

## 43 - RELEVÂNCIA DA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

BRUNO JOSE ROSA GONÇALVES DE MATOS  
CARLOS ROBERTO PEREIRA DOS SANTOS  
CAROLINE DE CASSIA FONSECA RATUNDE  
FREDERICO CAPINGOTE DA CUNHA  
VERISSIMO DE SOUZA RODRIGUES  
E-mail: profbrunomatos@gmail.com

doi:10.16887/92.a1.43

**RESUMO:** **Contexto:** Ao longo dos anos, o conceito de saúde foi modificado e ampliado, conveniente às mudanças políticas, tecnológicas, geográficas e sociais. Neste contexto, o bem estar (físico, social e mental) não é visto apenas como a ausência de doenças, mais analisa o indivíduo como um todo e acompanha a sua história de vida. Diante desses processos, baseia-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante o acesso universal aos serviços básicos de saúde.. **Objetivo:** presente artigo teve o objetivo geral de apresentar a atuação do profissional da nutrição nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os objetivos específicos deste arcabouço acadêmico são apresentar conceitos alusivos ao SUS, considerando-se a nutrição; demonstrar os programas nutricionais implementados nas Unidades Básicas de Saúde e aprofundar o conhecimento acerca da relevância da nutrição na Atenção Primária. **Método:** Revisão de literatura, exploratória, descritiva. **Resultados:** , a atuação do nutricionista, junto à atenção básica, consolida-se como essencial, empregando-se o exemplo do acometimento exacerbado da população por diabetes, atuando o nutricionista como fator elementar no combate a esta enfermidade, o que se inicia na Atenção Primária, por vias das UBSs. **Conclusão:** Concluiu-se que é necessário qualificar e organizar, nas Unidades Básicas de Saúde, todo o sistema, com vistas a conservar os princípios de resolubilidade, universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, com vistas a atender os problemas nutricionais e alimentares que acometem a população do Brasil.

**Palavras-chave:** Nutrição; UBS; SUS; Nutricionista.

### INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o conceito de saúde foi modificado e ampliado, conveniente às mudanças políticas, tecnológicas, geográficas e sociais. Neste contexto, o bem estar (físico, social e mental) não é visto apenas como a ausência de doenças, mais analisa o indivíduo como um todo e acompanha a sua história de vida. Diante desses processos, baseia-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante o acesso universal aos serviços básicos de saúde.

Atuando juntos aos usuários e com a presença de uma equipe completa de profissionais capacitados, permite, assim, uma convivência acolhedora e com mais à proximidade e compreensão para com os usuários. Desta forma, os cidadãos tem o direito de aderir ao

tratamento nas unidades básicas de saúde e participam de intervenções que possam suceder. A promoção à saúde acontece por meio as equipes de profissionais que atuam para que a população seja o maior beneficiário.

A estratégia saúde da família junto aos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e ao nutricionista integram as equipes multidisciplinares que auxiliam na promoção, prevenção e manutenção à saúde dos indivíduos da localidade, assim como realiza intervenções nas possíveis situações as quais sejam classificadas de riscos. Juntamente com médicos da família, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, o nutricionista é um profissional que também compõe as equipes multidisciplinares desses locais.

Diante da situação epidemiológica atual, é necessário executar ações voltadas para alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Primária, neste caso, demonstrando a importância da atuação da nutrição nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), garantindo e qualificando a integralidade da atenção à saúde oferecida à comunidade. Ao longo dos anos, houve o aumento de que patologias como diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão e infecção com maior incidência envelhecimento da população, aumento de questões como, diabetes, obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares e infecções, com maior prevalência nas famílias de menor poder aquisitivo.

De forma imprescindível, o nutricionista é fundamental em todas as etapas da vida. Porém, sua presença constante nas unidades básicas de saúde ainda é carente. Tendo em vista a sua competência em todos os âmbitos que vai da gestação ao nascimento/aleitamento, passando na infância, dando continuidade na adolescência, chegando na fase adulta e concluindo a terceira idade.

Neste sentido, o presente artigo teve o objetivo geral de apresentar a atuação do profissional da nutrição nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os objetivos específicos deste arcabouço acadêmico são apresentar conceitos alusivos ao SUS, considerando-se a nutrição; demonstrar os programas nutricionais implementados nas Unidades Básicas de Saúde e aprofundar o conhecimento acerca da relevância da nutrição na Atenção Primária.

## **2 ASPECTOS GERAIS DO SUS**

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em 1988, através da instituição da Constituição da República Federativa do Brasil, no mesmo ano. Passado determinado decurso temporal, o SUS obteve várias conquistas e enfrentou diversos desafios, visando, continuamente, disponibilizar a saúde para todos.

Previamente à Constituinte, o Movimento Sanitário deu início à história do SUS, considerando a universalidade, ideia que ampliou-se aos acadêmicos, políticos, gestores, estudiosos e cidadãos, visando assegurar o acesso aos serviços de saúde públicos, de forma ampla e universalizada. A Reforma Sanitária harmonizou-se com a Constituição de 1988, em associação com a motivação de promover a conquista dos direitos sociais e a liberdade, de maneira que tais acontecimentos assumiram aspectos históricos e contribuíram para a legitimização democrática brasileira.

Considerando-se a Constituição de 1988 e o SUS, tem-se que o cenário da democracia na época fomentava a liberdade integralmente, promovendo-se movimentos que visavam a liberdade cultural e acadêmica, propiciando a criatividade científica. Desta maneira, a participação social na formulação da Constituição de 1988 foi notável, contemplando fatores de natureza social em todo o seu teor, o que não foi diferente com o conteúdo alusivo ao SUS, que, previamente à Constituinte, foram registradas em uma realidade de lutas políticas, participação e mobilização de diversos setores acadêmicos e sociais.

Ansiosos por mudanças, dois grupos deram início à sistematização e ao planejamento do sistema que ocasionaria alterações fundamentais em toda a sociedade brasileira, não restringindo-se ao âmbito político, que consistiam nos Constituintes, sob a égide de Ulysses Guimarães e do Movimento da Reforma Sanitária, capitaneados por Sérgio Arouca. A realidade da época foi marcada pela ampla interação entre os sanitaristas e os parlamentares que compuseram a Constituinte.

Desta forma, tem-se que o SUS foi criado pela Constituição Federal 1988, constituído no reconhecimento de diversos direitos, entre eles o direito à saúde para todos como dever do Estado, que é efetivado através de políticas públicas e sociais, excluindo o modelo anterior, que não pautava-se pela universalidade do acesso à saúde e não estabelecia a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, que dava cobertura apenas àqueles que fossem segurados da Previdência Social. A partir daí, o SUS foi implantado no país como um processo social em permanente construção, que busca a cada dia aprimorar seus serviços.

A 8<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde<sup>1</sup>, configurou as bases políticas do sistema público de saúde. O tema central foi a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, a reformulação do sistema nacional e o financiamento setorial.

---

<sup>1</sup> A Conferência foi realizada em Brasília em 1986, com a participação dos diversos movimentos sociais, movimentos populares de saúde, trabalhadores, usuários, estudantes e intelectuais de saúde, parlamentares, sindicatos, entre outros. Neste evento foram discutidos – com conflitos e contradições inerentes a todo o processo de construção de uma nova proposta – os princípios e diretrizes de Reforma Sanitária, destacando-se: o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado, a criação do SUS, a descentralização e hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e participação popular (PAIM, 2018; TEIXEIRA, 2008).

Com bases nos princípios e diretrizes estabelecidos em 1986 é que a Constituição de 1988 foi estruturada. As novas definições de saúde, presentes na Constituição de 1988, levam a perceber que os níveis de qualidade da saúde da população, a expressão e a organização de natureza econômica e social consistem em parâmetros definidores do nível de desenvolvimento do país e do bem-estar populacional. Em resposta a essa percepção social, os ordenamentos jurídicos, e em especial o brasileiro, reconhecem a importância de tutelar os diversos aspectos relacionados à saúde. Portanto, a saúde é consolidada tal qual direito da integralidade dos cidadãos, com respaldo estatal, segundo Aguiar (2015).

A Reforma Sanitária referenciou-se nas ideias a respeito da necessidade de promover transformações no âmbito da saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, o que levou os profissionais da saúde, diante de uma preocupação com a saúde pública, passaram a desenvolver teses e passaram a integrar discussões de cunho político. A principal proposta foi a universalidade do direito à saúde, o que materializou-se com a criação do SUS (BRASIL, 2015).

Ainda segundo Aguiar (2015), a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, não somente ao sistema único, mas à reforma sanitária. A proposta de emenda popular, visando estabelecer a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, apresentada por Sérgio Arouca, indicada pelo plenário de saúde para defender, no plenário da constituinte, foi assinada por mais de cinquenta mil eleitores representando 167 entidades.

Este projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais, como será explicitado posteriormente. Identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros Segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do Assistente Social que tenha como norte o projeto ético, político e profissional, necessariamente, deve está articulado ao projeto da reforma sanitária. Podemos observar claramente a gênese dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) desde então, alguns autores como Aguiar (2015) defendem que o SUS foi desenhado pela reforma sanitária.

Dando prosseguimento às disposições constitucional, o SUS foi regulamentado pela lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde em todo país, e lei nº 8.142/1990, a Lei Orgânica de Saúde, que dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS. Nesse sentido, segundo o Ministério da Saúde, o SUS trata-se de um serviço de saúde

pública de notável extensão, sendo notável se comparado com os sistemas de saúde de outros países, obtendo destaque, abrangendo desde procedimentos laboratoriais simples até transplante de órgãos, por exemplo (BRASIL, 2007).

A Lei nº 8.080/90 promove a regulamentação da Constituição de 1988, sendo a primeira Lei Orgânica do SUS, dispondo a respeito da promoção, proteção, recuperação da saúde e funcionamento e organização de serviços correspondentes. Inicialmente, no primeiro artigo, a referida Lei faz menção ao artigo 196 da Constituição de 1988: "Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado" (BRASIL, 1990, p.11).

Observa-se, desta forma, o alcance nacional da lei, responsável por regulamentar a totalidade dos serviços de saúde, sendo de pessoa física, jurídica e dos âmbitos privado ou público (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O segundo artigo da concernida Lei Orgânica estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado de assegurar a saúde igualitaria e universalmente, através de políticas sociais e econômicas. Quanto mais elevado o nível da saúde, que é aferido através de indicadores epidemiológicos, tem-se que há uma organização econômica e social do país, de forma que, considerando-se tal aspecto, o terceiro artigo apresenta a ampliada definição de saúde, com vistas a propiciar a compreensão de que a saúde não trata-se da inexistência de doenças, mas da presença de condicionantes e determinantes, tais quais moradia, alimentação, saneamento básico, trabalho, meio ambiente protegido, educação, transporte, atividades físicas, acesso aos bens e serviços essenciais e ao lazer (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003)..

Observa-se que é adequado lidar com as ações de saúde de maneira integrada, possibilitando que a população obtenha qualidade de vida e bem-estar social, mental e físico. No artigo 4º, o SUS é definido tal qual a reunião de serviços e ações de saúde realizados por instituições alocadas nos três âmbitos governamentais e da administração direta, indireta e fundacional. Complementarmente, é possível a participação da iniciativa privada no SUS (DI PIETRO, 2019).

Em conformidade com a Lei nº 8.080/90, o SUS tem como objetivos a identificação e divulgação de aspectos condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde nos âmbitos social e econômico, com vistas a atenuar possibilidades de doenças e agravos diversos e oferecimento de assistência à população por vias de ações de recuperação, proteção e promoção à saúde, através da prática de procedimentos assistenciais e preventivos, no sentido de assegurar aos cidadãos a integral assistência à saúde. A Lei nº 8.080/90 estabelece

que o SUS fundamenta-se na universalidade do acesso, na assistência igualitária e integral, representando um marco na inclusão social (DI PIETRO, 2019). Sua atuação perpassa as esferas municipal, estadual, federal e serviços privados de saúde, seus princípios e diretrizes cobrem todo o território nacional, sendo composto por ações e serviços de saúde pública.

Aguiar (2015) complementa que, até meados de 1988, a política de saúde no Brasil era dividida em três grandes grupos, quais sejam: os serviços de saúde privados, os previdenciários, que são compostos pelos direitos à saúde assegurada pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada), e um grupo formado por pessoas marginalizadas, ou seja, aquelas que não detinham direito algum no que se refere à saúde. Neste contexto o SUS foi criado, com o intuito de cuidar e promover a saúde de toda a população, bem como de promover um atendimento igualitário, garantindo à saúde o patamar de direito social básico do cidadão, isto é, o SUS foi instituído como um projeto social que se materializa por meio de ações para promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

Conforme Aguiar (2015), o SUS é financiado pelos recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como da seguridade social, garantindo a cada esfera a gestão de seus recursos, em conformidade com a Lei nº 8.080/1990 e 8.142/1990. Por sua vez, o orçamento é elaborado pelos responsáveis da saúde, previdência e assistência, os quais levam em consideração com as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir da política pública e tem como intuito basilar reorganizar os serviços da saúde. Deve para tanto seguir certos princípios a fim de atingir seus objetivos, quais sejam a promoção, proteção e recuperação da saúde em todo o território nacional, conforme o art 2º, § 1º da Lei nº 8.090/1990. Desse modo, é disposto em um sistema organizacional formado por unidades (unidades básicas de saúde, equipes de atenção à família, hospitais e postos de saúde) que interagem entre si para promoção de um bem comum, agindo cada qual sob a responsabilidade de uma das três esferas do governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2007, p. 185).

Assim, tendo por base os preceitos fundamentais trazidos pela nossa lei maior temos a implementação do sistema e o direito a saúde, sob os princípios: da (I) universalidade, (II) equidade e (III) a integralidade da atenção, conforme o art. 7º da Lei nº 8.080/1990. E ainda como princípios organizativos que regem a execução do referido sistema, temos: descentralização, regionalização, hierarquização do sistema e a participação com controle social. Visando a democratização das ações e serviços de saúde pública, garantindo o direito a todos, independente de contribuição com a previdência social, facilitando a participação popular (BRASIL.b, 2007).

O princípio da universalidade (item “I”) é a garantia de assistência à saúde para todo e qualquer cidadão, sendo a saúde direito de todos e dever do governo, seja ele municipal, estadual ou federal. Por sua vez, segundo o princípio da equidade (item “II” deve-se adotar medidas que assegurem que as ações e serviços sociais estejam presentes em todos os níveis conforme a complexidade de cada caso, independente do lugar onde esteja o cidadão (BRASIL.b, 2007).

Deste modo podemos resumir que todo cidadão/usuário é igual conforme reza a Constituição Federal e assim também deve ser ante o SUS, devendo ser atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer.

Ainda, o princípio da integralidade (item “III”) diz que se deve considerar cada indivíduo como um todo único e indivisível e ainda como parte de um sistema mais complexo que se denomina comunidade, segundo o artigo 7º, II, da Lei nº 8.080/1990. Assim as medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ser ofertadas de modo compatível com as características deste indivíduo (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, as unidades que disponibilizaram os serviços devem atender os requisitos para tornar a assistência integral e ininterrupta. Através dos princípios de regionalização e hierarquização, por se tratar de um plano nacional de serviços, os cidadãos devem ser divididos e organizados de acordo com a área geográfica a que pertencem para que a população seja atendida de forma mais eficaz em cada modalidade de assistência oferecida. Outrossim, o acesso do usuário se dá em diversos níveis para que possam ser abarcados os principais problemas e para que se possa oferecer um serviço mais qualificado e especializado possível garantindo a prevenção de problemas que demandam os serviços de saúde (BRASIL.b, 2007).

Além dos três principais princípios citados, o SUS orienta-se pelo princípio da resolubilidade, que trata da existência e capacitação do serviço oferecido para cada problema que possa surgir, ou seja, é necessário que haja sempre a disponibilidade do serviço de qualidade correspondente de maneira mais adequada para cada necessidade que seja trazida pela população, seja um problema individual ou daquela comunidade, de acordo com o art. 7º, VIII, da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990)..

Sob o aspecto organizacional, o princípio da descentralização rege o redirecionamento e repartição de competências no que tange à realização, fiscalização e promoção das ações e serviços de saúde, entre os diversos entes federativos e os órgãos governamentais que os compõem. Ainda compõem os princípios a participação popular, como maior interessada na realização, existência e continuidade de um serviço público de saúde eficaz, a população deverá sempre garantir seus direitos e buscar de forma mais participativa a promoção e o apoio de

entidades representativas, para fiscalizar e cobrar o funcionamento e concretização das políticas de saúde, em todos os níveis de governo (BRASIL.b, 2007).

Neste contexto, é importante considerar alguns aspectos críticos, no âmbito do Direito Administrativo ao SUS:

O que se busca, há mais de uma década, é vislumbrar saídas exequíveis para que se promova a prestação do serviço de saúde de modo minimamente eficiente em face da população que dele necessita. A instituição de uma Câmara de Revisão de Saúde viabiliza a integração entre as diversas searas das Ciências envolvidas no tema da saúde pública, prepara a participação do Estado nas fases de mediação e outras tentativas de conciliação se eventualmente necessária a judicialização, além de permitir a compreensão prévia, dos gestores superiores, dos principais problemas de planejamento e execução. Assim, tem-se um procedimento que poderá, enfim, de forma legítima, concretizar ditames como o artigo 196 da Constituição da República, tornando efetiva a ideia de um Estado Democrático de Direito, capaz de assegurar a vida e saúde dignas à população (CARVALHO, 2018, p.34).

Isto posto, com vias a dar atendimento às diversas necessidades cobertas pelo sistema e exercer as atividades envolvidas, demanda-se a importância de definir os agentes envolvidos e as respectivas relações jurídicas.

### **3 PROGRAMAS, AÇÕES E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DESENVOLVIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)**

Com o acompanhamento de atividades progressivas junto ao Programa Bolsa Família, com ações de educação alimentar e nutricional, junto às famílias beneficiárias sob supervisão da nutricionista, é comum, nas UBSs, que haja acompanhamento de pré-natal, crescimento, desenvolvimento, a situação nutricional de grupos específicos usuários da Bolsa Família. Planejamento e participação em atividades para a promoção de saúde por meio de uma alimentação adequada.

No programa HiperDia, ocorre o acompanhamento diário de usuários cadastrados, com aferição da pressão, medindo a glicemia em jejum e a oferta de medicamentos regulares.

É importante, desta forma, que nas UBSs, ocorram atividades relacionadas ao à alimentação dos usuários, como, por exemplo, desenvolver tarefas informativas (banners, folders e cadernetas), para promover sala de esperar (com a pandemia foi suspensa essa atividade) e com a equipe verificar estratégias para contribuir para a melhoria para o perfil epidemiológico e nutricional dos indivíduos próximos a unidade.

### **3.1 RESULTADOS COM PESQUISAS LOCAIS E/OU NACIONAIS E DADOS DO SISVAN WEB**

Após pesquisa e análise de dados pelo site do SISVAN WEB e artigos científicos na internet, Rolim, *et al.* afirmam que: “Observou-se que os responsáveis pelo SISVAN coletam (50%) e digitam (55%) dados de peso, altura e consumo alimentar, enquanto que 53%, 59% e 71% não os analisam, não recomendam e nem executam ações de nutrição, respectivamente. Sendo assim, a maior parte dos responsáveis não utiliza as informações para o planejamento, a gestão e a avaliação da alimentação e nutrição.

Com isso, é importante que, nas UBSs, sejam desenvolvidas ações de intervenção nutricional para prevenção e promoção da saúde da comunidade que frequentam as Unidades e respondem o formulário vem sendo acompanhado na Secretaria Municipal de Saúde do respectivo município. Demonstra-se o exemplo da Figura 01, ideia de folder a ser disponibilizado em UBSs.

## **4 RELEVÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA NOS ASPECTOS NUTRICIONAIS DOS USUÁRIOS**

Na década de 1990, o Sistema Único de Saúde encontrou resistências enquanto política efetiva para a saúde. Interesses do setor privado e da forte influência neoliberal restringem o papel do Estado favorecendo a coexistência de três tipos de projetos: o projeto do SUS, com fundamentação e bases legais, mas ainda uma promessa enquanto práxis social; um projeto neoliberal, hegemônico ao nível das relações estruturais concretas, mas dissonante com a legislação sanitária; e um projeto racionalizador. Dentro da proposta neoliberal, predominam os interesses privados de mercantilização da saúde, do corpo, da vida e da morte que negam a promoção da saúde capitaneada pelo Estado evidenciando uma lógica mercantil em detrimento da lógica social (CAMPOS, 1997).

Neste contexto, ampliou-se o debate nacional e a proposta da Estratégia Saúde da família surge como uma das alternativas para a reorientação do modelo assistencial predominantemente curativo e pouco resolutivo. Suas origens remontam ao movimento da medicina familiar que se deu nos EUA na década de 60, na tentativa de introduzir reformas no processo de ensino médico. Espalhando-se, na década de 1970, para o Canadá, México e alguns países europeus, o movimento deslocou-se das instituições de ensino para os serviços. No Brasil, segundo Teixeira (2004), o movimento emergiu enquanto proposta de formação de pós-graduação em Medicina Geral e Comunitária, sendo absorvido como fundamentação da atenção primária de saúde.

No final da década de 1980, o Programa do Médico da Família consolidado em Cuba, teve forte influência no sentido de quebrar resistências dos profissionais de saúde, de esquerda,

sendo considerado como importante proposta para repensar o atendimento médico voltado para as unidades família e comunidade.

Na década de 1990, impulsionado pelas limitações dos serviços de saúde evidenciadas no Brasil durante as epidemias de cólera e dengue, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ao demonstrar forte impacto sobre o controle da mortalidade infantil e de controle de epidemias, foi expandido e incorporado em diversos municípios (VASCONCELOS, 2001).

Assim, em 1994, após intensos debates entre o Ministério da Saúde e coordenadores de experiências de atenção primária centradas nas dimensões família e comunidade foi lançada a Estratégia Saúde da Família como um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde.

Nesse sentido, a ESF surgiu como uma estratégia de aprofundamento da qualidade dos serviços de saúde diante da complexidade das situações de exclusão social e da necessidade de sociedade e Estado se responsabilizarem por essas famílias, reconhecendo o caráter excludente do modelo vigente (VASCONCELOS, 2001).

Contudo, apesar de tentar reafirmar na Atenção Básica, a partir da Estratégia Saúde da Família, o trabalho em equipe, a possibilidade de gestão participativa e a adscrição da clientela em território definido, a clínica tradicional ainda presente tende a se responsabilizar pela doença e não pelo sujeito doente.

Entre outros fatores, a ideia de atenção básica e de atenção primária compreendida como primitiva ou como um segmento de menor complexidade que oferece um pacote de ações clínicas e não como base ou fundamento, persiste impedindo que se desenvolvam sistemas integrados com garantia de acesso integral aos cuidados de saúde. No que se denomina primário, reside a alta complexidade que, no caso do Brasil, é confundido com alto custo. A atenção básica reveste-se de alta complexidade que exige novas produções teóricas, políticas, culturais, técnicas e subjetivas e requer recriação de saberes, práticas e tecnologias e consequentemente, ação e interação entre seus profissionais (PASCHE, 2010).

É importante reconhecer que não se dispõe de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada. Além disso, verifica-se a insuficiência de financiamento e a ausência de uma política de pessoal. Diagnóstico recente realizado pelo Ministério da Saúde demonstra que, para atingir a meta de 2,7 médicos por mil habitantes (proporção encontrada no Reino Unido que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal) seriam necessários hoje mais de 168.424 médicos. Mais de 1900 municípios tem menos de um médico para 3 mil habitantes na atenção básica e dos 371.788 médicos brasileiros, 260.251 atuam nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2013).

Tendo em vista os aspectos nutricionais, segundo Costa et al. (2006), o Diabetes Mellito (DM) é tido como um dos mais relevantes problemas de saúde dos dias atuais, devido ao fato de caracterizar-se como uma doença com elevada morbidade e mortalidade. Classifica-se como uma doença crônica e caracteriza-se por uma variedade de complicações, de forma que tem relevância a dieta ideal, tendo em vista que inadequações oriundas da alimentação ocasionam implicações negativas na qualidade de vida do diabético., considerado um problema grave e com consequências muitas vezes devastadoras diante dos resultados das ulcerações, que podem implicar em amputação de dedos, pés ou pernas.

Em nível mundial, a estimativa da prevalência do DM seja em torno de 12.054.827 indivíduos, dos quais 4 a 10% destes desenvolvam lesões nos pés (IBGE, 2010). É de uma complicação que se dá, em média, após 10 anos de evolução dessa doença, tornando-se a causa mais comum de amputações não traumáticas (RIBAS et al., 2011).

Segundo Peterman (2015), atualmente, o Diabetes Mellito é um dos maiores problemas de saúde com alto índice de morbidade e mortalidade no mundo, ocorrendo devido a alteração na produção ou ação da insulina sendo ela o principal hormônio produzido pelo pâncreas com a função de manutenção da quantidade adequada de glicose no sangue e o armazenamento na forma de glicogênio no fígado e nos músculos.

Nesta realidade, a atuação do nutricionista, junto à atenção básica, consolida-se como essencial, empregando-se o exemplo do acometimento exacerbado da população por diabetes, atuando o nutricionista como fator elementar no combate a esta enfermidade, o que se inicia na Atenção Primária, por vias das UBSs.

## **5 MATERIAL E MÉTODO**

A presente pesquisa consistiu em uma revisão de literatura, de caráter qualitativo, descritiva e exploratória. Foi realizada com base em artigos contidos em periódicos científicos, aportados nas bases PubMed e Scielo. Foram pesquisados e selecionados arquivos no idioma português, publicados entre 1990 e 2021, usando-se como critério de inclusão as publicações voltadas à atuação do profissional da nutrição no Sistema Único de Saúde e mais especificamente, nas Unidades Básicas de Saúde. Como critérios de inclusão, tem-se que não foram utilizados materiais de caráter publicitário nem artigos de opinião.

### **5.1 ÁREA DE ESTUDO**

Saúde pública, nutrição.

## 5.2 COLETA DE DADOS

Realizada nas bases PubMed e Scielo.

## 5.3 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, realizou-se o fichamento dos artigos selecionados e partir deste procedimento, propiciou-se a constituição da fundamentação teórica da presente pesquisa.

## CONCLUSÃO

Determinadas atuações voltadas à nutrição, quando se fala em UBS, já são incorporadas à agenda programática da atenção primária, apesar de não haver a consolidação demandada. Tais ações são, por exemplo, a proteção e incentivo ao aleitamento materno, programas voltados à suplementação medicamentosa de micronutrientes, vigilância alimentar e nutricional, assim como o cuidado nutricional nas atividades de saúde direcionadas a públicos específicos.

Nesta realidade, considerando-se a atuação do nutricionista nas UBSs, tem-se que as ações voltadas ao cuidado nutricional que contemplem os indivíduos como sujeito e que demandem de atendimento individualizado, sendo a competência exclusiva do nutricionista, deverão ser direcionadas aos nutricionistas da atenção básica. Entretanto, o reduzido quantitativo de nutricionistas na atenção básica ocasiona o direcionamento dos usuários para outros âmbitos do atendimento de saúde.

Desta maneira, concluiu-se que é necessário qualificar e organizar, nas Unidades Básicas de Saúde, todo o sistema, com vistas a conservar os princípios de resolutibilidade, universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, com vistas a atender os problemas nutricionais e alimentares que acometem a população do Brasil.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Bolsa Família e Cadastro Único no seu município**. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatórios de Acesso Público do mês de setembro: consumo alimentar**. Consumo alimentar. 2020. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/consumoalimentar>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN**. 2004.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Programas sociais: Bolsa Família**. 2020.

COSTA, J.S.D.; OLINTO, M.T.A., ASSUNÇÃO, M.C.F.; GIGANTE, D.P.; MACEDO, S.; MENEZES, A.M.B. Prevalência de diabetes mellitus em Pelotas, RS: um estudo de base populacional. **Rev Saúde Pública** 2006.

DOMANSKI, Luís Adriano Raiter. **ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO INFANTIL**. 2016.

GOMES, Ângela. **Programa HIPERDIA**. 2016

IBGE. **PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2008-2009: ANÁLISE DO CONSUMO ALIMENTAR PESSOAL NO BRASIL**. 2011

NASCIMENTO, Fabiana Alves do; SILVA, Sara Araújo da; JAIME, Patrícia Constante. **Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013**. 2019.

PETERMANN, X. B. et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Revista Saúde** (Santa Maria), v.41, n.1, julho de 2015.

RIBAS, C. R. P., SANTOS, M. A., ZANETTI, M. L. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Interamericana de Psicologia**. 2011.

ROLIM, Mara Diana. *et al.* **Valiação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil**. 2015.