



O IMPACTO DA DISTRIBUIÇÃO DE RENDA E A DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS SOBRE A SAÚDE COLETIVA

¹Rebecca Noleto Cunha Vasconcelos

²Gabriela Meira de Moura Rodrigues

³Karla Daniela Ferreira

Resumo

Introdução: Conforme descrito na Declaração Universal dos Direitos humanos, sabe-se que a Nutrição e Alimentação são requisitos básicos para sobrevivência humana, condição qual é essencial para proteção à saúde, possibilitando melhor crescimento e desenvolvimento com boa qualidade de vida. Uma das formas de garantir boa saúde é através de bons hábitos alimentares, higiene adequada, assim, como acesso à rede de saneamento básico. **Objetivo:** Dissertar sobre o impacto da falta distribuição de renda na saúde coletiva, identificando as consequências e mostrando como afeta o bem-estar nutricional das famílias. **Metodologia:** Revisão sistemática de literatura, utilizando como critérios de inclusão artigos que tenham sido publicados entre 2007 até 2020 e que evidenciaram informações pertinentes, os que foram excluídos não apresentaram informações e dados relevantes. **Resultados:** Foram selecionados 14 artigos para obter uma ampla gama de conhecimentos referentes a falta de disponibilidade de distribuições dos serviços a saúde, de forma que expusesse o impacto causado no estado nutricional dos indivíduos devido a exposição a riscos relacionados a saúde. **Conclusão:** Há abundância de morbidades conseguintes da Insegurança Alimentar e Nutricional, a desigualdade estimula a exposição de doenças e a falta de disponibilidade dos serviços essenciais agrava o quadro de doenças e compromete as condições de saúde da população. **Palavras-chave:** Distribuição de serviços, saúde pública, insegurança alimentar e nutricional, estado nutricional.

Abstract

Introduction: As described in the Universal Declaration of Human Rights, it known that Nutrition and Food are basic requirements for human survival, a condition that is essential for health protection, enabling better growth and development with good quality of life. One of the ways to ensure good health is through good eating habits, proper hygiene, as well as access to the basic sanitation network. **Objective:** To discuss the impact of poor income distribution on public health,

¹Graduanda do curso de Nutrição. Unidesc, Luziânia, Brasil. E-mail: rebecca.vasconcelos@sounidesc.com.br

²Biomédica. Doutora em Engenharia de Sistemas eletrônicos e Automação. Docente do curso de fisioterapia. E-mail: gabriela.moura@unidesc.edu.br

³Nutricionista. Coordenadora do curso de nutrição. Unidesc. E-mail: karla.ferreira@unidesc.edu.br



identifying the consequences and showing how it affects the nutritional well-being of families.

Methodology: *Systematic literature review, using as inclusion criteria articles that published between 2007 and 2020 and that showed pertinent information, those that excluded did not present relevant information and data. Results:* 14 articles selected to obtain a wide range of knowledge regarding the lack of availability of distribution of health services, in order to expose the impact caused on the nutritional status of individuals due to exposure to health-related risks. **Conclusion:** *there is an abundance of morbidities resulting from Food, Nutritional Insecurity, inequality encourages exposure to diseases, and the lack of availability of essential services aggravates the disease picture and compromises the population's health conditions.*

Keywords: *Distribution of services, public health, food and nutritional insecurity, nutritional status*

Introdução

Uma das maneiras de garantir a saúde é por meio de bons hábitos alimentares e higiene adequada. A alimentação e nutrição são requisitos básicos para existência humana, assim como está descrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos, condição necessária para promover a proteção a saúde, viabilizando o desenvolvimento e o crescimento com boa qualidade de vida [1,2].

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), um dos países com a maior concentração de renda no mundo é o Brasil. Assim, ocupa o décimo lugar entre 140 países como sendo mais desigual. O nível socioeconômico tem importante impacto nas condições de vida da classe social e determina a possibilidade de obtenção de serviços, bem como a alimentação. As condições de obtenção de alimentos saudáveis e necessários para a saúde humana, dependem das possibilidades financeiras de cada família. Estudos comprovam que com o aumento da renda ou da escolaridade, a qualidade da dieta tende a melhorar, por outro lado, os grupos socialmente menos favorecidos consomem mais alimentos com baixa qualidade nutricional e com o maior teor de energia [3,4,5,6,7].

As condições políticas e econômicas estão diretamente ligadas ao grau de distribuição da desnutrição na população. Assim como o nível de educação, prevalência de doenças infecciosas, sanitização e disponibilidade e qualidade dos serviços à saúde, a pobreza é a principal causa relacionada a desnutrição, sendo ela responsável pelas consequências ocasionadas uma vez que estimula a exposição de doenças devido a desnutrição [8,9,10].

Anemia, sobrepeso e obesidade, diarreia, infecções respiratórias e parasitoses são exemplos de algumas morbididades provenientes da Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN). Desse modo, tendo maior prevalência em grupos populacionais com baixa renda e escolaridade, raça/cor preta e parda,



adolescente e com alimentação inadequada. Em razão da desigualdade social, étnico-raciais e de gênero, a falta de acesso e o fornecimento de alimentos saudáveis e o consumo de alimentos nutricionalmente adequados, essas condições tem contribuído para agravos de doenças que comprometem as condições de saúde da população, colocando-as em risco [11,12,13,14,15,16].

Para universalizar as políticas públicas, o Estado brasileiro tem buscado erradicar a fome, a miséria e a pobreza através de planos intersetoriais e de participação social, visando a garantia de alimentação adequada. Porém, além dos direitos de acesso, outras políticas públicas também são necessárias [17,18].

Um exemplo importante é a política de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que está relacionada à oferta e demanda de alimentação social. Essa proposta requer o uso sábio e sustentável dos recursos naturais da sociedade, o uso da tecnologia e a implementação de políticas governamentais de incentivo à produção e comercialização de alimentos saudáveis e compatíveis com a cultura alimentar [19,20].

Sobre à demanda, esta exige um nível de renda mínimo da população e requer conhecimentos básicos sobre a relação entre alimentação e saúde, recomendações dietéticas e conteúdo nutricional dos alimentos. Desse modo, a SAN se estabelece por sua inclusão dos direitos humanos para promover, proteger e garantir o direito à alimentação apropriada nas suas orientações, incluindo as sete dimensões inerentes à alimentação: o acesso, a disponibilidade, renda, produção, saúde e nutrição e educação. Diversos tipos de intervenções têm sido adotados nessa área, como a distribuição de alimentos, vale-refeição, merenda ao trabalhador, merendar escolar, restaurante popular, agricultura urbana, hortas comunitárias, transferência direta de renda e banco de alimentos [17,18,19,20,21,22].

Por meio do decreto nº 8.553, de 03 de novembro de 2015, foi instituído pelo governo brasileiro o Pacto Nacional para Alimentação Saudável, que visa ampliar a oferta e o consumo de alimentos mais saudáveis, tendo como objetivo combater a obesidade, o sobrepeso e as doenças causadas pela desnutrição no Brasil [23].

A intersetorialidade é uma forte estratégia para resolver problemas que impactam a saúde referentes aos determinantes sociais, soluciona problemas que fogem do âmbito de atuação setorial, sendo referida como proposta cujo objetivo orientar e organizar a saúde [24]. Avaliando sobre a prática do nutricionista, questões intersetoriais podem nortear a atuação desses profissionais em diferentes situações. Isso pois, a atuação do nutricionista em Unidade Básica de Saúde, é determinada pela execução dos profissionais no consultório, ou seja, mediante do atendimento ambulatorial (integrados ou não) e do trabalho em equipe. É dever do nutricionista promover intervenções alimentares através



de cuidados individualizados ou em grupos, desempenhando atividades preventivas de educação nutricional [1].

As responsabilidades do nutricionista da unidade local também incluem supervisão nutricional e elaboração de estatísticas sobre as atividades realizadas nas unidades. Por meio do plano intersetorial, é possível inserir a nutrição em outros ambientes sociais, como em comunidades por intermédio dos agentes comunitários de saúde, escolas públicas e privadas, no ambiente de trabalho formal, em ações de vigilância sanitária, em zonas agrícolas. A nutrição está articulada a inúmeros espaços, a intersetorialidade é uma estratégia na dinâmica alimentar, importante para a área de segurança alimentar e nutricional, que assegura o acesso à alimentação digna [25].

Surgiu no Brasil em 1994 o Programa Saúde da Família como plano de reorientação do modelo assistencial em saúde a partir da Atenção Básica (AB). No SUS tem como propósito garantir o acesso universal a todos os serviços de saúde, tornando-se, a primeira forma de atendimento à população. Dessa forma, através de suas ações, é capaz de solucionar grande parte dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos [26].

A partir de 2008 foram desenvolvidos os Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF), com o propósito de aumentar as ações da Atenção Básica. É representada pelas constituições em equipes multiprofissionais, essenciais à ESF, ativos no âmbito da saúde e assistência social, vista disso o nutricionista é um dos profissionais que podem fazer parte dela, passando a integrar a Atenção Básica. Considerando que sua ausência resulta na execução superficial das ações relativas à nutrição e a alimentação, essa área vem ressaltando como é fundamental para promoção à saúde [26, 27, 28,29,30, 31, 32].

Com a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em junho de 2011 existiam 1388 NASF instituídos no país, ademais, contavam com 1038 nutricionistas. Constatou-se que os nutricionistas são predominantes nas regiões dos municípios com a maior vulnerabilidade social, ou seja, no Sul e Leste. À medida que há maior número de dietistas nos estabelecimentos de AB das regiões Centro-oeste e sudeste, determinados pelo menor IPVS [29].

A maioria dos nutricionistas do NASF estão localizados nas regiões periféricas e mais vulneráveis, que manifestam condições socioeconômicas baixas. Contudo, há desigualdade na distribuição geográfica, pois ocorre maior presença em regiões de alta vulnerabilidade social, colocando de fora as regiões consideradas de vulnerabilidade baixa e média, assim excluindo o atendimento dessa população. Tal como, a região Norte que no que lhe concerne na maioria dos territórios, apresentam áreas de vulnerabilidade social média, enquanto em algumas outras áreas de altíssima vulnerabilidade. Os nutricionistas presentes no NASF são insuficientes visto que, tal programa tem



como finalidade a atenção a população numerosa e inúmeras das equipes desse nível de assistência não contam com esse profissional. Neste cenário, as ações criadas por estas equipes para alimentação e nutrição, estão sendo inapropriadas e insuficientes perante as necessidades da população [29, 33]. Diante desse quadro, o presente artigo visa investigar a influência da falta de disponibilidade de serviços à saúde no estado nutricional das famílias, a partir de uma revisão de literatura sistemática.

Metodologia

Refere-se a uma revisão sistemática, método de pesquisa em que são utilizados dados de pesquisas já realizadas com o intuito de unir informações, e assim chegando em uma conclusão. É a categoria de revisão cujo objetivo é responder à pergunta específica de forma objetiva, usando métodos sistemáticos e definidos se baseando na seleção de fontes de dados da literatura. No qual, é selecionado estudos de vários autores, extraindo dados para realizar uma análise estatística [34,35].

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos que tinham a saúde coletiva como tema central, foram selecionados estudos publicados entre os anos de 2007 até 2020, e que evidenciaram referências de qualidades importantes e respondessem ao objetivo principal do tema abordado. Dentre eles, foram escolhidos 14 artigos e estudos relacionados ao tema, apenas 11 foram utilizados, e os restantes dos artigos publicados antes desse período foram excluídos por não abrangerem dados e informações pertinentes para o estudo.

Resultados e Discussão

A tabela 1 mostra as principais referências encontradas que abordam sobre o assunto e os principais objetivos de cada um deles, além de informações em comum entre os autores:

Tabela 1: Principais autores e suas principais informações

Autor/ano	Tipo de estudo	Informação principal
Ferreira, Magalhães (2007) [1]	Estudo de caso	A alimentação e nutrição condição necessária para promover a proteção a saúde.



Medina (2013) [3]	Estudos Epidemiológicos	A obtenção de alimentos saudáveis, é dependente das possibilidades financeiras.
United Nations Development Programme. Human Development Report (2016) [4]	Relatório de desenvolvimento	O Brasil ocupa o lugar de país mais desigual, assim como, possui a maior concentração de renda de acordo com a ONU.
Buss, Pellegrini (2007) [5]	Estudos Descritivos	O nível socioeconômico impacta diretamente nos segmentos sociais.
Darmon, Drewnowski (2008) [7]	Estudos Epidemiológicos	Com o aumento da renda familiar a qualidade da dieta tende a melhorar.
Santos, Martins, Sawaya (2008) [8]	Estudo Transversal	Condições políticas e econômicas estão ligada ao grau de distribuição da desnutrição na população.
Müller, Krawinkel (2005) [9]	Estudo Transversal	A pobreza é responsável pela prevalência de doenças.
Unicef (2005) [10]	Estudo Transversal	A principal causa da desnutrição é a pobreza.
Guerra (2018) [11]	Estudo Transversal	A desigualdade social contribui para agravos de doenças.
Kersey, Geppert, Cutts (2007) [12]	Pesquisa Transversal	A insegurança Alimentar e Nutricional tem dominância em grupos populacionais com baixa renda.



Hackett, Melgar-Quiñonez, Cecilia (2009) [13]	Estudo Transversal	Encontra-se uma abundância de morbididades advindas da IAN.
Diário oficial da união (2006) [17]	Estudo Transversal	SAN promove a garantia nas condições de disponibilidade ao direito à alimentação.
Burlandy (2007) [18]	Revisão de Literatura	Os programas de SAN atuam combatendo a pobreza.
Chan S (2000) [20]	Revisão de Literatura	Abundantes ações vêm sendo adotadas por meio de SAN.
Diário oficial da união (2015) [23]	Estudo Transversal	Instituído pelo decreto a ampliação a oferta de alimentos saudáveis.
Silva (2014) [24]	Estudo Dialética	A intersetorialidade é uma estratégia alimentar importante para a segurança alimentar e nutricional.
Inojosa, Junqueira (2001) [25]	Estudo Dialética	É possível inserir a nutrição em outros ambientes sociais através do plano intersetorial.
Borelli, Domene, Mais, Pavan, Taddei (2015) [26]	Estudos Epidemiológicos	No SUS a atenção básica garante o acesso universal a todos os serviços de saúde.
Ministério da saúde (2010) [30]	Estudos Epidemiológicos	O NASF aumenta as ações da atenção básica.
Mancuso, Tonacio, Silva, Vieira (2012) [31]	Estudo de abordagem quantitativa	Nutricionista do NASF são insuficientes.

Em síntese, conforme mostrado na tabela 1, [1] afirma que alimentação e nutrição adequada é direito de todos, bem como as condições dignas e acesso às ações e serviços de proteção. É requisito



básico para promover a proteção da saúde, viabilizando o desenvolvimento e o crescimento correto com melhor qualidade de vida, ou seja, com alimentos de qualidade e em quantidades suficientes para suprir suas necessidades.

Já [2] concorda e complementa assegurando que o acesso para esses serviços está diretamente ligado a vida financeira, isto é, do nível socioeconômicos de cada indivíduo, pois a alimentação adequada depende desses fatores, visto que, as possibilidades financeiras de cada familiar, está totalmente relacionada a obtenção dos alimentos necessários para saúde. Logo o autor aponta estudos que confirmam que a qualidade da dieta tende a melhorar de acordo com o aumento da renda.

O [4] enfatiza a posição do Brasil em sua maior concentração de renda, da mesma maneira que a desigualdade é revelada e expondo a posição de país mais desigual, e como isso vem refletindo na discrepância nas condições de vida da população brasileira.

O [5] acresce e justifica sobre as infinidades de diferenças constatadas entre as classes sociais referentes a distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos, tornando-se evidente que a posição socioeconômica influencia no estado de vida e saúde. Conseqüentemente, identifica como tais grupos são submetidos a maior risco devido à equidade na distribuição de renda.

O [7] dá ênfase que dados epidemiológicos demonstraram que a dieta segue um perfil socioeconômico, pois dietas pobres em nutrientes e mais densas em energia são consumidas por pessoas de nível mais baixo, enquanto dietas de melhor qualidade estão associadas aos indivíduos de nível socioeconômicos mais altos. Logo, com o aumento da renda familiar eleva a qualidade da alimentação.

O [8] sustenta as informações de que as situações políticas, econômicas e sociais estão associadas a desnutrição da população. Ele afirma que a desnutrição ocorre de forma desigual, tendo maior prevalência em regiões mais pobres do Brasil, do mesmo modo, salienta que estudos expõem que o saneamento básico, o acesso a outros serviços de saúde está coeso com as condições de desnutrição da população.

O [9] complementa atestando que a vulnerabilidade que os grupos são expostos, faz com que ocorra uma predominância a doenças, visto que, os efeitos das condições socioeconômicas refletem sobre o estado nutricional e aumenta o fator da desnutrição, pois a deficiência de nutrientes resulta na exposição ao fator de risco a determinadas doenças infecciosas.

O [10] concorda com o [9] garantindo que a pobreza é o principal motivo ligado ao fator da desnutrição, uma vez que, expõe milhares de indivíduos a doenças que poderiam ser evitadas por meio do acesso aos serviços de saúde como a alimentos com nutrientes adequados, como também, o acesso a vacinas e medicamentos de baixo custo.



O [11] está de acordo com [9] e [10], em razão de que a Insegurança Alimentar e Nutricional contribui para os agravos de doenças, havendo maior ocorrência de doenças infecciosas, gastrointestinais e respiratórias. Como também, o sobrepeso e a obesidade decorrentes da má alimentação, tendo maior predomínio nos grupos populacionais de baixa renda e indivíduos com a alimentação incorreta.

O [12] profere que a baixa renda familiar é um dos principais determinantes da Insegurança Alimentar e nutricional, igualmente a baixa variedade de alimentação. A privação a disponibilidade de acesso aos alimentos, a baixa escolaridade, saneamento básico inadequado, ausência de vínculo empregatício, estão relacionados a IAN.

O [13] consenti com [12] e complementa indicando o excesso de doenças decorrentes da má alimentação, desde doenças crônicas até problemas respiratórios. O não consumo de alimentos com alto valor nutricional representa uma maior abertura para o surgimento dessas patologias.

O [17] certifica que a SAN constitui em suas diretrizes por orientar ações que visam a melhoria da saúde, por meio do acesso e o consumo de uma alimentação adequada. Tem por finalidade amplificar a disponibilidade do consumo de alimentos saudáveis, com o propósito combater as doenças resultantes da alimentação impropria.

O [18] considera que os programas de SAN agem através do direito humano garantindo a segurança alimentar, regulando a alimentação de qualidade em quantidades suficientes, promovendo a saúde, mediante a vários tipos de programas nutricionais.

O [20] concorda com [18] e completa expressando as ações adotadas pela SAN por meio da distribuição de alimentação, alimentação escolar, alimentação ao trabalhador, transferência direta de renda, restaurantes populares.

O [23] confirma o [20] e menciona que com o decreto possibilita a obtenção dos alimentos saudáveis, com toda a propriedades necessárias de modo a combater a obesidade e outras doenças surgidas pela nutrição inapropriada.

O [24] concorda com os outros autores e abrange estratégias alimentares para a segurança alimentar, promovendo a saúde dos indivíduos e das comunidades por meio de ações que visam ampliar diferentes setores da área social. Dentre elas o autor cita o sistema de saúde, ações do Estado, a promoção de espaços saudáveis, dentre outros. Dessa forma, revela que intersetorialidade é uma forte estratégia para o enfrentamento de problemas de saúde referentes aos determinantes sociais.

O [25] cita que podem ser inseridos através da intersetorialidade fatores sociais dos quais estão relacionados à segurança alimentar, por intermédio de práticas de ampliação com finalidade abastecimento, comercialização, acesso e consumo alimentar apropriado.



O [26] considera que a atenção básica dá-se pelo conjunto de serviços para precaução aos agravos à saúde, tendo como intento ofertar ações que contemplem a população devido à carência alimentar.

O [30] consigna que o NASF faz-se o apoio para amplificar as assistências na atenção básica, de forma que qualifique e complemente as competências.

O [31] declara que os nutricionistas presentes no NASF não são suficientes para atender a população adequadamente, as ações nutricionais e alimentares perante as necessidades da população estão sendo insuficientes.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo analisar a importância das distribuições dos serviços na saúde coletiva, e como influência a falta de disponibilidade desses serviços no estado nutricional dos indivíduos.

Foi possível perceber abundância de morbidades conseguintes da Insegurança Alimentar e Nutricional, ou seja, a desigualdade estimula a exposição de doenças devido à falta de acesso aos alimentos corretos, higienização, sanitização e o saneamento básico, condições que são indispensáveis para saúde humana.

A falta de disponibilidade dos serviços essenciais agrava o quadro doenças respiratórias, Anemia, obesidade, parasitoses e elevam o cenário de desnutrição dentre os indivíduos, colocando-os em risco e comprometendo as condições de saúde da população.

Referências

[1]Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro; Jul 2007; 23(7):1674-1681.

[2]Valente FLS. Direito humano à alimentação: desafios e conquistas. São Paulo; 2002 Editora Cortez; 20.

[3]Medina LDPB, Barros MBDA, Sousa NFDS, Bastos TF, Lima MG, Szwarcwald CL. Desigualdades sociais no perfil de consumo de alimentos da população brasileira: Pesquisa nacional de saúde, 2013; Revista brasileira de epidemiologia, 2019; 22, E190011-SUPL.



- [4]United Nations Development Programme. Human Development Report 2016. Nova York: United Nations Development Programme; 2016. 193 p.
- [5]Buss PM, Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis rev saúde coletiva*, 2007; 17(1): 77-93.
- [6]Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasil: Ministério da Saúde; 2014.
- [7]Darmon AN, Drewnowski N. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr* 2008; 87(5): 1107-17.
- [8]Santos RB, Martins PA, Sawaya AL. Estado nutricional: condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de criança moradoras em cortiços e favela. *Revista de nutrição: Campinas*; 2008, 21(6), 671-681.
- [9]Müller O, Krawinkel M. Malnutrition and health in developing countries. *CMAJ*. 2005; 173(3): 279-86.
- [10] Fundação das nações unidas para infância. Situação mundial da infância 2005. Infância ameaçada [acesso 2005 18 set].
- [11] Guerra LDDS, Espinosa MM, Bezerra ACD, Guimarães LV, Martins MSAS. Desafios para a segurança alimentar e nutricional na Amazônia: disponibilidade e consumo em domicílios com adolescentes. *Ciência e saúde coletiva*; 2018, 23, 4043-4054.
- [12] Kersey M, Geppert J, Cutts DB. Hunger in young children of Mexican immigrant families. *Public Health Nutr* 2007; 10(4):390-395
- [13] Hackett M, Melgar-Quíñonez H, Cecilia Álvarez M. Household food insecurity associated with stunting and underweight among preschool children in Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 25(6):506-510.
- [14] Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Câmara



Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015. Brasília: CAISAN; 2011.

- [15] Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez -Escamilla R, Maranhá LK, Sampaio MFA. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. *Rev Nutr* 2008; 21(Supl. 0):135-144
- [16] Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR, Cannon G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutr* 2011; 14(1):5-13
- [17] Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 18 set.
- [18] Burlandy L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Ciência e saúde coletiva*; 2007,12(6), 1441-1451.
- [19] World Bank. Repositioning nutrition as central to development. A strategy for large-scale action. Washington, D.C.: World Bank; 2006.
- [20] Chan S. Nutritional Equity and National Food and Nutrition Security Programs: The Case Study of Jamaica. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2000.
- [21] Nascimento AL, Andrade SLL. Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania? *Ciência e Cultura*; 2010, 62(4), 34-38.
- [22] Monteiro, C. A. Segurança alimentar e nutrição no Brasil. In *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*, Brasília: Ministério da Saúde, p. 255-273. 2004.
- [23] Brasil. Decreto nº 8.553, de 3 de novembro de 2015. Institui o Pacto Nacional para Alimentação



Saudável. Diário Oficial da União 2015; 4 nov.

- [24] Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & saúde coletiva*; 2014, 19, 4361-4370.
- [25] Inojosa RM, Junqueira LAP. O setor saúde e o desafio da intersetorialidade. *Cad FUNDAP* 1997; 21:156-64.
- [26] Borelli M, Domene SMA, Mais LA, Pavan J, Taddei JADAC. A inserção do nutricionista na atenção básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. *Ciência e saúde coletiva*; 2015, 20, 2765-2778.
- [27] Programa Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(3):316-319.
- [28] Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: MS; 2002.
- [29] Rosa WAG, L'Abate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino- Am Enfermagem* 2005; 13(6):1027-1034.
- [30] Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes do NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: MS; 2010
- [31] Mancuso AMC, Tonacio LV, Silva ERD, Vieira VL. A atuação do nutricionista na atenção básica à saúde em um grande centro urbano. *Ciência e saúde coletiva*; 2012, 17, 3289-3300.
- [32] Comité Científico de la ELCSA. Escala Latinoamericana de Seguridad Alimentaria (ELCSA): manual de uso y aplicaciones. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; 2012



- [33] French SA, Shimotsu ST, Wall M, Gerlach AF. Capturing the Spectrum of Household Food and Beverage Purchasing Behavior: A Review. *J Am Diet Assoc* 2008; 108(12):2051-2058.
- [34] Satia J, Galanko J. Comparison of three methods of measuring dietary fat consumption by African-American adults. *J Am Diet Assoc* 2007; 107(5):782-791.
- [35] Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Gráfico: Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados; agosto de 2011.
- [36] Brizola J, Fantin N. Revisão da literatura e revisão sistemática da literatura. *Revista de Educação do Vale do Arinos-RELVA*; 2016, 3(2).
- [37] Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista de enfermagem*; 2007, 20(2), v-vi.