

# FORMAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES E PROMOÇÃO DA SAÚDE E NUTRIÇÃO: O PAPEL DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

Establishing feeding habits and promoting nutrition and health: the role of the nutritionist in Family Health Support Teams – FHST

Laís Amaral Mais<sup>1</sup>, Semíramis Martins Álvares Domene<sup>2</sup>,  
Marina Borelli Barbosa<sup>3</sup>, José Augusto de Aguiar Carrazedo Taddei<sup>4</sup>

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi revisar artigos e documentos sobre o papel do nutricionista em saúde coletiva na formação de hábitos alimentares, nos primeiros anos de vida. A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF ofereceu a oportunidade de inserção do nutricionista na Atenção Básica, *locus* de interesse para a abordagem preventiva aos riscos da transição nutricional, sobretudo no que se refere à assistência aos primeiros anos de vida. Apesar dos avanços potenciais decorrentes da política, permanecem os desvios que englobam as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar. Em conclusão, a incorporação do nutricionista aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF é parte das estratégias que fortalecem a atenção nutricional à população, desde os primeiros anos de vida e a qualificação da educação continuada em saúde e nutrição para os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alimentação Complementar; Nutrição do Lactente; Nutricionista; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The objective of the study was to review articles and documents about the nutritionist's role in public health, in forming feeding habits during the first years of life. The creation of Family Health Support Teams (FHST) offered the opportunity for the inclusion of the nutritionist in Primary Health Care, *locus* of interest to the preventive approach to nutritional transition risks, mainly as regards care during the first years of life. Despite the potential advances from the policy, the potential missteps involved in breastfeeding and complementary feeding practices remain. In conclusion, the incorporation of the nutritionist in Family Health Support Teams (FHST) is part of the strategies that enhance nutritional care for the population, beginning with the first years of life, and reinforce the continuing education qualification in health and nutrition for the other professionals on the Family Health Team.

**KEYWORDS:** Complementary Feeding; Infant Nutrition; Nutritionist; Primary Health Care.

<sup>1</sup> Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Departamento de Pediatria, Disciplina de Nutrologia. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: lais.amaral88@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Professora Adjunta, Departamento Saúde, Clínica e Instituições, Instituto Saúde e Sociedade. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>3</sup> Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Departamento de Pediatria, Disciplina de Nutrologia. São Paulo.

<sup>4</sup> Livre-Docente da Disciplina de Nutrologia do Departamento de Pediatria, Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Financiamento: CAPES e FAPESP.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida, em 1978 na Declaração de Alma-Ata promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma estratégia para promoção de saúde e prevenção de doenças, além de primordial para o cumprimento da meta mundial de alcance de melhores níveis de saúde. Os cuidados de saúde materno-infantil, o acesso à água e a promoção de hábitos alimentares saudáveis são alguns exemplos dos cuidados primários previstos nesta Declaração. A APS é a base para o novo modelo assistencial dos sistemas de saúde e gera benefícios nos países que o adotam, levando a melhores resultados, com menores custos e maior satisfação dos usuários, associados à diminuição da inequidade. No Brasil, adotou-se a terminologia Atenção Básica (AB) para definir APS, durante a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>1-4</sup>

A implantação do SUS se deu, a partir das definições legais previstas pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica de Saúde, e representou a mudança do modelo assistencial tradicional, marcadamente biologicista, reducionista, individualista e centrado na doença para um novo modelo integral, humanizado e fundamentado em princípios e diretrizes: a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a descentralização político-administrativa em direção aos estados e municípios; a integralidade da assistência; e participação da comunidade na definição da política de saúde e no acompanhamento da sua execução, por Conferências e Conselhos de Saúde.<sup>1,5</sup>

A fim de colocar em prática tais princípios e diretrizes e após ter sido estabelecido por lei o acesso de todo cidadão brasileiro à prevenção, promoção e recuperação da saúde, foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1990, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que, em 1999, transformou-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este programa representa a busca pela reorganização do modelo assistencial de saúde, a partir da AB, visto que o praticado até então no país estava historicamente centrado na assistência médica curativa e em ações verticalizadas, levando ao descompromisso da maioria dos profissionais, a altos custos e à baixa resolutividade.<sup>1,6,7</sup>

Com a criação da ESF, a AB se redefiniu como um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, que englobam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Além de considerar os princípios e diretrizes do SUS, a AB se orienta pela coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da responsabiliza-

ção, da humanização e da equidade.<sup>2</sup>

Dados de novembro de 2012 apontam que a ESF tem uma cobertura de cerca de 95% do total de municípios do país (5297 municípios), o que corresponde a 105,5 milhões de pessoas ou cerca de 55% da população brasileira.<sup>8</sup>

Nesta nova estratégia de atenção à saúde, a família é o centro da atenção, a ser atendida de forma integral, contínua e resolutiva - o que remete à compreensão de longitudinalidade - com enfoque especial nas ações preventivas. Isso exige revisão de processos tradicionais de trabalho e de atitude, por parte dos profissionais envolvidos, que passam a ver os usuários do serviço de saúde como um ser biológico, social e cultural. O estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, bem como a corresponsabilização, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos são valores norteadores desta política humanizada, que tem mais sucesso no âmbito profilático ao valorizar devidamente os deveres educativos, psicossociais e comportamentais.<sup>7,9,10</sup>

A implantação da ESF demanda o envolvimento de profissionais qualificados, capazes de evitar os riscos da fragmentação e da superespecialização de protocolos, em prol da articulação de conhecimentos específicos de sua área de atuação e saberes coletivos. Para tanto, a ESF atua, a partir da organização de Equipes de Saúde da Família (SF), que contam com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde, além de outros profissionais eventualmente necessários, estabelecendo caráter transdisciplinar.<sup>6,11</sup>

Cada Equipe é responsável por um número de usuários de determinado território geográfico, e pelo diagnóstico e intervenção sobre as suas necessidades, sobre o processo saúde/doença e sobre os fatores de risco encontrados na população.<sup>12,13</sup> A atenção integral ao paciente deve ser o foco do atendimento nas Equipes, que devem cuidar de todos os aspectos da sua saúde, por meio da elaboração de projetos profiláticos e terapêuticos. O fato de a Equipe ser transdisciplinar possibilita vínculos e olhares diferentes a cada caso, o que deve resultar em diversos caminhos para a definição desses projetos, com a valorização profissional atrelada a resultados.<sup>6,10</sup>

Apesar do avanço proporcionado pelo surgimento da ESF, ainda são vistas limitações na formação dos profissionais integrantes da Equipe e dissonâncias entre a política de saúde proposta e as atividades realizadas na prática.<sup>14,3</sup>

Além disso, na área específica de distúrbios nutricionais, as transições demográfica, epidemiológica e nutricional, caracterizadas pela coexistência da fome e desnutrição e do sobrepeso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como pelo consumo inadequado

de alimentos, com alta ingestão de produtos ricos em sal, açúcar, gordura e aditivos e baixa ingestão de produtos integrais, frutas, verduras e legumes justificam a inserção na ESF de outras categorias profissionais, inclusive o nutricionista, para garantir a integralidade do cuidado ao usuário.<sup>1,3,14,15</sup>

## DESENVOLVIMENTO

### O matriciamento e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Como suporte técnico-pedagógico e retaguarda assistencial às Equipes de SF foi adotado como política nacional o apoio matricial, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações em saúde, por meio da integração de distintas especialidades, permitindo atenção integral e humanizada ao paciente.<sup>16-20</sup>

Como as Equipes de SF são responsáveis pelos seus pacientes, por meio da longitudinalidade das ações, espera-se a ruptura da concepção tradicional de 'encaminhamento' que dá lugar, neste novo modelo, a ações de apoio por parte das demais especialidades previstas no matriciamento. Assim, o apoio matricial passa a se constituir tanto a partir da participação dos usuários do Sistema quanto do próprio serviço (Equipes de SF) de sua área de abrangência; as Equipes de apoio matricial assumem, sempre que necessário, papel ativo e qualificador do desenvolvimento de protocolos e projetos profiláticos e terapêuticos, a fim de reduzir a demanda de atendimento resultante da resolutividade vinculada à corresponsabilização.<sup>6,18,21,22</sup>

Como benefícios do matriciamento para a AB destacam-se o favorecimento da corresponsabilização entre as equipes e da construção de vínculos, a promoção de saúde por meio da diversidade de ofertas profiláticas e terapêuticas, e a garantia de acesso e participação do usuário. Para tanto, não deve utilizar percursos de encaminhamentos ineficazes, como a referência e a contra referência.<sup>6,12,21</sup>

Decorrente do processo de consolidação do apoio matricial, a partir da Portaria GM nº 154/2008 do Ministério da Saúde (MS), foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), "com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da AB, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da AB". Além disso, os NASF devem visar o apoio, a ampliação e o aperfeiçoamento da atenção e da gestão da saúde na AB. Como características do próprio matriciamento, há as equipes multiprofissionais que devem atuar de forma integrada com as Equipes de SF, a partir das demandas identificadas conjuntamente.<sup>22,23</sup>

São algumas ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF: a identificação das atividades, ações e práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas, bem como do público prioritário a cada uma dessas ações; a promoção da gestão integrada e da participação dos usuários nas decisões, por meio de Conselhos Locais/Municipais de Saúde; a elaboração e divulgação de material educativo e informativo; e a elaboração de projetos profiláticos e terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva do acompanhamento dos usuários, realizando ações transdisciplinares.<sup>23</sup>

A criação dos NASF procura responder às dificuldades de atendimento de demandas locais das Equipes de SF, de composição restrita e, em muitos casos, com profissionais não completamente capacitados para a abordagem de situações típicas da realidade epidemiológica contemporânea.<sup>1</sup>

Assim, a composição dos NASF é definida pelos gestores municipais de acordo com as necessidades locais. Dentre os profissionais que podem compor a equipe, estão: acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, pediatra, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e nutricionista.<sup>23,24</sup>

### O nutricionista na Atenção Básica

A assistência nutricional na AB tem potencial de aprimorar a atenção à saúde, assim como gerar impacto positivo no perfil epidemiológico da população, a partir do diagnóstico nutricional e da observação de valores socioculturais promotores de práticas alimentares saudáveis.<sup>3,14,15</sup>

Assim, a importância da atuação do nutricionista no NASF amplia-se pela atual situação epidemiológica brasileira, onde a coexistência de DCNT e carências nutricionais revelam um paradoxo resultante de hábitos alimentares e modos de vida não saudáveis. A criação dos NASF pretende favorecer a integração do nutricionista à equipe multiprofissional que, anteriormente a sua incorporação, era carente de ações primárias voltadas à alimentação e nutrição, o que limitava o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolutividade na AB à saúde.<sup>1,22,25</sup>

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS) de junho de 2011, existem 1823 NASF implantados no Brasil, com a inserção de 1038 nutricionistas, o que os caracteriza como o terceiro profissional não médico em número, estando atrás dos fisioterapeutas (1910 profissionais) e dos psicólogos (1169 profissionais).<sup>26</sup>

A atuação do nutricionista nos NASF tem como balizador a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) proposta pelo MS, que visa à qualificação da atenção à saúde, no que diz respeito à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e à melhor resolubilidade da atenção dietética. A PNAN orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade da atenção, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e participação social. Para alcançar esses objetivos, deve contribuir para a formação em serviço de profissionais e atuar sobre os determinantes dos agravos e distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população local, em prol da promoção da alimentação saudável, do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da SAN.<sup>3,22,23,25,27,28</sup>

Ação primordial para a identificação desses determinantes é a realização do reconhecimento do território e consequente diagnóstico situacional, que se resume no mapeamento das condições e dos riscos à saúde encontrados neste território e na caracterização do perfil epidemiológico da comunidade e dos espaços domiciliares. Essas informações vão embasar as ações a serem desenvolvidas no âmbito da AB e o planejamento de políticas e programas de saúde pública.<sup>29-31</sup>

A fim de se monitorar as condições de saúde alimentar e nutricional da população e assim propor intervenções voltadas para a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis e controle e prevenção de distúrbios e doenças relacionados à má nutrição, é importante que indicadores que traduzam e resumam as condições de saúde e nutrição da população sejam criados.<sup>32</sup>

Segundo a Portaria nº154, dentre as ações de responsabilidade do nutricionista do NASF destacam-se: a coordenação das ações de diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional; o estímulo da produção e do consumo de alimentos saudáveis produzidos regionalmente; a capacitação das Equipes de SF; a participação em ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais, como carências de micronutrientes, sobrepeso, obesidade, DCNT e desnutrição; a elaboração de rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à alimentação e nutrição; e a promoção da alimentação saudável para todas as fases do ciclo da vida.<sup>3,23</sup>

Tal promoção, no âmbito da AB, deve ocorrer, a partir da ampliação das ações de alimentação saudável na infância, com foco nos primeiros anos de vida, associado à promoção do aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses, e continuado até os dois anos ou mais, com a correta introdução da alimentação complementar (AC).<sup>2</sup>

Dentre as ações específicas para crianças de 0 a 24 meses, segundo a Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde, a avaliação, acompanhamento e orientação do consumo alimentar, a partir do sexto mês e das práticas adotadas na alimentação da criança, segundo a realidade local, a detecção precoce de fatores associados ao desmame precoce, bem como a identificação dos fatores que possam interferir na alimentação da criança são pontos que merecem destaque.<sup>25</sup>

### **A alimentação complementar como foco da atenção nutricional na Atenção Básica**

O nutricionista do NASF tem como um dos temas prioritários as práticas de AC que, por ocorrerem nos primeiros meses de vida da criança, período relevante para a formação de hábitos alimentares, traz consequências diretas sobre as taxas de morbimortalidade, crescimento e desenvolvimento infantis, no estado nutricional do adulto e no desenvolvimento precoce de DCNT.<sup>33-35</sup>

A atenção nutricional na perspectiva do matriciamento ganha relevo se fundada em conceitos básicos que estruturam práticas adequadas à AC. Dessa forma, a atuação do nutricionista proporciona aos envolvidos no processo de promoção de saúde e nutrição, a adoção de diretrizes comuns para orientação relativas aos aspectos de risco para o sucesso da AC. São exemplos a idade oportuna e formas adequadas de introdução, dificuldades para aceitação de novos alimentos, riscos do consumo precoce e contínuo de alimentos de alta densidade energética, com excesso de sal, açúcar e gordura, e pobres em micronutrientes e fibras alimentares, além do próprio conceito de alimentos complementares.<sup>36</sup>

Entende-se por alimentos complementares quaisquer alimentos oferecidos à criança amamentada, exceto o próprio leite materno. A oferta desses alimentos deve prover cotas adequadas de macro, micronutrientes, compostos bioativos e energia; sem contaminação de qualquer natureza, em refeições de fácil consumo e boa aceitação, com custo acessível e compondo um cardápio habitualmente consumido pela família.<sup>34,37,38</sup>

A introdução da AC deve ocorrer por volta dos seis meses de idade, período em que o leite materno deixa de ser suficiente para atender às necessidades nutricionais da criança.<sup>37-40</sup> A introdução precoce ou tardia de alimentos complementares causa prejuízos ao desenvolvimento da criança. Quando os alimentos são introduzidos precocemente, causam a diminuição da duração do aleitamento materno, interferem na absorção de nutrientes importantes e aumentam o risco de contaminação e de reações alérgicas. Entretanto, quando a introdução ocorre tar-

diamente, não se atendem às necessidades nutricionais e energéticas da criança, o que leva à desaceleração do crescimento e consequente aumento do risco de desnutrição e deficiência de micronutrientes.<sup>37,38</sup>

As ações educativas de corresponsabilização para o sucesso da AC propõem aumentar gradualmente a consistência dos alimentos, à medida que aumenta a idade da criança; oferecer os alimentos separadamente para que ela possa diferenciar sabores, cores e texturas; não adicionar sal em excesso às preparações e evitar o uso de açúcar antes de um ano de idade. Tais recomendações são importantes para que haja uma adequada ingestão de energia e de nutrientes, resultado do equilíbrio entre o aleitamento materno (AM) e a AC realizados de maneira apropriada. Demonstrando a complexidade da prática adequada da introdução da AC, a ‘Consulta Global para Alimentação Complementar’ (‘Global Consultation on Complementary Feeding’) apontou como princípios orientadores para crianças amamentadas a alimentação responsiva, a preparação e o armazenamento seguros dos alimentos complementares, o adequado aporte energético e de nutrientes provenientes da AC, a consistência, frequência e densidade energética adequadas dos alimentos.<sup>34,39</sup>

Como evidências das dificuldades para alcançar boas práticas de AC no país, observa-se que, apesar das recomendações tão bem estabelecidas e dos esforços do governo brasileiro, por meio da divulgação de documentos como os “10 passos para uma alimentação saudável para crianças menores de dois anos”, e da criação de programas como “ENPACS – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável” e “Amamenta e Alimenta Brasil” - ainda se percebe inadequações na introdução dos alimentos complementares na maioria dos casos, com sérias consequências no estado nutricional das crianças.<sup>41-44</sup>

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006, 17,1% das crianças entre 0 e 23 meses apresentam déficit de altura para idade (A/I), o que revela altas taxas de desnutrição entre as crianças em idade para AC. Por outro lado, 13% dessas crianças apresentam excesso de peso para altura (P/A), mostrando o paradoxo brasileiro de desvios nutricionais entre o excesso e a falta do consumo adequado de alimentos.<sup>45</sup>

Como exemplos das inadequações na introdução da AC há a consistência inapropriada das preparações, que está intimamente ligada à baixa densidade energética e consequente baixa biodisponibilidade de micronutrientes, uma vez que a capacidade gástrica da criança é pequena e suas necessidades energéticas não são alcançadas com a ingestão de alimentos diluídos. Assim, a consistência da AC deve ser aumentada gradualmente, de acordo com a

idade da criança. Outra inadequação frequente é a contaminação no armazenamento e preparo dos alimentos, muitas vezes, guardados próximos a produtos de limpeza ou susceptíveis ao contato com poeira ou animais como ratos, moscas e baratas, associados à higienização deficiente dos utensílios utilizados no preparo e falta ou inadequada higiene pessoal de quem prepara e oferece esta alimentação.<sup>38,46,47</sup>

A oferta insuficiente de frutas, legumes e verduras é outro ponto que merece destaque nas inadequações mais comuns na AC, juntamente com a introdução precoce do leite de vaca integral que, muitas vezes, é acrescido de carboidratos simples.<sup>48</sup> A imaturidade intestinal associada à introdução precoce de leite de vaca integral pode levar a microhemorragias e à deficiência de ferro na criança. O acréscimo de açúcares e de espessantes leva ao consumo de calorias vazias, já que cresce energia, mas não nutrientes essenciais, além do risco aumentado de cárie dentária e obesidade infantil.<sup>41,49</sup>

Tais consequências também estão ligadas à oferta de alimentos industrializados ricos em lipídeos, sal e açúcares, por exemplo, biscoitos recheados, refrigerantes, macarrão instantâneo e sucos artificiais. Práticas como essas contribuem para o comprometimento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como para o aparecimento precoce de DCNT, desencadeamento de processos alérgicos e distúrbios nutricionais.<sup>36,50</sup>

É sabido que os padrões alimentares saudáveis são adquiridos nos primeiros anos de vida e são mantidos por muitos anos; infelizmente, o mesmo acontece também com padrões alimentares inadequados. Como as práticas alimentares são fortemente influenciadas pelo ambiente em que a criança está inserida, é necessário que os familiares se atentem ao ambiente doméstico, ao estilo de vida que têm e às relações interfamiliares para que não afetem negativamente as preferências alimentares e o equilíbrio nutricional da criança. Além da família, a mídia também é uma grande formadora de opiniões e hábitos, por meio da veiculação de propagandas de fabricantes de alimentos. Entre as ações a serem desenvolvidas devem existir orientações para defender as crianças da publicidade enganosa de alimentos.<sup>37,38,50-52</sup>

## CONCLUSÃO

Os hábitos alimentares começam a ser estabelecidos, a partir das práticas alimentares na infância, e as transições epidemiológica e nutricional mostram o grande crescimento de problemas nutricionais, especialmente no grupo materno-infantil. Este cenário contribui para o aparecimento precoce e frequente de DCNT com consequente

comprometimento da qualidade de vida e do financiamento do sistema de saúde. Considerando que o nutricionista não faz parte das Equipes de SF das UBS, a criação dos NASF é uma estratégia para a qualificação da assistência dietética, já que a abordagem matricial deve potencializar a atuação deste profissional na AB.<sup>46,54,55</sup>

Apesar de sua inserção na AB, o nutricionista ainda não faz parte da Equipe de SF e, portanto, não está presente em tempo integral nas UBS. Com base nessa realidade, a realização de atividades de educação continuada com os demais profissionais da Equipe de SF são essenciais para o bom andamento das rotinas das UBS, bem como para a triagem das situações mais urgentes para o nutricionista.<sup>3,23</sup>

Visando à prevenção dos agravos de saúde e nutrição, iniciativas que visem à educação nutricional de diferentes estratos da população e que promovam a participação dos pais e responsáveis pelas crianças sobre a adequada idade e correta forma de introduzir a AC, bem como sobre as consequências da sua introdução inoportuna, são alternativas interessantes para a redução das inadequações na AC e do desenvolvimento futuro de DCNT.<sup>50,53</sup>

Este trabalho integrou estudo que recebeu apoio FAPESP (Processo nº 2009/08083-9) e CAPES.

## REFERÊNCIAS

- Costa KAO, Santana PR. A importância e o papel do nutricionista na Atenção Básica em Vitória de Santo Antão – PE. *Tempus Actas em Saúde Coletiva*. 2011; 5(4):67-85.
- Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*. 2011; 24(6):809-24.
- Mender de Geus LM et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl1):S797-804.
- Barros CML, Farias Junior G. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2012; 1(1):140-54.
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007; 21(2):164-76.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS. Equipe de referência e apoio matricial. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005; 13(6):1027-34.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. [Citado 2013 fevereiro 06]. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Texto de apoio da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a.
- Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010; 63(4):567-73.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed.. 1ª reimpressão. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.
- Gomes VG. Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP [Aprimoramento]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
- Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40(4):727-33.
- Mattos PF, Neves AS. A importância da atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde. *Revista Práxis*. 2009; ano I(2).
- Santos AC. A inserção do nutricionista na Estratégia da Saúde da Família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 2005; 7(3):257-65.
- Figueiredo MD. Saúde mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na

rede SUS-Campinas (SP) [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

17. Nascimento CC. Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da Reforma Psiquiátrica [tese]. Campinas (SP): Universidade de São Paulo; 2007.

18. Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(Supl1):S26-36.

19. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(1):63-74.

20. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):129-38.

21. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(2):399-407.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Manual de orientação das ações de alimentação e nutrição nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília; 2008b.

24. Camossa ACA, Telarolli Junior R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na Estratégia Saúde da Família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Revista de Nutrição*. 2012; 25(1):89-106.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b. [Citado 2013 fevereiro 06]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br>

>gov.br/noticias/arquivos/2012/08/29/novas-equipede-saude-da-familia-ja-estao-aptas-para-atender-a-populacao/>.

27. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência e Saúde*. 2008; 1(1):33-42.

28. Brasil. Sistemas Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas. O papel do nutricionista na Atenção Primária à Saúde; 2008c.

29. Pimentel VRM, Cardoso GT. Estratégia saúde da família: uma análise das ações de alimentação e nutrição sob a ótica da política nacional de atenção básica e da política nacional da promoção da saúde. *Tempus Actas em Saúde Coletiva*. 2009; 3(2):55-63.

30. Medeiros MAT. Desafios do campo da alimentação e nutrição na Atenção Básica. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM. *Nutrição e metabolismo – Mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 2011. p.173-80.

31. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(12): 3289-300.

32. Recine E, Vasconcelos AB. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):73-9.

33. Krebs NF, Hambidge KM. Complementary feeding: clinically relevant factors affecting timing and composition. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2007; 85(Suppl2):S639-45.

34. Sosa RL et al. Durante la alimentación complementaria, ¿las madres ofrecen a sus hijos los alimentos según las recomendaciones? *Diaeta*. 2009; 27(127):16-23.

35. Michaelsen KF, Larnkjaer A, Lauritzen L, Mølgaard C. Science base of complementary feeding practice in infancy. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. 2010; 13(3):277-83.

36. Caetano MC, Ortiz TT, Silva SGL, Souza FIS, Sarni ROS. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *Jornal of Pediatrics*. 2010; 86(3):196-201.

37. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *Journal of Pediatrics*. 2007; 83(1):53-8.
38. Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Revista de Nutrição*. 2010; 23(3):475-86.
39. Daelmans B, Martines J, Saadeh R. Conclusions of the Global Consultation on Complementary Feeding. *Food and Nutrition Bulletin*. 2003; 24(1):126-9.
40. IntraHealth International. Improving complementary feeding practices: a review of evidence from South Asia. *Evidence Series Review 2*; 2008.
41. ESPGHAN Committee on Nutrition. Medical position paper – Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2008; 46(1):99-110.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos – Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2ª ed.. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2010c.
43. Brasil. Ministério da Saúde. ENPACS – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável: Caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde; 2010d.
44. Golín CK, Toloni MHA, Longo-Silva G, Taddei JAAC. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*. 2011; 29(1):35-40.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.
46. Hernández AG, Dagash RU, Serra JD. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactentes y los niños de corta edad. *Anales de Pediatría*. 2006; 65(5):481-95.
47. Vieira RW. Do aleitamento materno à alimentação complementar: atuação do profissional nutricionista. *Saúde & Ambiente em Revista*. 2009; 4(2):1-8.
48. Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SMC, Prado MS, Barreto ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Revista de Nutrição*. 2005; 18(4):459-69.
49. Junqueira JM, Navarro AM, Cintra RMGC, Dias LCGD. Padrão alimentar de crianças brasileiras menores de 2 anos: uma visão crítica. *Revista Simbio-logias*. 2008; 1(1):184-99.
50. Toloni MHA, Longo-Silva G, Goulart RMM, Taddei JAAC. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Revista de Nutrição*. 2011; 24(1):61-70.
51. Grummer-Strawn LM, Scanlon KS, Fein SB. Infant feeding and feeding transition during the first year of life. *Pediatrics*. 2008; 122(Suppl2):S36-42.
52. Barbosa MB, Palma D, Domene SMA, Taddei JAAC, Lopez FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. *Revista Paulista de Pediatria*. 2009; 27(3):272-81.
53. Santos CS, Lima LS, Javorski M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviços de Puericultura do Recife, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2007; 7(4):373-80.
54. Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2003; 6(1):29-38.
55. Pinheiro ARO, Machado NMV, Viteritte PL, Silva DAC. Nutrição em saúde pública: os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF). *Tempus Actas em Saúde Coletiva*. 2008; 2(1):1-19.

---

Submissão: dezembro/2013

Aprovação: setembro/2014

---