

RELATO DE EXPERIÊNCIA

**INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA***Livia Nascimento dos Santos^a**Flávia Lima de Carvalho^b***Resumo**

É contraditório pensar em promoção, proteção e recuperação da saúde sem a presença do nutricionista. Dessa forma, o objetivo do trabalho é relatar as ações desenvolvidas com a inserção do nutricionista na equipe de saúde em uma unidade da Estratégia Saúde da Família, em Salvador (BA). Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante o Estágio Supervisionado de Nutrição em Saúde Pública, em uma unidade de saúde da família em Salvador, apresentando ações de abordagens individuais e em grupos. Como resultado foi possível identificar que as ações, os temas e as dinâmicas aplicadas foram bem vistas pela população adstrita possibilitando reflexão e promoção de mudança de hábitos, tornando a assistência integral e resolutiva. Dessa forma, o nutricionista pode atuar na equipe mínima de saúde, sendo essencial a sua integração à equipe, tornando o atendimento mais integral, universal, resolutivo e equânime, conforme o SUS defende.

Palavras-chave: Nutricionistas. Sistema Único de Saúde. Saúde pública. Estratégia Saúde da Família.

^a Nutricionista. Pós-graduanda em Saúde Pública na Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: liu.santos@hotmail.com

^b Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: flavia-57@hotmail.com

Endereço para correspondência: Rua Thomas Edson, n. 15-E, Tancredo Neves. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 41207-615. E-mail: liu.santos@hotmail.com

NUTRITIONIST INSERTION IN THE MINIMUM TEAM OF THE FAMILY
HEALTH STRATEGY: EXPERIENCE REPORT

Abstract

It is contradictory to think about promotion, protection and recovery of health without the presence of a nutritionist. Thus, this study reports the actions developed with the insertion of the nutritionist in the health team in a Family Health Strategy unit in Salvador, Bahia. This is a descriptive, experience-type study carried out during the Supervised Nutrition Internship in Public Health at a family health unit presenting individual and group approaches. It was possible to identify that the actions, themes and dynamics applied were well received by the employed population, allowing reflection and promotion of habit changes, rendering integral and resolute care. In this way, nutritionists can act in the minimum health team, being essential to integrate the team making the service more integral, universal, and have equitable resolution, as defended by SUS.

Keywords: Nutritionists. Unified Health System. Public health. Family Health Strategy.

INSERCIÓN DEL NUTRICIONISTA EN EL EQUIPO MÍNIMO DE LA ESTRATEGIA
SALUD FAMILIAR: RELATO DE EXPERIENCIA

Resumen

Es contradictorio pensar en promoción, protección y recuperación de la salud sin la presencia del nutricionista. Para ello, el objetivo del trabajo es relatar las acciones desarrolladas con la inserción del nutricionista en el equipo de salud en una unidad de la Estrategia Salud Familiar, en Salvador, Bahía. Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, realizado durante las Prácticas Supervisadas de Nutrición en Salud Pública, en una Unidad de Salud de la Familia en Salvador, presentando acciones de abordajes individuales y grupales. Los resultados permitieron identificar que las acciones, los temas y las dinámicas aplicadas fueron bien vistas por la población adscrita posibilitando reflexión y promoción de cambio de hábitos, lo que vuelve la asistencia integral y resolutive. De esta forma, el nutricionista puede actuar en el equipo mínimo de salud, siendo esencial su integración al equipo, lo que vuelve la atención más integral, universal, resolutive y con equidad, conforme defiende el SUS.

Palabras clave: Nutricionistas. Sistema Único de Salud. Salud pública. Estrategia Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

Visando consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), foi criada em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) através da Portaria Ministerial nº 648/2006, que foi revogada pela Portaria Ministerial 2.488/2011, cujo eixo principal do cuidado é a família¹. Sendo assim, a ESF foi definida como um modelo de assistência à saúde, garantindo a oferta de serviços à população e promovendo a saúde de forma transversal em todas as ações realizadas pela equipe mínima de saúde².

É contraditório pensar em promoção, proteção e recuperação da saúde e não contemplar os profissionais envolvidos direta e indiretamente na Atenção Básica (AB), a exemplo do nutricionista. Segundo Boog³, não há dúvidas sobre a influência da alimentação na saúde. A obesidade, por exemplo, predispõe ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HAS)⁴. Dessa forma, o nutricionista é de fundamental importância na ESF, abordando aspectos da alimentação saudável e do direito humano à alimentação adequada. É importante organizar e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da AB, pois, caso isso não ocorra, o potencial de intervenção na saúde da população continuará restrito e pouco resolutivo⁵.

As ações referentes à alimentação e à nutrição ainda não estão bem estabelecidas, pois o profissional capaz de executá-las não se encontra inserido na equipe. Como consequência, outros profissionais de saúde irão realizá-las de forma superficial³⁻⁵. Assim, este trabalho visa refletir acerca da inclusão do nutricionista e das ações desenvolvidas na Equipe de Saúde por meio da preceptoria de Estágio Supervisionado em Saúde Pública em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, em Salvador (BA).

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, produzido a partir do trabalho de conclusão de curso da especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia Professor Jorge Novis.

As atividades foram realizadas no Estágio Supervisionado de Nutrição de uma universidade privada, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Salvador (BA), entre fevereiro de 2016 e dezembro de 2017.

As ações contemplam:

a) Consultas (individual ou compartilhada) na unidade e/ou no domicílio

Visando à coleta de dados foi aplicada a anamnese nutricional, conforme a faixa etária. As consultas foram agendadas e duravam 60 minutos.

Para classificar o ciclo de vida foram consideradas as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde¹. O peso dos adultos foi obtido a partir de balança mecânica da marca Welmy com estadiômetro acoplado e, no caso das crianças, foi utilizada a balança pediátrica com capacidade de 15 kg. Além disso, foram empregados o estadiômetro para verificar a altura dos adultos e das crianças maiores de 2 anos, o infantômetro para crianças menores de 2 anos e a fita inelástica para medir a circunferência da cintura (CC) visando identificar o risco de DCNT.

O Diagnóstico Nutricional (DN) de cada ciclo de vida foi dado a partir dos pontos de corte, conforme indicado pelo Ministério da Saúde¹.

Para análise do consumo alimentar foi aplicado o recordatório de 24 horas, utilizando como base o dia anterior à consulta, associado ao questionário de frequência alimentar. Em seguida, foi dado por escrito um plano alimentar com orientações nutricionais e, se necessário, com a suplementação nutricional/fitoterápicos.

b) Abordagem em grupos (Grupo de Tabagismo e Síndrome Metabólica)

Para o Grupo de Tabagismo (GT) foi utilizada como base a Cartilha número 3 do Programa de Tabagismo do Ministério da Saúde. Através da roda de conversa e mesa expositiva foi discutida a importância dos hábitos alimentares no controle dos sintomas mais comuns ao parar de fumar e distribuído o “Kit fissura” (um instrumento feito com alimentos cortados no formato do cigarro que pode ser adotado como manobra do movimento involuntário de levar algo à boca com as mãos).

Os participantes do Grupo de Síndrome Metabólica (GSM) deveriam atender aos critérios da Diretriz de Síndrome Metabólica⁶. Os encontros ocorreram uma vez por semana com duração de três horas. Antes das sessões houve a triagem nutricional com coleta de peso, altura e CC. Na Semana 1 aconteceu o acolhimento dos usuários e explicação dos temas que seriam abordados em cada encontro; na Semana 2, com o tema “Alimentação Saudável”, houve a dinâmica da montagem de um prato e sua análise qualitativa, sugerindo substitutos saudáveis; o tema “Hipertensão”, da Semana 3, ensinou sobre a leitura dos rótulos, identificação de termos que indicam sódio, quais micronutrientes podem controlar HAS e como fazer uma horta com garrafas PET; na Semana 4, sob o tema “Diabetes”, foi realizada uma atividade lúdica em que os participantes classificaram os alimentos em alto, médio e baixo índice glicêmico (IG) e carga glicêmica (CG) conforme a cor das placas feitas com cartolina (vermelho, amarelo e verde, respectivamente); no tema “Motivação”, da Semana 5, foi usado um recipiente denominado “Cápsulas da Felicidade” contendo frases motivacionais retiradas da internet, as quais eram lidas pelos usuários em voz alta para reflexão e, caso alguém apresentasse dificuldade na leitura, a equipe o auxiliava; na Semana 6, com o tema “Alimentação Saudável em festas comemorativas

como o Natal”, foi realizada uma palestra com mesa expositiva de preparações adaptadas para o Natal, ação que reforçou o segmento da alimentação saudável durante as festas.

Em todas as sessões foram distribuídos materiais educativos e preparações para degustação.

c) Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

A capacitação almejou sensibilizar sobre a relação entre hábitos alimentares inadequados e a presença das doenças, promovendo a alimentação saudável. Para dar suporte ao treinamento foi distribuído um questionário com duas orientações abertas: “Cite as doenças mais prevalentes na microárea” e “faça três perguntas que gostaria que fossem respondidas no dia da capacitação”. A capacitação durou duas horas. Ao final, foi entregue um material educativo.

RESULTADOS

Todos os ciclos de vida foram atendidos, apresentaram DN desde a desnutrição até a obesidade com risco para desenvolver DCNT. As ações em grupo foram prioridade visando alcançar maior número de participantes. Participaram do GT adultos e idosos, a maioria do sexo masculino, em média de cinco pessoas. No GSM, predominou o sexo feminino (30 a 75 anos), cuja maioria apresentava HAS, mas havia alguns casos de HAS e DM associadas. O DN da maioria foi sobrepeso ou obesidade com elevada CC. Foi identificado que a maior parte não realizava o jejum e que a adesão era parcial, devido à crise econômica.

Estas ações possibilitaram construir um novo espaço de diálogo e reflexão sobre a realidade, desenvolver novas metodologias participativas para reter o interesse do público-alvo, além de sensibilizá-los acerca da mudança de hábitos, melhorar o entendimento sobre a relação entre hábitos alimentares e saúde, tornando o ser coparticipativo no processo do autocuidado. Permitiram, além disso, desenvolver o pensamento crítico ao escolher os alimentos, compartilhar e construir saberes, valorizando a cultura popular e desestimulando práticas ultrapassadas em prol das que têm ação científica, bem como estimular ações mais humanizadas, atendendo às necessidades e à demanda do público. Deve-se destacar a presença da população masculina (mesmo que em menor número), o pensamento biomédico (pois os usuários questionavam sobre a renovação da receita e entrega de medicamentos) e a participação relativa do médico que, apesar da agenda bloqueada, consultou usuários que não eram do GSM.

Os ACS avaliaram que os temas abordados na capacitação foram importantes, com possibilidade de aplicação na área de atuação e que adquiriram novos conhecimentos que serão passados para a comunidade.

DISCUSSÃO

Vale ressaltar que as ações só ocorreram durante o estágio, logo, a assistência não foi contínua, o que interfere na integralidade do cuidado e nas mudanças de hábitos alimentares, porque a unidade não tem o apoio do Nasf. Rodrigues e Bosi^{7,8} revelam que a articulação entre o Nasf e a equipe mínima é insuficiente e a principal ação desenvolvida pelo nutricionista é o atendimento individualizado. Neste trabalho as ações em grupo foram prioritárias.

As abordagens individuais não atendem ao que é preconizado pela Lei 8.080/1990⁹, ou seja, assistência universal, integralizada e igualitária, porque os usuários eram assistidos somente após a identificação de alguma patologia. Logo, o foco continua sendo a doença e não a prevenção e a promoção da saúde, que são essenciais e prioritárias. Os atendimentos compartilhados possibilitaram avançar na construção do trabalho interdisciplinar, inserindo diversas competências que, articuladas, potencializam a assistência integral como defendida na Lei 8.080/1990⁹. Esta lei ainda define que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Assim, a visita domiciliar atende ao preconizado na Diretriz do Nasf^{10,11}, tornando o atendimento equânime e acessível, permitindo a humanização, as orientações nutricionais de acordo com a realidade do usuário e o atendimento às necessidades de diversos grupos vulneráveis.

No GT, o preenchimento das vagas não ocorreu, possivelmente porque a decisão de parar de fumar não é fácil e muitos desistem. Dessa forma, o tratamento do tabagista deve ser realizado no território, melhorando a saúde e a qualidade de vida e reduzindo custos maiores no SUS^{11,12}. A presença do nutricionista é importante, pois uma das consequências, quando alguém decide parar de fumar, é o ganho de peso que, consequentemente, pode aumentar o aparecimento de DCNT.

O GSM pode ser considerado um Projeto Terapêutico Singular uma vez que, segundo as Diretrizes do Nasf¹⁰, é um conjunto de ações (terapêuticas e articuladas) para um público específico, resultado da discussão coletiva de uma equipe. Vale ressaltar que o planejamento das ações foi idealizado de acordo com características clínicas identificadas na população adstrita, conforme recomendação da Diretriz do Nasf^{7,9,10}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, vale a reflexão acerca da inserção e importância do nutricionista na ESF. Sua integração à equipe é essencial, tornando o atendimento mais integral, universal,

resolutivo e equânime, conforme defendem o SUS e a Constituição Federal de 1988, uma vez que a saúde adequada e igualitária é um direito de todos e um dever do Estado.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Livia Nascimento dos Santos.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Livia Nascimento dos Santos e Flávia Lima de Carvalho.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Livia Nascimento dos Santos e Flávia Lima de Carvalho.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Livia Nascimento dos Santos e Flávia Lima de Carvalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan. Brasília (DF); 2011.
2. Geus LMMA. Importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. Ciênc Saúde Colet. 2011;16(supl. 1):797-804.
3. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. Ciênc Saúde. 2008;1(1):33-42.
4. Santos AC. A inserção do nutricionista na estratégia de saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. Fam Saúde Desenvol. 2005;7(3):257-65.
5. Costa K, Santana PR. A importância e o papel do nutricionista na Atenção Básica em Vitória de Santo Antão/PE. Tempus. 2011;5(4):67-85.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol. 2006;84(1):1-28.
7. Rodrigues DCM, Bosi MLM. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Rev Nutr. 2014;27(6):735-46.
8. Rodrigues DCM, Rodrigues CMM, Nunes GM, Lira MRB, Melo PTH, Matos TA, et al. Por onde andei: caminhos percorridos pelos nutricionistas residentes na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-CE. Sanare. 2009;8(2):41-51
9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o Funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1990 set 20. Seção 1, p. 1.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília (DF); 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional. Brasília (DF); 2017.
12. Veloso NS, Rodrigues CAQ, Leite MTS, Ottoni JLM, Veloso GCC, Rodrigues RM, et al. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011;6(20):193-208.

Recebido: 19.9.2018. Aprovado: 6.10.2020.