).

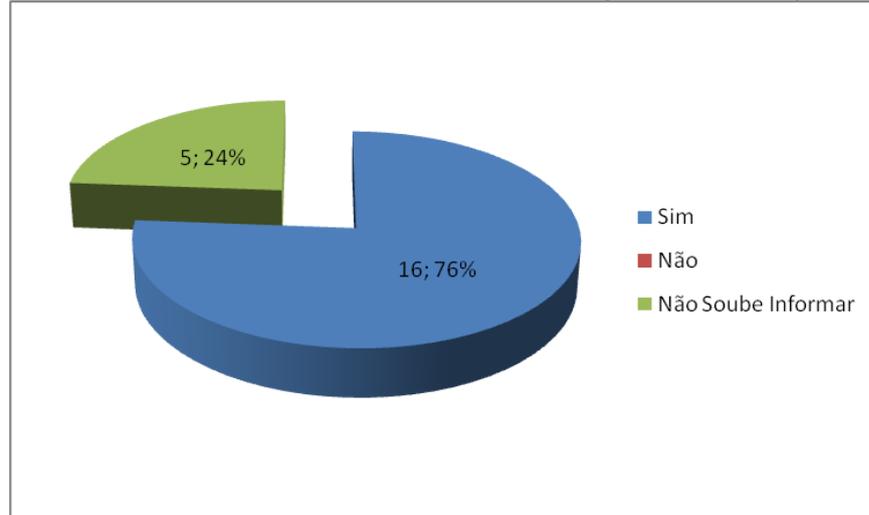
Gráfico 16 – Avaliação do SISVAN, segundo os Diretores e Gestores (N=21).



Fonte: Elaboração própria.

Quando questionados se nas UBS ocorre à coleta de dados antropométricos da população atendida, 76% (N=16) informaram que Sim, 24% (N=5) Não Soube Informar e nenhuns dos participantes informaram que Não ocorre esta prática nas UBS do Município (gráfico 17).

Gráfico 17 – São Coletadas Medidas Antropométricas? (N=21).



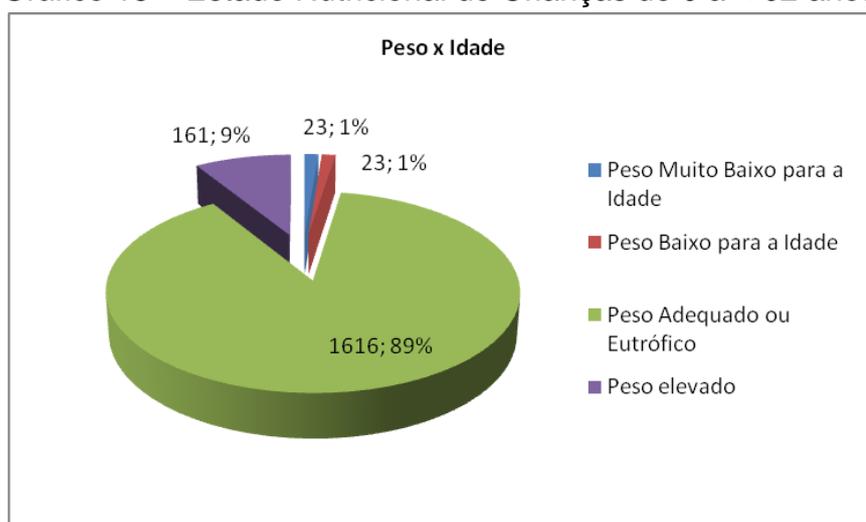
Fonte: Elaboração própria.

Perez e outros (2013) destacam a importância de cada município realizar os registros dos dados antropométricos de sua população no SISVAN, estes dados são capazes de fornecer informações importantes para e identificar o perfil nutricional local, definir ações para prevenção de agravos à saúde e doenças crônicas, entre outros. Observou de forma agravante, o crescimento da obesidade em todas as fases da vida e o baixo número de registros realizados no estado pesquisado. Teixeira e outros (2014, p. 59) identificaram que no Brasil “A avaliação antropométrica (aferição de peso e altura) é realizada por 63% das equipes, sendo o diagnóstico nutricional realizado apenas por metade das equipes, ambas com menor desempenho no Sudeste”.

Para complementar os resultados obtidos sobre o SISVAN no município de Vitória/ES conforme a avaliação dos profissionais participantes da pesquisa, identificou-se em relatórios públicos do programa os registros de dados antropométricos realizados no ano de 2014, apresentados nos gráficos 16 ao 32, os dados do quantitativo de indivíduos avaliados por fase da vida e o estado nutricional, segundo disponibilidade dos relatórios e critérios do MS (BRASIL, 2008a).

Foram efetuados acompanhamentos no SISVAN referentes ao peso e altura de 1.823 mil crianças de 0 a < 02 anos. Os dados relacionados ao Peso x Idade indicam que 89% (N=1.616) apresentam peso adequado, 9% (N=161) peso elevado para a idade, 1% (N=23) com peso baixo para idade e 1% (N=23) com peso muito baixo para a idade (gráfico 18).

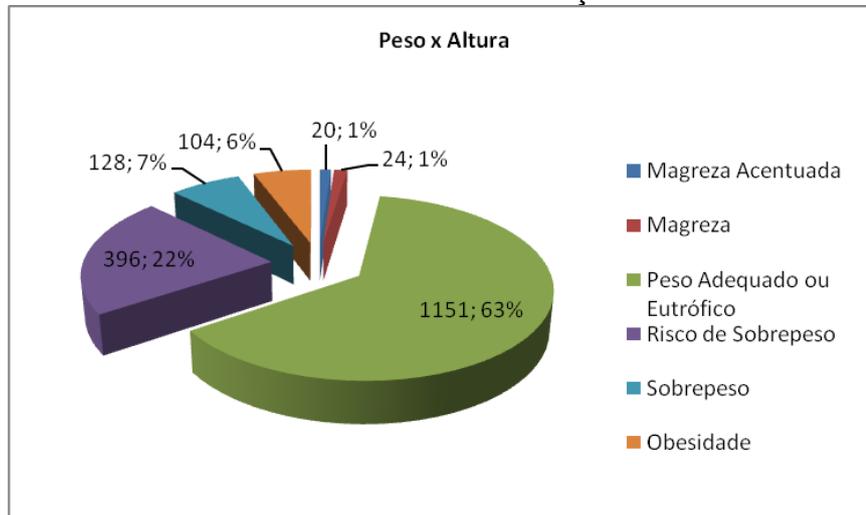
Gráfico 18 – Estado Nutricional de Crianças de 0 a &lt; 02 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Os dados de Peso x Altura indicam que 63% (N= 1.151) das crianças de 0 a < 02 anos apresentam peso adequado para altura, 22% (N=396) apresentam risco de sobrepeso, 7% (N=128) sobrepeso, 6% (N=104) obesidade, 1% (N=24) magreza acentuada e 1% (N=20) magreza (gráfico 19).

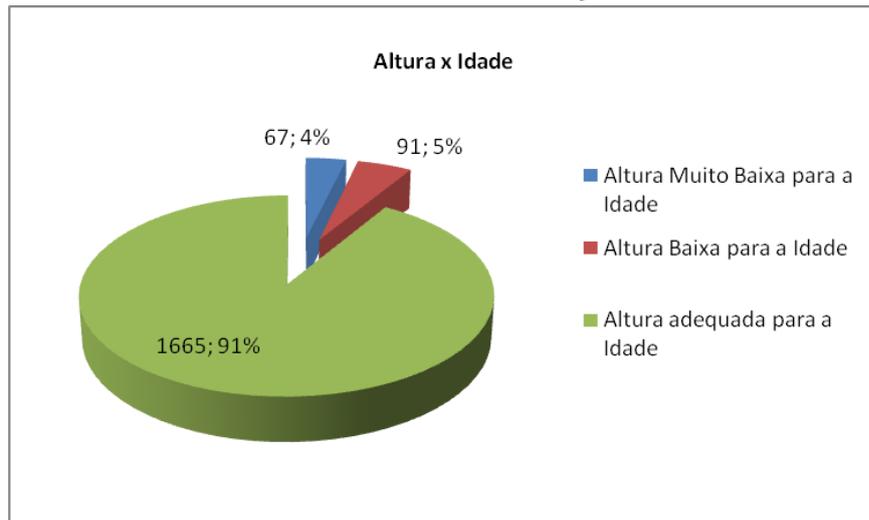
Gráfico 19 - Estado Nutricional de Crianças de 0 a &lt; 02 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Os dados referentes à Altura x Idade indicam que 91% (N=1.665) apresentam altura adequada para a idade, 4% (N=67) altura muito baixa para idade e 5% (N=91) altura baixa para idade (gráfico 20).

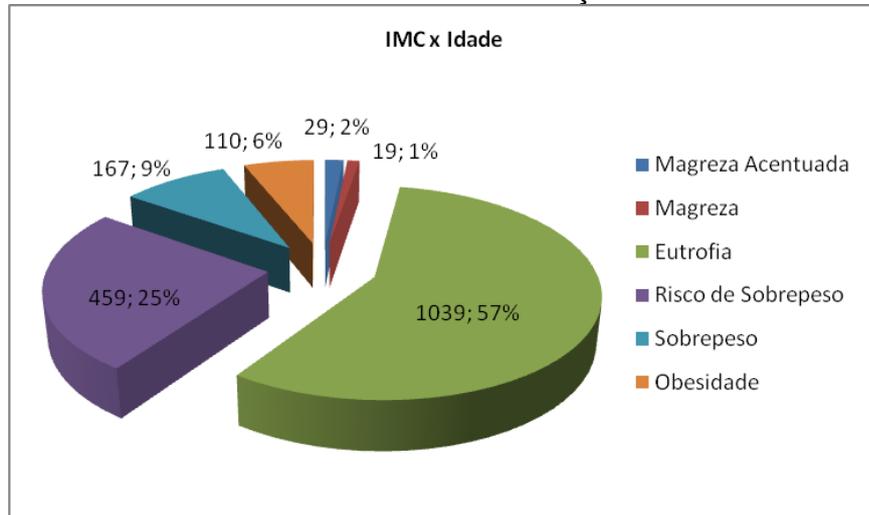
Gráfico 20 - Estado Nutricional de Crianças de 0 a &lt; 02 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Observa-se nos dados sobre IMC (Índice de Massa Corporal) x Idade que 57% (N=1.039) indicam eutrofia, 25% (N=459) risco de sobrepeso, 9% (N=167) sobrepeso, 6% (N=110) obesidade, 2% (N=29) magreza acentuada e 1% (N=19) magreza (gráfico 21).

Gráfico 21 - Estado Nutricional de Crianças de 0 a &lt; 02 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Sobre o perfil da população brasileira, sabe-se que atualmente há um aumento do sobrepeso e obesidade, de modo superficial e abrangente, observa-se nos gráficos (16, 17, 18 e 19) apresentados acima, um bom perfil nutricional entre as 1.823 crianças menores de 02 anos acompanhadas no SISVAN no ano de 2014, onde 89% (N=1.616) das crianças apresentam peso adequado para a idade, 63% (N=1.151) peso adequado para a altura, 91% (N=1.665) altura adequada para a idade e 57% (N=1.039) apresentam IMC classificado como de eutrofia,

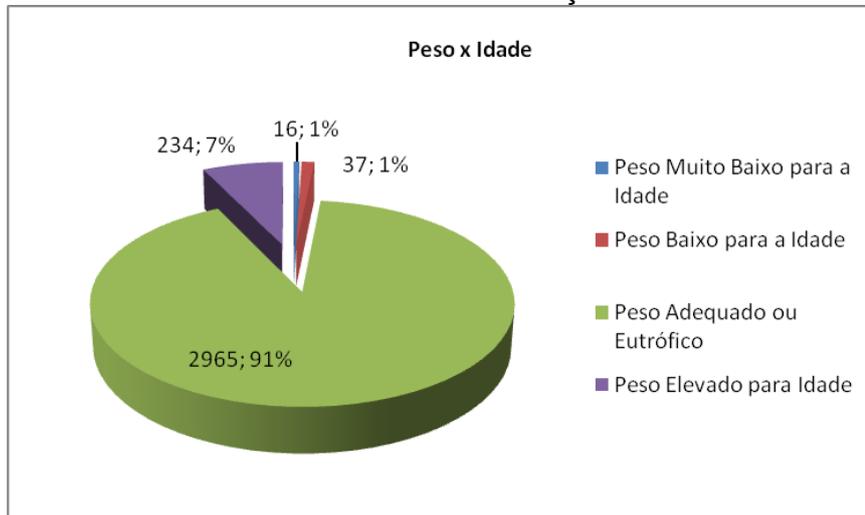
acompanhados por 25% (N=459) de risco de sobrepeso, quando analisados por idade.

Freiberg e outros (2014) apontam que mesmo com mudanças no estado nutricional, há deficiências de vitamina A e ferro na alimentação de crianças menores de 02 anos e que fatores como ausência ou interrupção da amamentação, início da alimentação complementar de forma precoce e outros provenientes de uma alimentação não balanceada, comprometem o desenvolvimento das crianças, destacam que se faz necessário o acompanhamento do estado nutricional por ferramentas que tragam resultados positivos nas ações de SAN destes indivíduos.

Foram realizados acompanhamentos referentes ao peso e altura de 3.252 mil crianças de 02 a < 05 anos, pelo município de Vitória/ES no ano de 2014, conforme registros de dados antropométricos no SISVAN.

Quanto aos dados relacionados ao Peso x Idade, estes indicam que 91% (N=2.965) apresentam peso adequado, 7% (N= 234) peso elevado para a idade e 1% (N=16) peso muito baixo para a idade (gráfico 22).

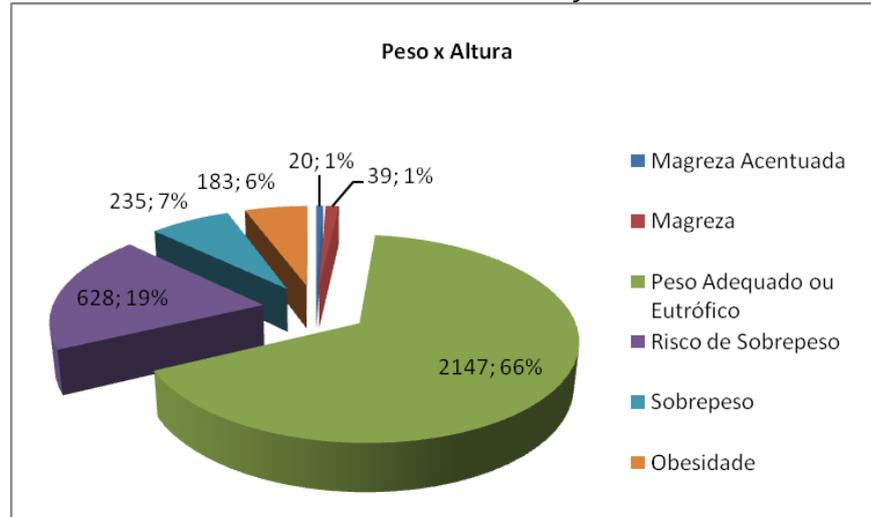
Gráfico 22 - Estado Nutricional de Crianças de 02 a < 05 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Os dados referentes ao peso x altura indicam 66% (N=2.147) com peso adequado para a altura, 19% (N=628) risco de sobrepeso, 7% (N=235) sobrepeso, 6% (n=183) obesidade, 1% (N=39) magreza e 1% (N=20) magreza acentuada (gráfico 23).

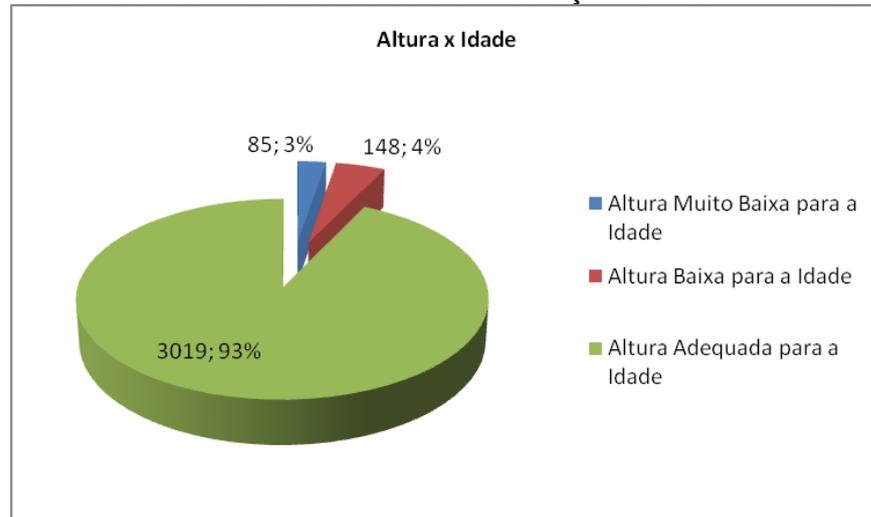
Gráfico 23 - Estado Nutricional de Crianças de 02 a &lt; 05 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Sobre a altura x idade, 93% (N=3.019) indicam altura adequada para a idade, 4% (N=148) altura baixa para a idade e 3% (N=85) altura muito baixa para idade (gráfico 24).

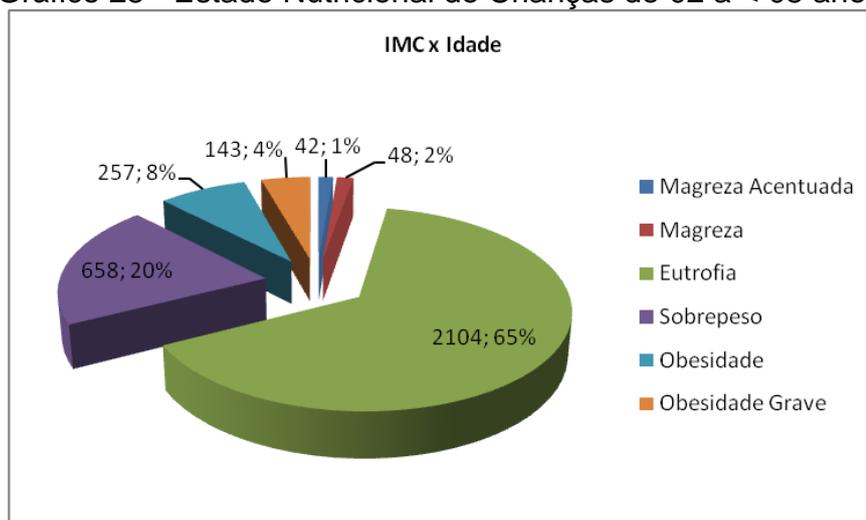
Gráfico 24 - Estado Nutricional de Crianças de 02 a &lt; 05 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Os dados de IMC x idade indicam 65% (N=2.104) com eutrofia, 20% (N=658) sobrepeso, 8% (N=257) obesidade, 4% (N=143) obesidade grave, 2% (N=48) magreza e 1% (N=42) magreza acentuada (gráfico 25).

Gráfico 25 - Estado Nutricional de Crianças de 02 a &lt; 05 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

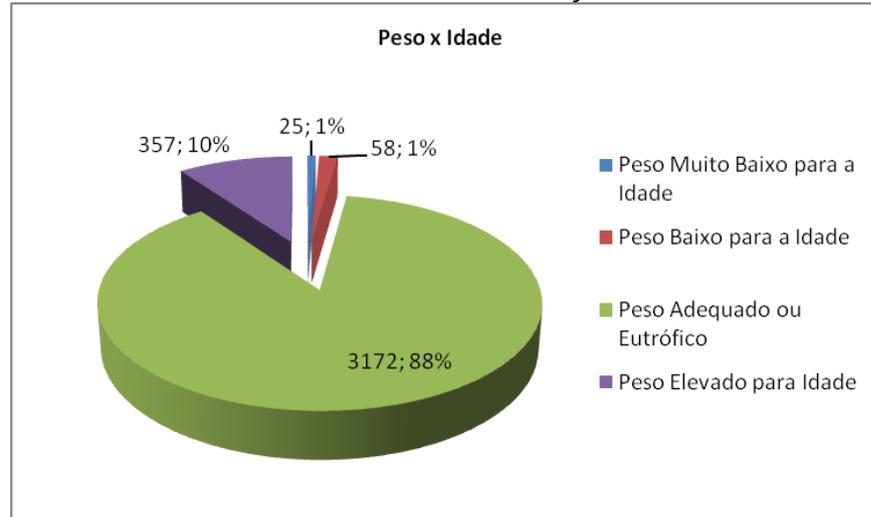
Entre as 3.252 crianças de 02 a < 05 anos acompanhadas no SISVAN no ano de 2014 e apresentadas nos gráficos (20, 21, 22 e 23) acima, de modo geral os resultados de maior significância indicam que 91% (N=2.965) das crianças apresentam peso adequado para a idade, 66% (N=2.147) peso adequado para a altura, 93% (N=3.019) indicam altura adequada para a idade e 65% (N=2.104) apresentam IMC classificado como de eutrofia, acompanhados por 20% (N=658) de sobrepeso, quando analisados por idade.

Giugliano e Carneiro (2004) em pesquisa realizada com escolares destacam que 20% de sua amostra, avaliados segundo IMC por Idade, apresentaram sobrepeso e obesidade, fatores como ausência da participação familiar na vida da criança, hábitos alimentares e sociais inadequados, influência da mídia, inatividade física, entre outros fatores, colaboram para o crescimento da obesidade infantil. Contudo, se torna importante à realização de ações sobre educação alimentar e nutricional de escolares com a participação de pais ou responsáveis e o acompanhamento do estado e perfil nutricional das crianças brasileiras.

Foram realizados acompanhamentos referentes ao peso e altura de 3.612 mil crianças de 05 a <10 anos, pelo município de Vitória/ES no ano de 2014, conforme registros de dados antropométricos no SISVAN.

Quanto ao Peso x Idade, os registros indicam que entre as 3.612 mil crianças acompanhadas 88% (N=3.172) apresentam peso adequado, 10% (N=357) peso elevado para a idade, 1% (N=58) peso baixo para a idade e 1% (N=25) peso muito baixo para a idade (gráfico 26).

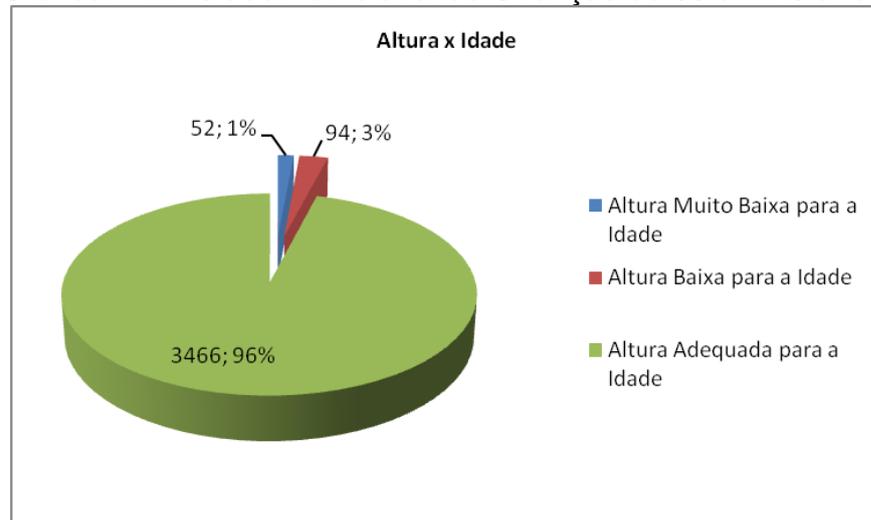
Gráfico 26 - Estado Nutricional de Crianças de 05 a &lt; 10 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Quanto à altura x idade nesta faixa etária, 96% (N=3.466) indica altura adequada para a idade, 3% (N=94) altura baixa para idade e 1% (N=52) altura muito baixa para idade (gráfico 27).

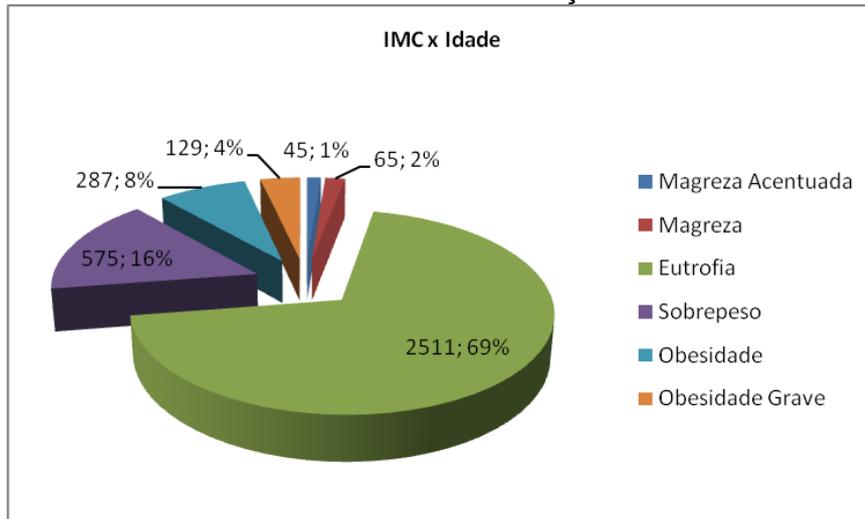
Gráfico 27 - Estado Nutricional de Crianças de 05 a &lt; 10 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Os dados de IMC x idade indicam 69% (N= 2.511) eutrofia, 16% (N=575) sobrepeso, 8% (N=287) obesidade, 4% (N=129) obesidade grave, 2% (N=65) magreza e 1% (N=45) magreza acentuada (gráfico 26).

Gráfico 28 - Estado Nutricional de Crianças de 05 a &lt; 10 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

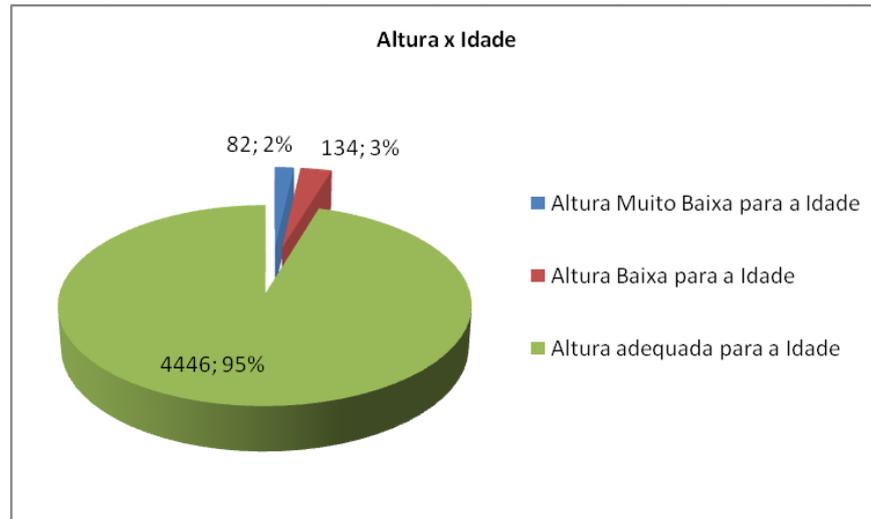
Entre as 3.612 crianças de 05 a < 10 anos acompanhadas no SISVAN no ano de 2014 e apresentadas nos gráficos (24, 25 e 26) acima, de modo geral os resultados de maior significância indicam que 88% (N=3.466) das crianças apresentam peso adequado para a idade e 69% (N=2.511) apresentam IMC classificado como de eutrofia, acompanhados por 16% (N=575) de risco de sobrepeso, quando analisados por idade.

Lima e Navarro (2014, p. 62) em estudo sobre os registros no SISVAN, confirmam que ocorreram alterações nos padrões corporais de crianças na última década, com redução do déficit de peso e conseqüente aumento do sobrepeso e obesidade. Para eles, “[...] o papel dos profissionais de saúde, sobretudo do nutricionista na prevenção da obesidade é crucial, para que bons hábitos alimentares sejam integrados a vida destas crianças”.

Foram realizados 4.962 mil acompanhamentos referentes ao Peso e Altura e 4.469 referentes ao IMC por Idade de adolescentes de 10 a < 20 anos, pelo município de Vitória/ES no ano de 2014, conforme registros de dados antropométricos no SISVAN.

Os dados referentes à Altura por Idade indicam 95% (N=4.446) com altura adequada para a idade, 3% (N=134) com altura baixa para a idade e 2% (N=82) com altura muito baixa para a idade (gráfico 29).

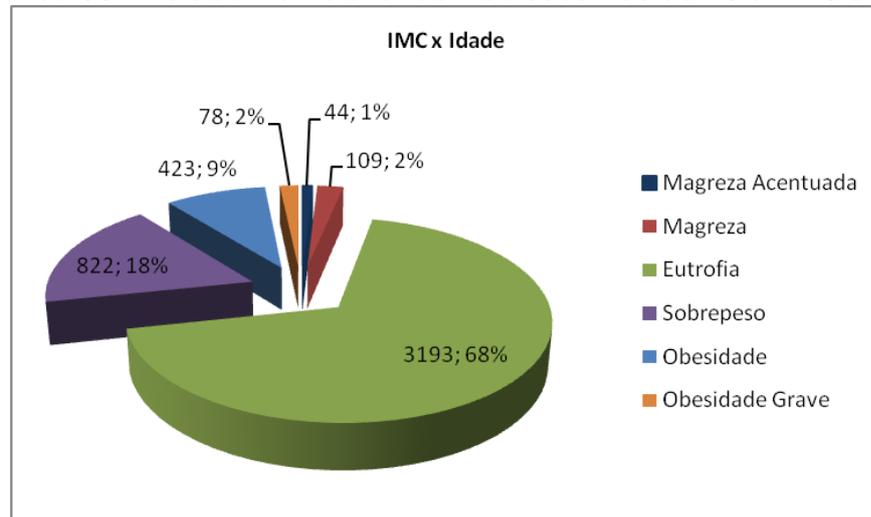
Gráfico 29- Estado Nutricional de Adolescentes de 10 a &lt; 20 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Nos dados do IMC por Idade 68% (N=3.193) indicam eutrofia, 18% (N=822) sobrepeso, 9% (N=423) obesidade, 2% (N=109) magreza 2% (N=78) obesidade grave, entre magreza 109 (2%) e magreza acentuada 44 (1%) (gráfico 30).

Gráfico 30 - Estado Nutricional de Adolescentes de 10 a &lt; 20 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Entre os 4.962 adolescentes acompanhados no SISVAN no ano de 2014 e apresentadas nos gráficos (27 e 28) acima, de modo geral os resultados de maior significância indicam que 95% (N=4.446) apresentam altura adequada para a idade e 68% (N=3.193) apresentam IMC classificado como de eutrofia, acompanhados por um total de 29% (N=1.323) de excesso de peso, soma entre o sobrepeso, obesidade e obesidade grave, quando analisados por idade.

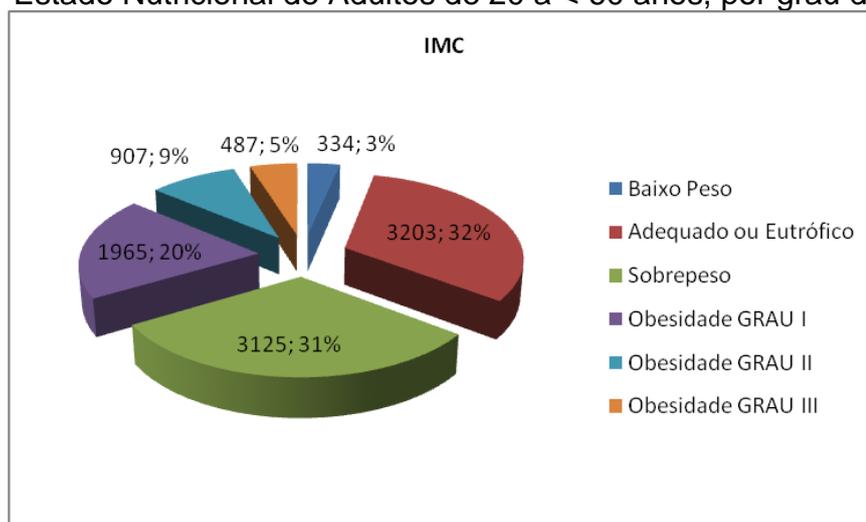
Branco, Hilário e Cintra (2006) discutem sobre o estado nutricional de adolescentes

e o grau de satisfação e distorção de sua imagem corporal, sabe-se que na adolescência ocorrem muitas mudanças no padrão corporal, há preocupação por aceitação em grupos sociais e por se enquadrar em padrões de beleza impostos pela sociedade, distúrbios alimentares são comuns nesta fase da vida. Dessa forma, conclui-se que deveriam ser incluídos também os adolescentes que apresentam peso adequado ou eutrofia como grupo a ser trabalhado por equipes de saúde e não somente os grupos de risco nutricional.

Foram realizados acompanhamentos referentes ao peso e altura de 10.021 adultos de 20 a < 60, pelo município de Vitória/ES no ano de 2014, conforme registros de dados antropométricos no SISVAN.

Os dados do IMC indicam 32% (N=3.203) eutróficos, 31% (N=3.125) com sobrepeso, 20% (N=1.965) com obesidade grau I, 9% (N=907) com baixo peso, 5% (N=487) com obesidade grau II e 3% (N=334) baixo peso (gráfico 31).

Gráfico 31 - Estado Nutricional de Adultos de 20 a < 60 anos, por grau de obesidade.



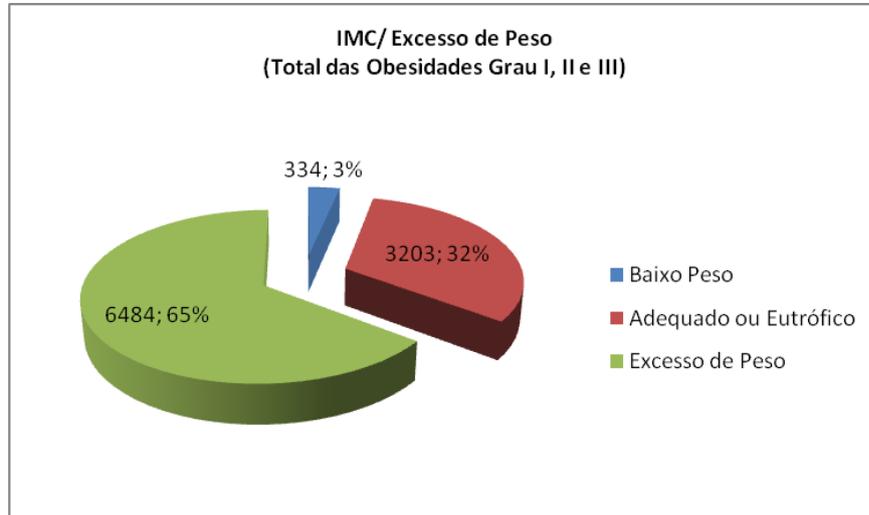
Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Gigante e outros (2013) em pesquisa realizada com 1968 indivíduos adultos e idosos, observaram que entre estes mais de 53% (N=1.029) apresentavam sobrepeso e obesidade, segundo classificação por IMC, destacam que a obesidade afetou na amostra com maior significância as mulheres e quanto aos homens à obesidade apresentou aumento significativo no número de casos conforme avanço da idade pesquisada e que fatores econômicos e sociais são influenciadores no aumento desta doença.

Somando-se os dados do sobrepeso com as obesidades de graus I, II e III, obtêm-se

um total de 65% (N=6.484) de excesso de peso, superando o número de adultos com IMC adequado 32% (N=3.203) e os 3% (N=334) de baixo peso (gráfico 32).

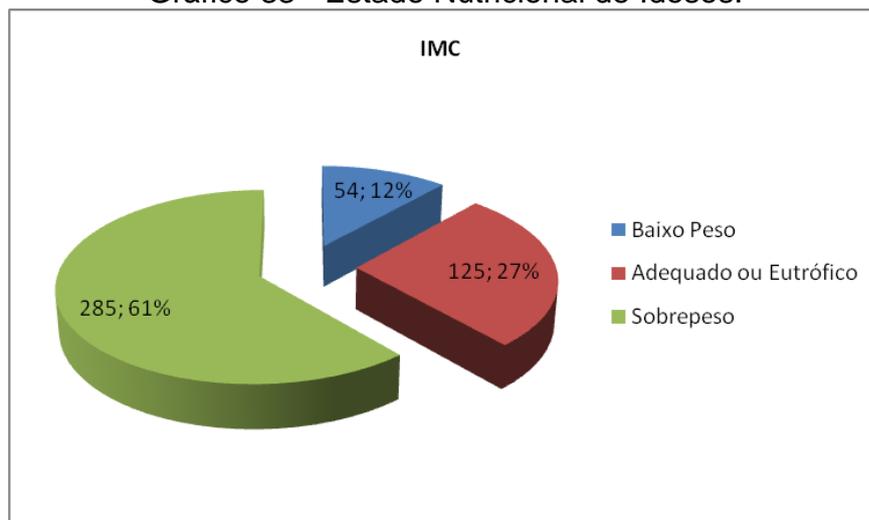
Gráfico 32 - Estado Nutricional de Adultos de 20 a < 60 anos.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Foram realizados acompanhamentos referentes ao peso e altura de 464 idosos com idade maior de 60 anos, pelo município de Vitória/ES no ano de 2014, conforme registros de dados antropométricos no SISVAN. Os registros apontam 61% (N=285) dos acompanhados com sobrepeso, 27% (N=125) com IMC adequado ou eutrófico e 12% (N=54) com baixo peso nesta faixa etária (gráfico 33).

Gráfico 33 - Estado Nutricional de Idosos.



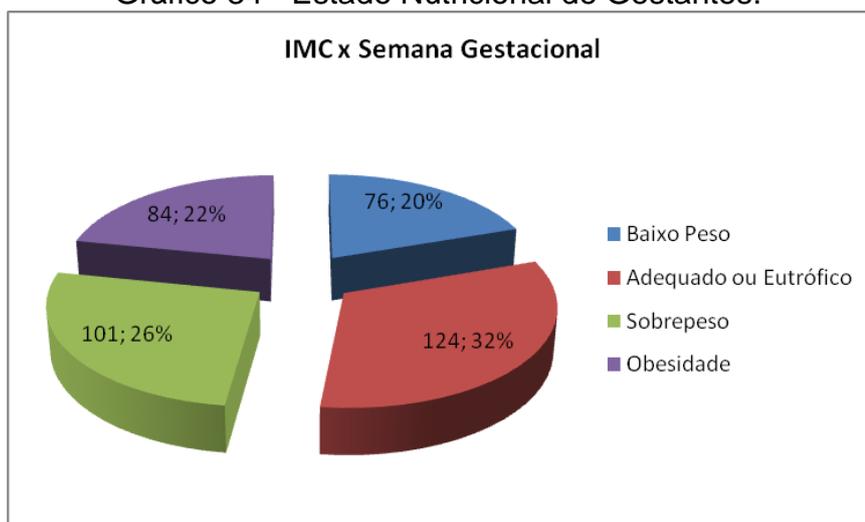
Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Deve ser destacado o baixo número de acompanhamentos no SISVAN de idosos (N=464) no município de Vitória/ES, sabe-se que esta população requer cuidados quanto às deficiências nutricionais, doenças crônicas, entre outros. O gráfico 33, acima, apresenta valores consideráveis de sobrepeso 61% (N=285) e de baixo peso

12% (N=54) nesta população. Enes, Loiola e De Oliveira (2014, p.1547) em pesquisa realizada no estado de São Paulo observaram que “Merece destaque o registro inexpressivo de dados relativos à população idosa pelo SISVAN Web, sendo que mais da metade das regiões estudadas não apresentaram dados de monitoramento nutricional para esse grupo populacional”.

Foram realizados acompanhamentos referentes ao peso e altura de 385 gestantes entre adultas e adolescentes, pelo município de Vitória/ES no ano de 2014, conforme registros de dados antropométricos no SISVAN. Nos dados observa-se 32% (N=124) com IMC adequado ou eutrófico, 26% (N=101) com sobrepeso, 22% (N=84) (22%) com obesidade e 20% (N=76) apresentou baixo peso para a idade gestacional (gráfico 34).

Gráfico 34 - Estado Nutricional de Gestantes.



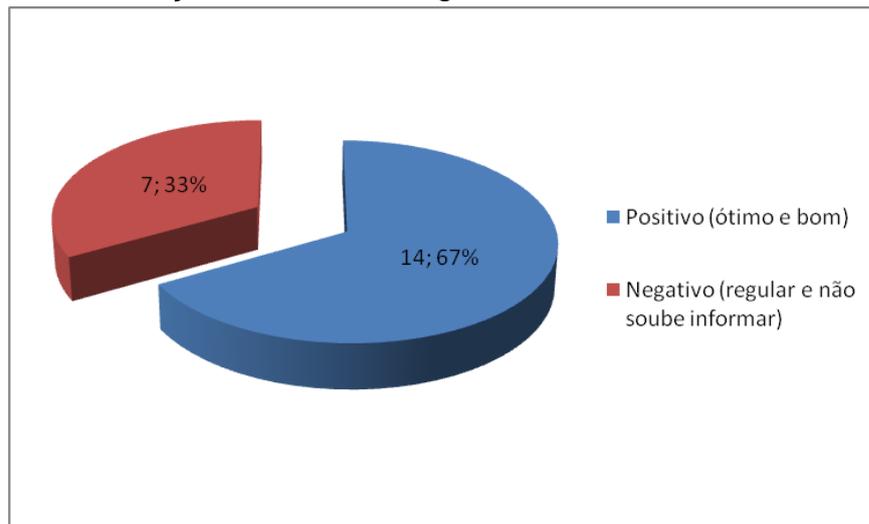
Fonte: Adaptado de Brasil, 2014.

Seabra e outros (2011) discutem os riscos gestacionais relacionados ao excesso de peso, entre 433 gestantes, 24,5% (N=106) apresentaram sobrepeso e obesidade, para elas, práticas e hábitos alimentares saudáveis com acompanhamento nutricional adequado neste período, reduziria o número nascimentos de bebês macrossômicos e a pré-eclâmpsia materna. Gonçalves e outros (2012, p. 308) concluem que “[...] tanto o sobrepeso/ obesidade pré-gestacional como o ganho de peso insuficiente ou excessivo durante a gestação têm implicações diretas sobre o risco gestacional e o seu desfecho”. Dessa forma, deve haver um melhor planejamento dos cuidados nutricionais e das ações de saúde voltadas as mulheres em idade fértil para minimizar os riscos na gestação.

#### d) Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A - PNSVA

Os resultados da pesquisa indicam que 67% (N=14) dos participantes avaliam o Programa e a realização das ações propostas no Município de forma Positiva e 33% (N=7) avaliam a atuação de forma Negativa, como regular ou não souberam informar (gráfico 35).

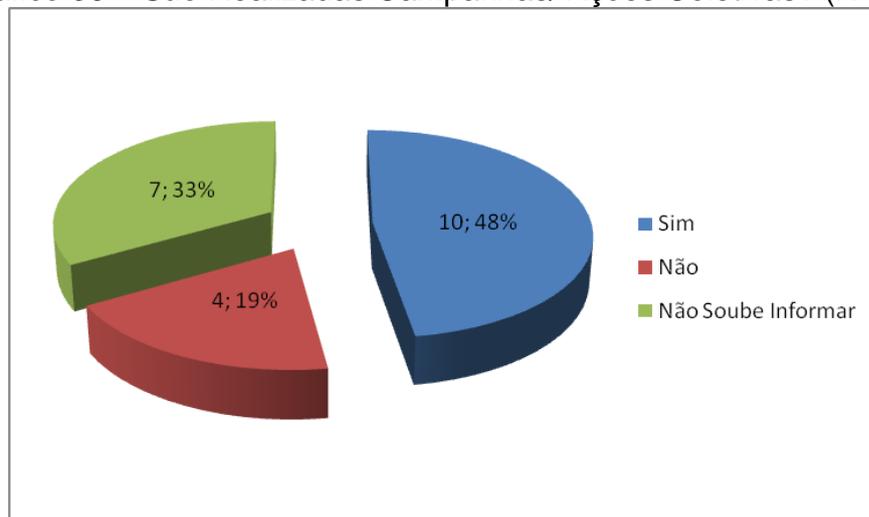
Gráfico 35 – Avaliação do PNSVA, segundo os Diretores e Gestores (N=21).



Fonte: Elaboração própria.

Quando questionados aos Diretores e Gestores se são realizadas campanhas/ações coletivas do PNSVA no município, 48% (N=13) responderam que Sim, 33% (N=7) Não Souberam Informar e 19% (N=4) que não realizam ações coletivas em sua UBS ou Município (gráfico 36).

Gráfico 36 – São Realizadas Campanhas/ Ações Coletivas? (N=21).

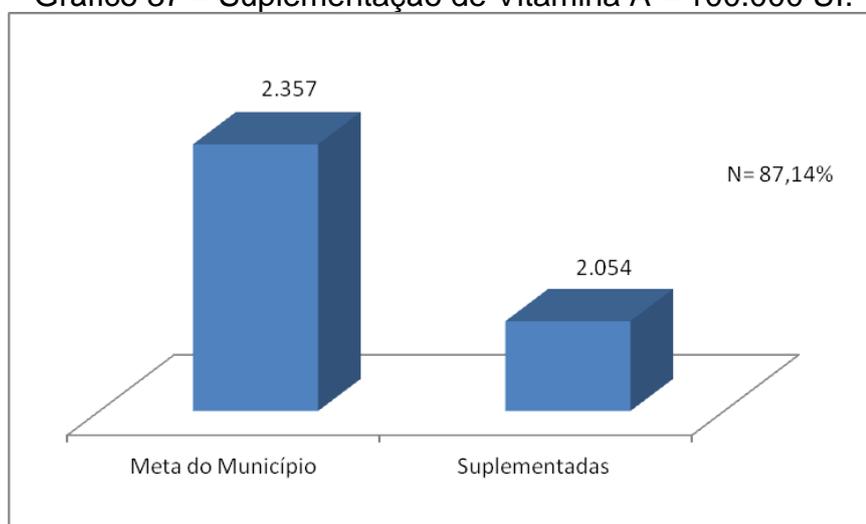


Fonte: Elaboração própria.

As suplementações podem ser realizadas em campanhas ou por rotina nas UBS, o número de suplementações de Vitamina A, realizadas nos Municípios, são registradas mensalmente em programa específico no site do Ministério da Saúde e os relatórios são disponíveis ao acesso público.

Nestes dados, referentes ao ano de 2015, o município de Vitória/ ES continha à meta de realizar 2.357 mil suplementações de 100.000 Unidades Internacionais (UI) para crianças de 6 a 11 meses de idade, onde constam nos registros que foram realizadas no ano um total de 2.054 mil suplementações, ou seja, atingindo 87% da meta estabelecida (gráfico 37).

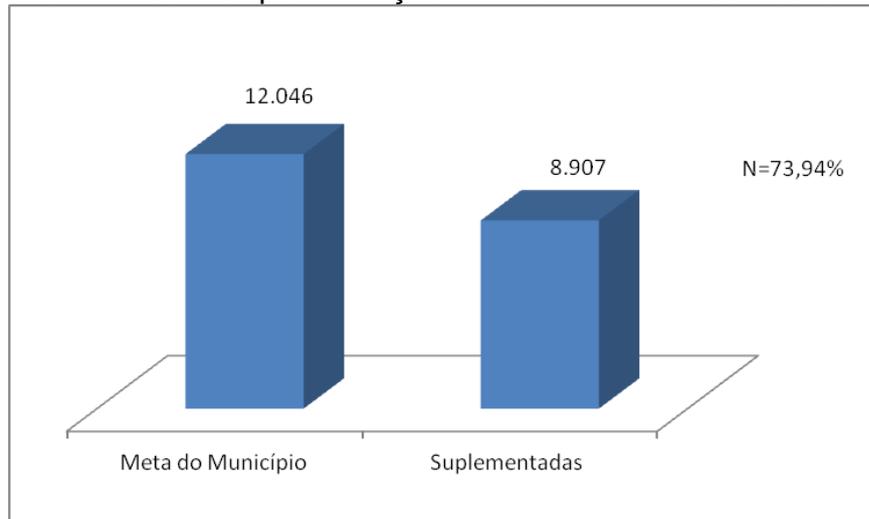
Gráfico 37 – Suplementação de Vitamina A – 100.000 UI.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2015j.

Ainda no referido ano o município continha à meta de realizar 12.046 suplementações de 200.000 UI para crianças de 12 a 59 meses de idade. Constam nos registros que foram realizadas neste ano um total de 8.907 mil suplementações, ou seja, atingindo 73,94% da meta estabelecida (gráfico 38).

Gráfico 38 – Suplementação de Vitamina A – 200.000 UI.

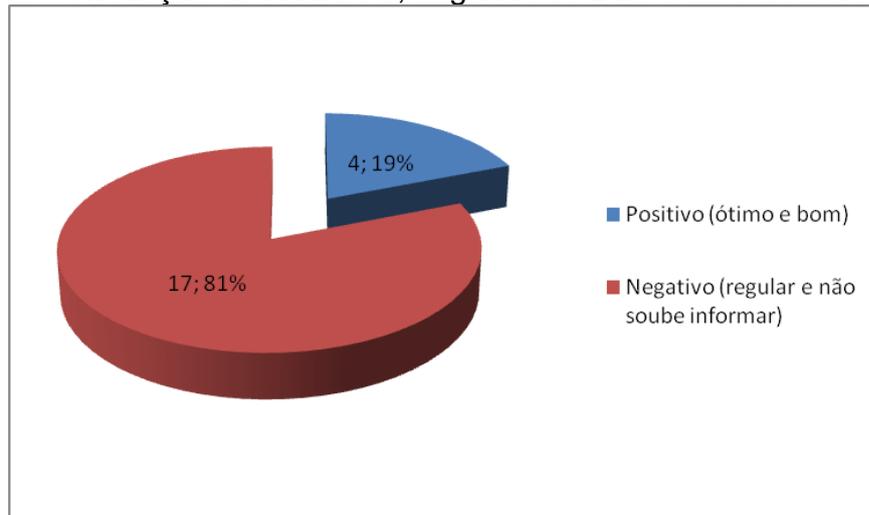


Fonte: Adaptado de Brasil, 2015j.

#### e) Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó - NutriSUS

Os resultados da pesquisa indicam que 19% (N=4) dos entrevistados avaliam o NutriSUS e sua realização das ações propostas no Município de forma Positiva e 81% (N=17) avaliam a atuação de forma Negativa, como regular ou não souberam informar (gráfico 39).

Gráfico 39 – Avaliação do NutriSUS, segundo os Diretores e Gestores (N=21).



Fonte: Elaboração própria.

Esta estratégia apresentou o maior percentual de avaliações negativas 81% (N=17), sendo que dos 21 participantes 43% (N=9) responderam que não sabiam informar ou desconheciam, 38% (N=8) avaliaram como regular e 19% (N=4) de forma

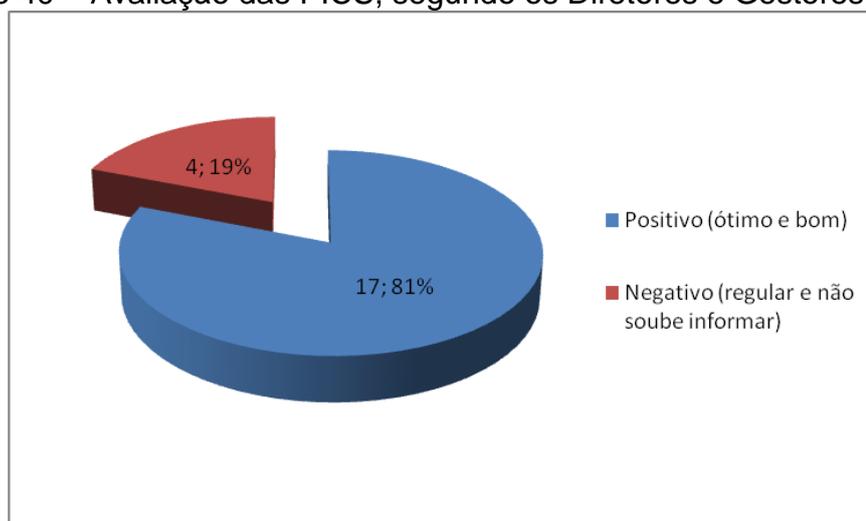
positiva, entre ótimo e bom. Este resultado pode ser influenciado a respostas negativas (regular e NSI), quando considera-se que a estratégia está em processo de implantação e ainda não abrange todas as UBS do município. Não foram encontrados estudos avaliando o funcionamento e resposta qualitativa da estratégia no município de Vitória/ ES.

Ribeiro (2014) em pesquisa realizada com crianças de creches públicas em determinado município, identificou a prevalência de doença relacionada à deficiência de micronutrientes específico em 51% das crianças e 20% destas apresentaram quadro de gastroenterite com internação ambulatorial nos últimos doze meses anteriores à pesquisa, destacando para a importância das políticas públicas e ações intersectoriais relacionadas a SAN.

#### f) Práticas Integrativas e Complementares – PICS

Os resultados da pesquisa indicam que 81% (N=17) dos entrevistados avaliam as PICS e sua realização das ações propostas no Município de forma Positiva e 19% (N=4) avaliam a atuação de forma Negativa, como regular ou não souberam informar (gráfico 40).

Gráfico 40 – Avaliação das PICS, segundo os Diretores e Gestores (N=21).



Fonte: Elaboração própria.

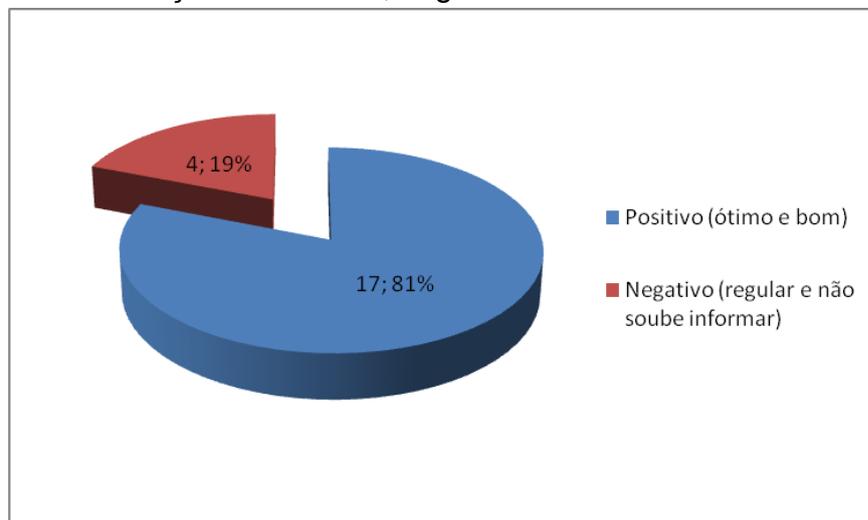
Machado, Czermainski e Lopes (2012) identificaram que 86% (N=13) dos 15 coordenadores das UBS pesquisadas por elas, são a favor da inclusão das PIC's na AB, utilizam e indicam a fitoterapia aos usuários dos SUS, concluem que os profissionais e pacientes buscam informações sobre o tema para melhorar sua

qualidade de vida e veem estas práticas como um cuidado alternativo, porém, ainda não possuem aptidão para utilização mais aprofundada destes recursos, por insegurança quanto a interações ou reações adversas e falta de capacitação.

#### g) Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável - PSAAS

Os resultados da pesquisa indicam que 81% (N=17) dos entrevistados avaliam as PSAAS e sua realização das ações propostas no Município de forma Positiva e 19% (N=4) avaliam a atuação de forma Negativa, como regular ou não souberam informar (gráfico 41).

Gráfico 41 – Avaliação da PSAAS, segundo os Diretores e Gestores (N=21).



Fonte: Elaboração própria.

Fracolli, Gomes e Chiesa (2016) discutem sobre a importância da interação entre profissionais e equipes na efetivação das ações propostas para as UBS, quando capacitam, por exemplo, os ACS que tem acesso direto as comunidades e domicílios, estes se tornam multiplicadores do conhecimento, já a interação dos profissionais de diversos saberes, treinamentos, reuniões e dados estatísticos de saúde qualificam as ações a serem promovidas e dimensionam a população a ser envolvida.

Quando compilado os dados sobre as avaliações dos itens: a) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; b) Condicionalidades do Programa Bolsa Família, c) SISVAN; d) Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A; e) Programa Nacional de Suplementação de Micronutrientes- NutriSUS; f) Práticas Integrativas e Complementares – PICS e g) Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e

Saudável – PAAS. Observa-se na tabela 10, que as ações, estratégias, programas e políticas realizados no município foram avaliados de forma positiva, 58% (N=86), destacando-se como melhor avaliado os itens: f) com 81% (N=17) seguidos de b) 76% (N=16), d) 67% (N=14), a) e c) com 57% (N=12) cada, g) 52% (N=11) e menor percentual o e) 19% (N=4), e 42% (N=61) foram avaliados de forma negativa destacando-se: e) com 81% (N=17), g) 48% (N=10), a) e c) com 43% (N=9) cada, d) 33% (N=7), b) 24% (N=5) e f) com 19% (N=4).

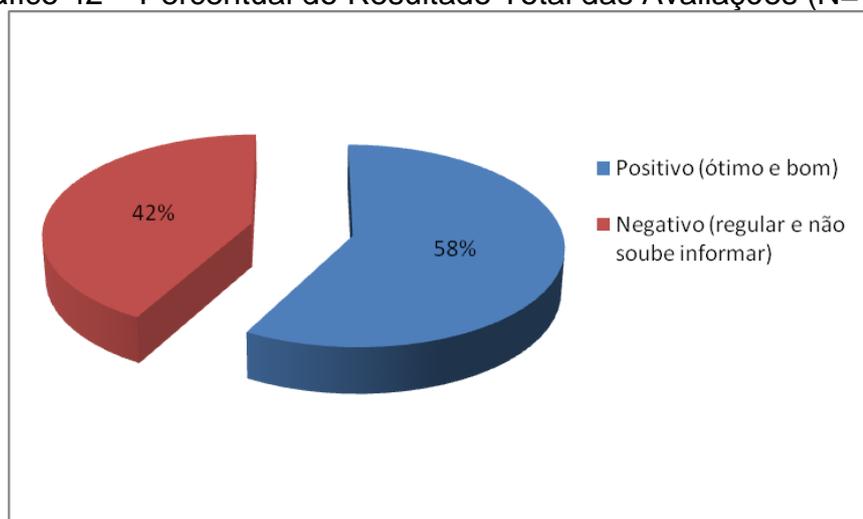
Tabela 10 - Resultado Total das Avaliações entre os itens a, b, c, d, e, f e g, segundo Diretores e Gestores (N=21).

Identificação	Positivo		Negativo		Total	
	N	%	N	%	N	%
a) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	12	57	9	43	21	100
b) Condicionalidades do Programa Bolsa Família	16	76	5	24	21	100
c) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	12	57	9	43	21	100
d) Programa Nacional de suplementação de Vitamina A	14	67	7	33	21	100
e) Programa Nacional de Suplementação de Micronutrientes	4	19	17	81	21	100
f) Práticas Integrativas e Complementares	17	81	4	19	21	100
g) Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável	11	52	10	48	21	100
Total de respostas	86	58	61	42	147	100

Fonte: Autoria própria.

O gráfico 42 apresenta o percentual total entre ações, estratégias, programas e políticas realizados no município foram avaliados de forma positiva, 58% (N=86) e negativa 42% (N=61).

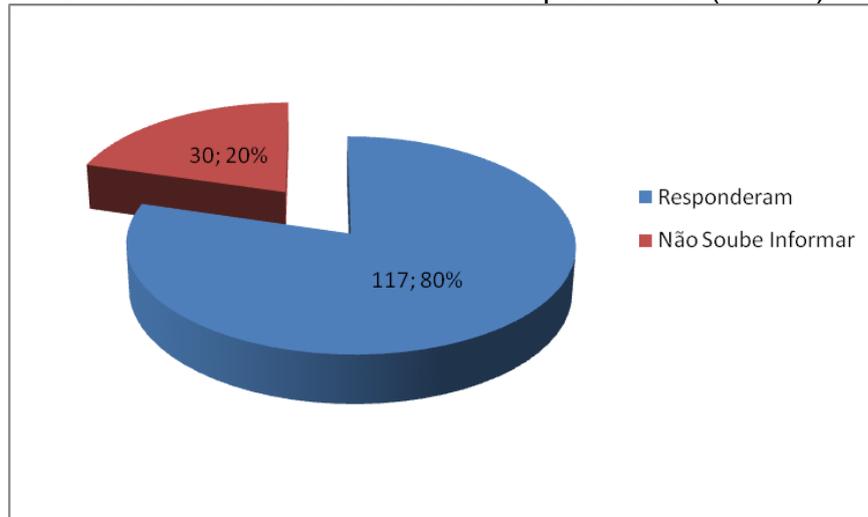
Gráfico 42 – Percentual do Resultado Total das Avaliações (N=147).



Fonte: Elaboração própria.

O gráfico 43 apresenta o total do número e percentual de respostas Não Soube Informar (NSI) identificadas sobre o total de possíveis respostas sobre os itens a, b, c, d, e, f e g. Observa-se que 80% (N=117) não apresentaram dificuldades para responderem as questões entre as opções: ótimo, bom e regular, sendo que 20% (N=30) do total das respostas foram indicadas na opção NSI.

Gráfico 43 – Número Total de Respostas NSI (N=147).



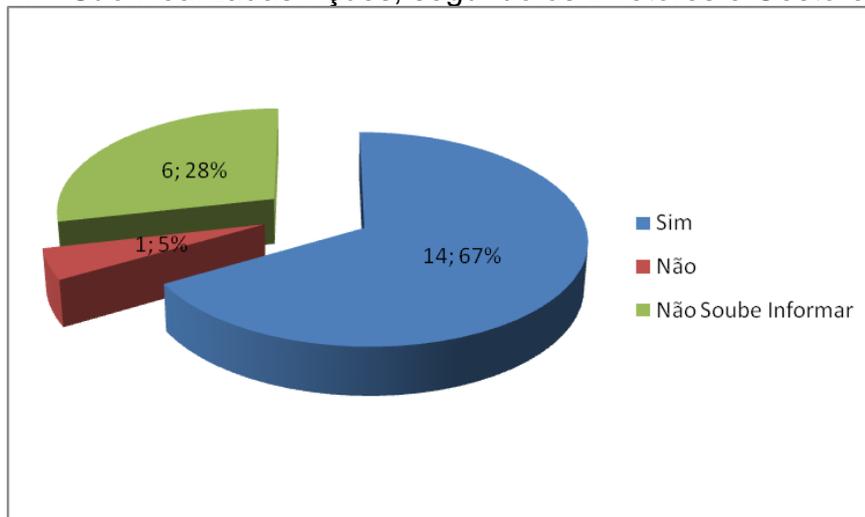
Fonte: Elaboração própria.

Cabe ressaltar que todos os gestores participantes da pesquisa concentram-se no mesmo ambiente de trabalho, participam de capacitações, ações, visitam as UBS e aos diretores e se reúnem com frequência. Portanto, espera-se que conheçam os programas, ações e estratégias realizadas pela saúde no município. Da Silva Nogueira e Rodrigues (2015, p. 639) discutem sobre a importância da comunicação no dia a dia dos profissionais da área da saúde, rodas de conversa, reuniões, conversas individuais e outros meios, são facilitadores para uma comunicação eficaz e produtiva, para eles, um ambiente “[...] organizacional com missão embasada em objetivos e estratégias com efetivas configurações de comunicação, refletirá positivamente nos processos assistenciais e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços e segurança do paciente”.

Os dados sobre o Item 3, referente a realização de ações relacionadas ao cuidado nutricional para grupos específicos como: desnutrição; risco nutricional; hipertensão, diabetes, obesidade, entre outros. O questionário buscava identificar por meio de questão de múltipla escolha, se são realizadas ações coletivas a grupos específicos, com as opções: Sim; Não; e Não Soube Informar – NSI, e disponibilizava espaço para citar os grupos atendidos com ações nas UBS.

Os resultados apontam que 67% (N=14) responderam que sim, são realizadas ações nas UBS para grupos específicos, 5% (N=1) que não e 28% (N=6) NSI (gráfico 44).

Gráfico 44 – São Realizadas Ações, segundo os Diretores e Gestores (N=21).

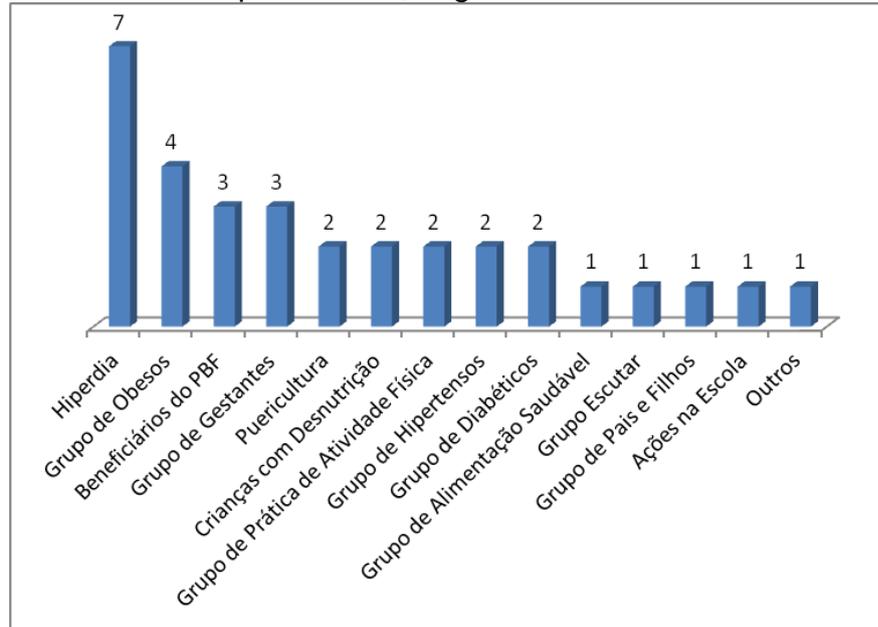


Fonte: Elaboração própria.

Ainda sobre a realização de ações relacionadas a grupos específicos, os resultados da pesquisa apontam 14 grupos diferentes citados uma ou mais vezes por Diretores e Gestores.

Dentre os grupos mais citados encontra-se o Hiperdia, mencionado por 7 dos 21 participantes, este que é destinado ao cadastro e acompanhamento de pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, grupos de pacientes com obesidade com 4 citações, grupos com integrantes do PBF que além do acompanhamento das condicionalidades previstas pela saúde, participam de eventos, ações e reuniões nas UBS e grupos de gestantes com 3 citações, Puericultura, que é o acompanhamento do crescimento e de desenvolvimento de crianças, grupos de crianças com desnutrição, grupos de prática de atividade física, que são realizados por educadores físicos lotados nas UBS e nos Serviços de Orientação ao Exercício (SOE), grupos de hipertensos e de diabéticos, todos com 2 citações, mais 4 grupos, grupo de alimentação saudável, grupo escutar, grupo de pais e filhos, ações na escola e outros com 1 citação cada (gráfico 45).

Gráfico 45 – Grupos citados, segundo os Diretores e Gestores.

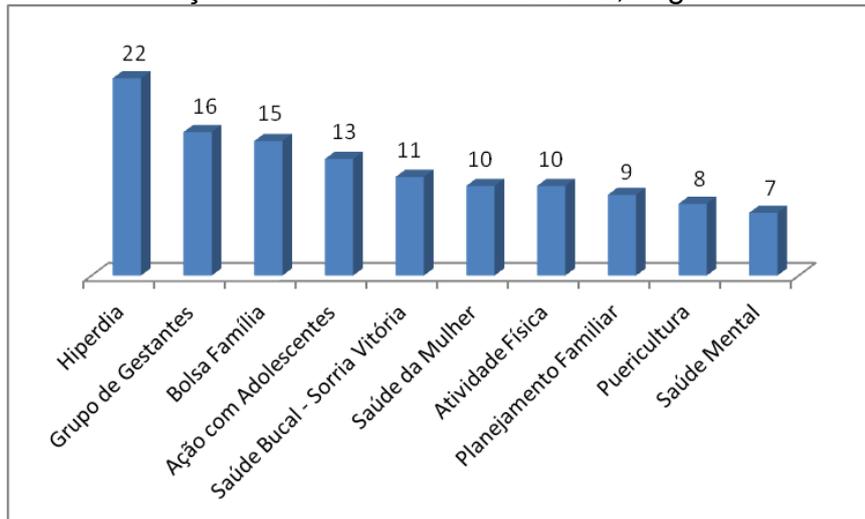


Fonte: Elaboração própria.

Quanto às ações para grupos específicos, observa-se que não há exigência ou padronização por parte da gestão dos grupos a serem trabalhados nas UBS do município, estes ocorrem por disponibilidade, interesse, capacidade temática dos profissionais e equipes, necessidade local, entre outros. Cabe destacar o modelo de formação das equipes do NASF e suas funções, onde: “O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF)” (BRASIL, 2009, p.12).

São poucos os estudos que identifiquem as ações de promoção realizadas nas UBS do município de Vitória/ ES. Porém, Iglesias (2009, p. 186) identificou por meio de entrevista aos diretores, as ações de promoção da saúde nas 28 UBS, onde os resultados apontaram que entre as dez ações mais citadas destacam-se o grupo Hiperdia com 22 menções, grupo de gestantes com 16, do PBF 15, com adolescentes 13, de saúde bucal 11, ações de saúde da mulher e atividade física com 10 menções cada, de planejamento familiar 9, de puericultura 8 e ações de saúde mental com 7 citações, apresentadas no gráfico 46, entre outros com número menor de citações.

Gráfico 46 – Ações mais citadas em 28 UBS, segundo Diretores.

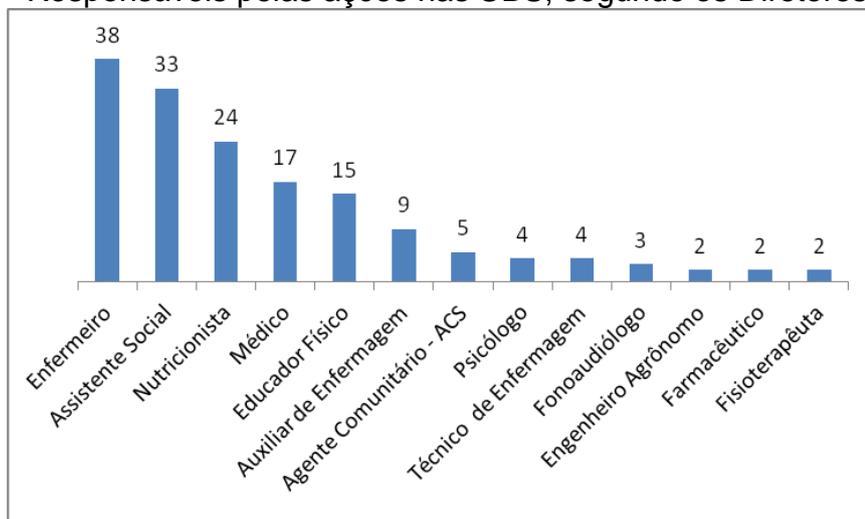


Fonte: Adaptado de Iglesias, 2009.

As ações formadas por grupos do Hiperdia, do PBF, de gestantes, puericultura e atividade física destacam-se por serem citados como ações mais trabalhadas no município, avaliando segundo o resultado das duas pesquisas realizadas.

Quando questionados sobre os profissionais responsáveis entre todas as ações, estratégias, programas, entre outros, realizados nas UBS, os 21 participantes citaram 38 vezes o profissional enfermeiro, 33 o assistente social, 24 o nutricionista, 17 o médico, 15 o educador físico, 9 o auxiliar de enfermagem, 5 os ACS, 4 os psicólogos, 4 os técnicos de enfermagem, 3 os fonoaudiólogos e citaram 2 vezes o engenheiro agrônomo, o farmacêutico e o fisioterapeuta, como os responsáveis na efetivação destas na saúde do município (gráfico 47).

Gráfico 47 – Responsáveis pelas ações nas UBS, segundo os Diretores e Gestores.



Fonte: Elaboração própria.

Destacam-se alguns profissionais pelo número de responsabilidades já impostas a eles, pelo cargo e função exercida, sabe-se pelo estudo (tabela 2) o número de profissionais existentes nas UBS pesquisadas e compara-se a responsabilização, conforme o número de vezes que foi citado durante a pesquisa para execução, acompanhamento e registros das ações e programas. Pode-se pressupor que há prejuízos à população na qualidade dos serviços oferecidos por estes profissionais devido à sobrecarga de atividades ou número insuficiente ou inexistente de determinado profissional nas UBS, como é o caso do nutricionista.

Os dados sobre o item 4, que questiona se o nutricionista contribuiria nas Ações das equipes de Saúde da Família nas UBS com NASF, em questão de múltipla escolha, com as opções Sim e Não, posteriormente solicitando a justificativa da resposta de forma descritiva e opcional.

Segundo a opinião dos Diretores e Gestores, a resposta foi unânime 100% (N=21) informaram que sim, o nutricionista contribuiria nas ações das equipes.

Dentre os participantes que justificaram sua resposta, podem-se citar alguns relatos e destacar de forma geral, que todos reconhecem a necessidade atual da população local e a carência da atuação deste profissional na rede pública de saúde do município de Vitória (ES).

“O Nutricionista é de fundamental importância para as ações nos territórios, tendo em vista a realidade da população. O Ministério da Saúde reconhece essa importância por meio da Política Nacional de Alimentação e Nutrição” (Assistente Social).

“Contribuiria com sua formação, integrando a equipe, trazendo saberes específicos, no matriciamento e discussão de casos” (Assistente Social).

“Agregaria conhecimento as ações da ESF e atuaria em ações específicas de alimentação e nutrição hoje inexistentes” (Assistente Social).

“Porque qualificará as ações específicas e de competência desse profissional na atenção Básica do município” (Enfermeira).

“Profissional tecnicamente mais habilitado para executar e promover as ações de alimentação e nutrição” (Farmacêutica).

“É um profissional essencial e sua atuação está na Legislação Nacional, porém o Município não institucionalizou a Política Municipal de Alimentação e Nutrição (PMAN) na SEMUS” (Médica).

“É um profissional que poderia dar um suporte muito efetivo nas ações relacionadas a diversos programas existentes nas UBS” (Enfermeiro).

“Porque a Obesidade, sobrepeso, diabetes e a hipertensão são problemas prevalentes nas UBS, os quais o nutricionista contribuiria muito” (Psicóloga).

“Porque é o profissional que mais aprofunda estudos quanto à alimentação e nutrição relacionada às pessoas e possui uma visão integral sobre o tema” (Nutricionista).

“A Obesidade é atualmente um sério problema de Saúde Pública” (Dentista)

Pinho e outros (2012) classificam de forma positiva a participação do profissional nutricionista nos NASF de determinado município pesquisado, as ações realizadas por este profissional apresentaram resultados satisfatórios e de qualidade para a população, destacando os benefícios provenientes de uma orientação e tratamento nutricional adequado e de acordo com as necessidades individuais dos pacientes. Apontam a importância de se organizar as atividades coletivas, a continuidade do tratamento e das consultas periódicas, pois segundo eles, há tendências dos indivíduos, por dificuldades de compreender ou seguir a prescrição dietética, de abandonar o acompanhamento nutricional.

Sobre as informações estatísticas da pesquisa, não foram identificados dados significativos no teste exato de Fisher, o que pode ser justificado pelo número reduzido da amostra, contudo, este fato não invalida os resultados da pesquisa.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos realizados nesta pesquisa sobre a análise das ações de alimentação e nutrição nas UBS com NASF e a importância de atuação do nutricionista, consideram-se antes alguns dados importantes sobre o perfil dos profissionais entre diretores atuantes nas UBS com NASF e gestores da saúde pública no município, que destes 75% (N= 19) são do sexo feminino e com 43 anos em média, 43% (N=9) possuem graduação em enfermagem e 28% (N=6) em serviço social e apenas 5% (N=1) nutricionista e que entre estes 57% (N=12) estão na função a menos de 5 anos. Sobre as ações de alimentação e nutrição, observa-se que 58% dos participantes da pesquisa avaliam de forma positiva as ações, programas, estratégias, entre outros, voltados à alimentação e nutrição realizadas na atenção básica do município, destaca-se as ações das PICS e das condicionalidades do PBF com mais de 75% de avaliações positivas. Sobre a inserção do profissional nutricionista nos NASF do município, observa-se que 67% (N=14) a consideram como de alta prioridade sendo que 100% (N=21) dos participantes compartilham da mesma opinião quanto à contribuição que este profissional traria para esta equipe e para a promoção da saúde no município.

Foram identificadas escassas pesquisas no município sobre os relatórios disponíveis do SISVAN, como os dados do estado nutricional, aleitamento materno ou tipo de alimentação e de consumo alimentar por ciclos de vida, sobre as ações de alimentação e nutrição propostas nas diretrizes da PNAN realizadas nas UBS e sobre a importância da atuação e inserção do profissional de nutrição na rede de AB e equipes de saúde, sugerindo a necessidade de novos estudos.

Dessa forma, conclui-se que as ações realizadas no município são bem avaliadas pela gestão local, porém constata-se a necessidade de melhor comunicação e coordenação destas atividades e ainda, análise da necessidade de saúde local para melhor distribuição e inserção das categorias profissionais nos NASF e UBS, incluindo-se o nutricionista, visto a sua importância e contribuição para a melhora da saúde nutricional da população local, e aos anseios dos gestores e munícipes, interessados na melhora da saúde individual e coletiva.



## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Ana Beatriz de Almeida et al. Gerência dos Serviços de Enfermagem: um Estudo Bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 3, dez. 2006. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/901/1096>>. Acesso em: 11 maio 2016.
- ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Avaliação participativa do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em um município da Região Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.5, pp. 949-960. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/17.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.
- ALVES, Marília; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 4, p. 441-6, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a11>>. Acesso em: 09 maio 2016.
- ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otavio. Fitoterapia na atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 541-553, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/84403>>. Acesso em: 06 maio 2016.
- ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.** [online]. 2002, vol.15, n.3, pp. 255-266. ISSN 1678-9865. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n3/a01v15n3.pdf> Acesso em: 16 jul. 2015.
- BRANCO, Lucia Maria; HILÁRIO, Maria Odete Esteves; CINTRA, Isa de Pádua. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006. Disponível em: <[http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/roteiro pedagogico/publicacao/6812\\_Percepcao\\_e\\_satisfacao\\_corporal\\_em\\_adoles.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/roteiro pedagogico/publicacao/6812_Percepcao_e_satisfacao_corporal_em_adoles.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2016.
- BRASIL A. Conselho Federal dos Nutricionistas - CFN. Resolução CFN nº 380 de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecer parâmetros numéricos de referência, por área de atuação e dá outras providências. **Diário Oficial da União** de 10/01/2006; Seção 1 p. 66. 2005. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/421294/pg-66-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-10-01-2006/pdfView>>. Acesso em: 11 jun. 2015.
- BRASIL A. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Conceito e Diretrizes**. 2013. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057504\\_NASF\\_set2013.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057504_NASF_set2013.pdf)>. Acesso em: 05 maio 2015.
- BRASIL A. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. 2008. Disponível em:  
<[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2ª Ed. – Brasília**, 2012. Disponível em:  
<<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. – 3 v. **Retratos da Atenção Básica – 2012**.n. 2. Brasília; 2015. Disponível em:  
<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos\\_ab\\_2\\_vol\\_3.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_3.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Obesidade**: Caderno de Atenção Básica, n.12. 108p. Brasília; DF; 2006; Disponível em:  
<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd12.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd12.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Contagem Populacional: Estimativa da população residente a 1º de Julho de 2014. **Diário Oficial da União** (DOU) de 28/08/2014, 2014. Brasília: IBGE, 2014. Disponível em:  
<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2014/estimativa\\_dou\\_2014.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf)>. Acesso em: 15 abr. de 2015.

BRASIL B. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (LOSAN). Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional- SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 2006; Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS): Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. 2013. **Diário Oficial da União**. 06/09/2013; 173; p. 64. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/58795831/dou-secao-1-06-09-2013-pg-64/pdfView>>. Acesso em: 15 maio 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário oficial da União**. 25/01/2008. Seção 1 p.47. Brasília. 2008. Disponível em:  
<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=47&data=25/01/2008>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências. **Diário oficial da União**. 13/05/2005. Seção 1 p.92. Brasília. 2005. Disponível em:  
<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=60&data>>

=16/05/2005>. Acesso em: 25 out. 2015.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição- CGAN. Núcleo de Tecnologia da Informação –NTI; **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN**; 2014. Disponível em: <[http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios\\_publicos/relatorios.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php)> Acesso em: 05 maio 2015.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf) >. Acesso em: 01 jun. 2015.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília. 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf). Acesso em: 01 set. 2015.

BRASIL C. Conselho Federal de Nutricionistas - CFN. Cartilha: **O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Cartilhas/61.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Nº 84, de 04 de maio de 2006. Seção I, pág. 20. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/564335/pg-20-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-04-05-2006/pdfView>>. Acesso em: 02 maio 2016.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde. 2. ed. – Brasília. 2014. 156 p.: il. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf)>. Acesso em 01 jun. 2015.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Portal do Departamento de Atenção Básica, Ações Estratégicas. 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/acoes\\_estrategicas\\_pnan.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/acoes_estrategicas_pnan.php)> . Acesso em: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC). **Bolsa Família**. Brasília: MDS/ SENARC. 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/condicionalidades>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL D. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Materiais de Apoio; Documentos; **Municípios contemplados com o NutriSUS**. Brasília; DF. 2014 Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pcan.php?conteudo=nutrisus](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php?conteudo=nutrisus)>. Acesso em: 20 maio 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável**. Brasília; DF. 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_promocao\\_da\\_saude.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_promocao_da_saude.php)>. Acesso em: 25 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC). **Bolsa Família**. Brasília: MDS/ SENARC. 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/beneficios>. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL E. Conselho Regional de Nutricionistas- 2ª Região. **Aleitamento Materno**. Promovendo a saúde da criança e da mãe, desmistificando tabus. 2015; p. 14. Disponível em: <<http://www.crn2.org.br/crn2/conteudo/revista/Revista35.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2016.

BRASIL E. Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). **Mulher e Trabalho**. Brasília: SPM, 2014. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/mulher-e-trabalho>. Acesso em: 09 maio 2016.

BRASIL F. Ministério da Saúde. NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: **Manual Operacional**. Brasília; 2015. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_operacional\\_nutrisus.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_operacional_nutrisus.pdf). Acesso em: 10 maio 2016.

BRASIL G. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília; 2015; p. 19. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_gestor\\_pse.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf)>. Acesso em: 17 maio 2016.

BRASIL H. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**. 2. ed.– Brasília; 2015. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)>. Acesso em: 05 maio 2016.

BRASIL I. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. **Cadernos de Atenção Básica; n. 23** – Brasília, 2015. p. 81. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf)>. Acesso em: 17 maio 2016.

BRASIL J. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: CGAN/ Núcleo de Tecnologia da Informação do DAB, 2015. Disponível em: <[http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/vitaminaA/relatorio\\_publico/vita\\_relatorio.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/vitaminaA/relatorio_publico/vita_relatorio.php)>. Acesso em: 15 fev. 2016

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm)>. Acesso em: 09 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde- DATASUS**. 2016. Atualizado em: 7/5/2016. Disponível em <[http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=3205300012262](http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3205300012262)>. Acesso em: 15 maio. 2016.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS). Anexo II. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Ano CXLVIII Nº 204, 2011. Seção I, pág. 48. 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: 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vitamina A Mais**: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais. Brasília, DF; 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vita.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vita.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2016.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - **Cadernos de Atenção Básica, n. 27**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

CAMARGO-BORGES, Celiane; MISHIMA, Silvana Martins. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 29-41, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29509/3137>>. Acesso em: 06 jun. 2015

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Gerência de Unidade Básica de Saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 907-914, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt\\_0080-6234-reeusp-48-05-907.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-907.pdf). Acesso em: 09 maio 2016.

CERVATO-MANCUSO, Ana Maria et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/14.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MACHADO, Juliana Costa. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 1, p. 54-60, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n1/a08v33n1.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TORAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. Sup 2, p. S332-S340, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/18.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

DAMÉ, Patrícia KV et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2155-2165, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/09.pdf>>. Acesso em 21 jun. 2015.

DE ALMEIDA, Antônio Pádua Carneiro et al. Deficiência de ferro e anemia em crianças de Vitória, ES. **Pediatria (São Paulo)**, v. 26, n. 3, p. 140-50, 2004. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/255646299\\_Deficincia\\_de\\_ferro\\_e\\_anemia\\_em\\_crianas\\_de\\_Vitria\\_ES](http://www.researchgate.net/publication/255646299_Deficincia_de_ferro_e_anemia_em_crianas_de_Vitria_ES)>. Acesso em: 02 jun. 2015.

DE CASTRO, Inês Rugani Ribeiro. Desafios e perspectivas para a promoção da alimentação adequada e saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 7-9, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/pt\\_0102-311X-csp-31-01-00007.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/pt_0102-311X-csp-31-01-00007.pdf). Acesso em: 20 maio 2016.

DE GEUS, Laryssa Maria Mendes et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 797-804, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a10v16s1.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2015.

DE MELLO, Elza D.; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes. **J Pediatr (Rio J)**, v. 80, n. 3, p. 173-82, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04> . Acesso em: 02 jun. 2015.

DOS ANJOS SCHERER, Magda Duarte; DE PIRES, Denise Elvira Pires; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/11.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

DOS SANTOS PEDROSA, José Ivo; TELES João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-11, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/p/v35n3/5017.pdf>> . Acesso em; 15 de maio 2015.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de saúde pública**. São Paulo. Vol. 46, supl. 1 (dez. 2012), p. 126-134, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

DUTRA, M. da G. Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás. **Centro Universitário de Anápolis Unievangélica**, 2009. Disponível em: <<http://www.unievangelica.edu.br/files/images/curso/mestrado.mstma/2009/maria%20da%20gl%C3%B3ria%20-%20plantas%20medicinais.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2016.

ENES, Carla Cristina; LOIOLA, Helena; DE OLIVEIRA, Maria Rita Marques. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1543-1551, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01543.pdf>. Acesso em: 05 maio 2016.

FERREIRA, Carolina Souza; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal and CESAR, Cibele Comini. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]**. 2013, vol.13, n.2, pp. 167-177. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n2/a10v13n2.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2015.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GOMES, Maria Fernanda Pereira; CHIESA, Anna Maria. Percepções dos agentes comunitários de saúde sobre as ações de promoção da saúde. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 14, n. 47, p. 49-54, 2016. Disponível em: <[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/viewFile/3497/pdf](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/3497/pdf)>. Acesso em: 25 maio 2016.

FREIBERG, Clara Korukian et al. Avaliação do consumo alimentar de crianças menores de dois anos institucionalizadas em creches no município de São Paulo. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2014. Disponível em: <<https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/122/100>>. Acesso em: 15 maio 2016.

GIGANTE, Denise Petrucci et al. Obesidade da população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil e associação com nível sócio-econômico. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1873-9, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n9/11.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2016.

GIUGLIANO, Rodolfo; CARNEIRO, Elizabeth C. Fatores associados à obesidade em escolares. **J Pediatr**, v. 80, n. 1, p. 17-22, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n1/v80n1a05.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.

GONÇALVES, Carla Vitola et al. Índice de massa corporal e ganho de peso gestacional como fatores preditores de complicações e do desfecho da

gravidez. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 34, n. 7, p. 304-309, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n7/03.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2016.

IGLESIAS, Alexandra. Em nome da promoção à saúde: análise das ações de macroregião do município de Vitória–ES. 2009. Tese de Doutorado. **Dissertação de mestrado**, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. 2009. Disponível em: <[http://www.btdt.ufes.br/tde\\_arquivos/4/TDE-2009-11-03T155351Z-293/Publico/ALEXANDRA%20%20%201.pdf](http://www.btdt.ufes.br/tde_arquivos/4/TDE-2009-11-03T155351Z-293/Publico/ALEXANDRA%20%20%201.pdf)> . Acesso em: 01 maio 2016.

JAIME, Patrícia Constante; SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; LIMA, Ana Maria Cavalcante de and BORTOLINI, Gisele Ane. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.[online]**. 2011, vol.24, n.6, pp. 809-824. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n6/01v24n6.pdf> . Acesso em: 26 jun. 2015.

KNOB PINTOM, Bruna et al. Perfil de Trabalhadores da Saúde da Atenção Primária de Santa Rosa/RS. **Revista Saúde**, v. 9 p. 22 , 2015. <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/1970/1635>. Acesso em: 08. maio 2016.

LEITE, Denise Fernandes; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00507.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

LIMA, Joyce Mara; NAVARRO, Antonio Coppi. Sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) em crianças de Minas Gerais, Brasil: Histórico, cobertura e estado nutricional da população. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 8, n. 44, p. 62, 2014. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/326/314>>. Acesso em: 22 maio 2016.

LISBOA, Maria Virgínea Feitosa. Ações e Práticas de Saúde Desenvolvidas pelos Profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no Município de Pedra [monografia]. Recife: **Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães**, 2011. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011lisboa-mvf.pdf>> . Acesso em: 12 jun. 2015.

MACHADO, Dayane Cordeiro; CZERMAINSKI, Silvia Beatriz Costa; LOPES, Edyane Cardoso. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 615-623, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a13v36n95.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 15 maio. 2015.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006. <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742006000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742006000300006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MENDONÇA, Claunara Schilling. Saúde da Família, agora mais do que nunca. **Cien Saude Colet**, v. 14, n. Supl. 1, p. 1493-1497, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a22v14s1.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

MENDONÇA, Marcell Almeida et al. A Importância Da Atuação Do Nutricionista No SUS e PSF. **ANAIS SIMPAC**, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/183/345>>. Acesso em: 10 maio 2016.

MONNERAT, Giselle Lavinias et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 6, p. 1453-1462, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a06.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

MONTENEGRO, Rosa Maria Natalli et al. Avaliação nutricional e alimentar de pacientes portadores de hanseníase tratados em unidades de saúde da grande Vitória, Estado do Espírito Santo. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 44, n. 2, p. 228-31, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n2/aop19-11.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf)>. Acesso em: 10 maio. 2015.

OLIVEIRA, Carla Braga et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 635-44, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a32v14n2.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

OLIVEIRA, Cecília L. de; FISBERG, Mauro. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 47, n. 2, p. 107-108, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a01v47n2.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015

OLIVEIRA, Kathleen Sousa; SILVA, Denise Oliveira; SOUZA, Wayner Vieira de. Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. **Cad Saude Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 260-5, 2014. Disponível em: <<http://www6.enasp.fiocruz.br/visa/files/1414-462X-cadsc-22-03-0260.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2016.

OMS. **Diretriz:** Uso de formulações em pó de múltiplos micronutrientes para fortificação caseira de alimentos consumidos por bebês e crianças de 6-23 meses de

vida. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia\\_06\\_24\\_meses.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_06_24_meses.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2016.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito et al. As práticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a013.pdf>. Acesso em: 01 maio 2016.

PASSANHA, Adriana et al. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1141-1148, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01141.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

PEREZ, Africa Isabel de la Cruz et al. Monitoramento do estado nutricional de usuários de Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **BEPA, Bol. epidemiol. paul.** [online]. 2013, vol.10, n.116, pp. 1-13. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v10n116/v10n116a01.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.

PIATI, Jaqueline; FELICETTI, Claudia Regina; LOPES, Adriana C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. **Rev bras hipertens**, v. 16, n. 2, p. 123-129, 2009. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-2/14-perfil.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015

PINHO, L. et al. Percepções de hipertensos sobre o acompanhamento nutricional recebido em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Motricidade**, v. 8, n. S2, p. 58, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273023568008>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

PROBST, Elisiana Renata; RAMOS, Paulo. A evolução da mulher no mercado de trabalho. Santa Catarina: **Instituto Catarinense de Pós-Graduação**, 2003. Disponível em: <<http://www.posuniasselvi.com.br/artigos/rev02-05.pdf>> Acesso em: 09 maio 2016.

PUPIN, Viviane Milan; CARDOSO, Cármen Lúcia. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 157-163, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 10 jun.2015.

RAMOS, Camila Irigónhé; CUERVO, Maria Rita Macedo. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/26.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

RECINE, Elisabetta; VASCONCELLOS, Ana Beatriz. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 1, p. 73-79, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a11.pdf>> . Acesso em: 10 maio 2015.

REIS, Caio Eduardo G.; VASCONCELOS, Ivana Aragão L.; BARROS, JF de N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 4, p. 625-33, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/24.pdf>> . Acesso em: 01 jun. 2015.

RIBEIRO, Eloiza Spinola. Anemia e fatores associados em crianças assistidas por creches públicas. **Faculdade de Medicina de Botucatu**. 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/113884/000797017.pdf?sequenc e=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 maio 2016.

SANTOS, Vanusa Marques dos. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e categorias de estresse nos trabalhadores da rede básica de saúde de Iguatemi. P. 07, 2012. Tese de Doutorado. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p &nextAction=lnk&exprSearch=678791&indexSearch=ID>>. Acesso em: 08. mai. 2016.

SCHWARTZ, Talita Dourado et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a28v15n4.pdf>> Acesso em: 10 maio. 2015.

SEABRA, Gisele et al. Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 33, n. 11, p. 348-353, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n11/a05v33n11.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.

SOUZA, Edinilsa Ramos de e LIMA, Maria Luiza Carvalho de. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, suppl., pp. 1211-1222. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a11v11s0.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2015.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 52-68, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0052.pdf>. Acesso em: 01 maio 2016.

TOMASI, Alessandro Rodrigo Pedroso; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)**, v. 37, n. 98, p. 427-436, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a06v37n98.pdf>> .Acesso em: 21 jun. 2015.

VENÂNCIO, Sonia Isoyama et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 7, n. 2, p. 213-220,

2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/12.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2015.

VITÓRIA (ES) A. Controladoria Geral do Município. **Transparência Vitória**. 2015. Disponível em: <<http://transparencia.vitoria.es.gov.br/Pessoal.Cargo.aspx?municipioid=1&ctbUnidadeGestoralId=6&exercicio=2015&periodicidade=Mensal&periodo=tpMarco>>. Acesso em: 10 maio. 2015.

VITÓRIA (ES) B. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 2015. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20150619\\_pms\\_revisao\\_marco2015.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20150619_pms_revisao_marco2015.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2015

VITÓRIA (ES) C. **Saúde da Criança e Adolescente**. 2015. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/saude-crianca-e-adolescente>. Acesso em: 10 maio 2015.

VITÓRIA (ES) D. **Curso sobre práticas integrativas para servidores da saúde**. Notícia, Publicada em: 10/08/2015; 2015. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/noticia/curso-sobre-praticas-integrativas-para-servidores-da-saude-comeca-nesta-terca-18616>. Acesso em: 01 maio 2016.

VITÓRIA (ES). Secretaria de Gestão Estratégica (SEGES). **Planejamento Estratégico 2013 – 2016**. 2009. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140306\\_revista\\_planejamento.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20140306_revista_planejamento.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica/ Gerência de Informações Municipais. **Boletim Estatístico de Pessoal, 2004 – 2013**. 2014. Disponível em: <[http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados\\_administrativos/servidores/Boletim\\_e\\_statistico\\_2004\\_2013.pdf](http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados_administrativos/servidores/Boletim_e_statistico_2004_2013.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Subsecretaria de Tecnologia da Informação. **LEI Nº 6.364 Cria o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional – COMSEA- Vitória**. 2005. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2005/L6364.PDF>>. Acesso em: 10 jun. 2015.



g-Promoção da Saúde e da Alim. Adequada e Saudável ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular  
São realizadas ações coletivas?

Profissionais responsáveis? \_\_\_\_\_.

Alguma destas ações não é realizada na sua Unidade? ( ) Sim ( ) Não ( ) NSI  
Quais? a ( ) b ( ) c ( ) d ( ) e ( ) f ( ) g ( )

---

---

---

3) A UBS realiza algum outro tipo de ação relacionada ao cuidado nutricional para grupos portadores de agravos específicos? (desnutrição, risco nutricional, hipertensão, diabetes, obesidade, HIV/ Aids, entre outros)

( ) Sim ( ) Não ( ) NSI

Quais Grupos? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

4) Na sua opinião o nutricionista contribuiria nas ações das Equipes de Saúde da Família? ( ) sim ( ) não

Porquê? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Vitória, / / 2016.



Quais os projetos atuais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

g-Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável

( ) ótimo ( ) bom ( ) regular

São realizadas ações coletivas? ( ) Sim ( ) Não ( ) NSI

Quais Grupos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Profissionais responsáveis? \_\_\_\_\_.

Alguma destas ações não é realizada nas Unidades? ( ) Sim ( ) Não ( ) NSI

Quais? a ( ) b ( ) c ( ) d ( ) e ( ) f ( ) g ( )

Porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**3) As UBS realizam algum outro tipo de ação relacionada ao cuidado nutricional para grupos portadores de agravos específicos (desnutrição, risco nutricional, hipertensão, diabetes, obesidade, HIV/ Aids, entre outros ?**

( ) Sim ( ) Não ( ) NSI

Quais Grupos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**4) Na sua opinião o nutricionista contribuiria nas ações das Equipes de Saúde da Família? ( ) sim ( ) não**

Porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Vitória, / / 2016.

\* NSI - Não soube informar.

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: ANÁLISE DAS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NAS UBS COM NASF DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ ES E DA IMPORTÂNCIA DE ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA, sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Cristina de Oliveira Soares.

Nesta pesquisa busco analisar as ações de alimentação e nutrição realizadas nas UBS com NASF do município de Vitória/ ES e a importância de atuação do nutricionista nestas equipes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador: Ana Cristina de Oliveira Soares e equipe de pesquisa e aplicado aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde onde serão implantados os NASF e gestores da Gerência de Atenção à Saúde (SEMUS).

Na sua participação você será submetido a um questionário com perguntas abertas e fechadas de múltipla escolha e/ou entrevista. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, e as opiniões expostas no questionário podem auxiliar a gestão municipal, quanto à organização e o fluxo de trabalho da equipe NASF nas UBS.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Ana Cristina de Oliveira Soares pelo telefone: (27) 99899 5290 ou no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ISJB - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, no endereço: Av. Vitória, 950 - Forte São João, Vitória – ES ou no telefone: (27) 33328500.

Vitória (ES), \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Assinatura do Responsável pelo Estudo

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Assinatura do Participante Voluntário