

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Importância do nutricionista na Atenção Primária em
Saúde para a realização de aspectos da
Segurança Alimentar e Nutricional

Natália Utikava

Trabalho de graduação apresentado à disciplina HNT-0204 - Segurança Alimentar e Nutricional, do curso de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Maria Cervato Mancuso

São Paulo

2009

Importância do nutricionista na Atenção Primária em Saúde para a realização de aspectos da Segurança Alimentar e Nutricional

Natália Utikava

Trabalho de graduação apresentado à disciplina HNT-0204 - Segurança Alimentar e Nutricional, do curso de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Maria Cervato Mancuso

São Paulo

2009

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	8
3 METODOLOGIA	9
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
4.1 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DO ESPAÇO E DAS ATIVIDADES	10
4.2 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DA NUTRICIONISTA	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
6 REFERÊNCIAS	20
APÊNDICE: Questionário aplicado à nutricionista Lucia Yoshie Kuroiwa	22

1 INTRODUÇÃO

Considerando o papel da alimentação como fator de proteção - ou de risco - para ocorrência de grande parte das doenças e das causas de morte atuais, considera-se que a inserção universal, sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, integrada às demais ações já garantidas pelo SUS, poderá ter um importante impacto na saúde de pessoas, famílias e comunidades. (CFN, 2008, p. 22)

A Atenção Primária em Saúde (APS) é um nível do Sistema Único de Saúde (SUS) que se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Este nível de atenção oferece uma abordagem que forma a base determinante para o trabalho de todos os outros níveis do SUS.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) integram a Atenção Primária e são a “porta de entrada” dos cidadãos no sistema de saúde. O principal benefício deste primeiro contato para o SUS é a redução da utilização tanto de outros serviços especializados, dos outros níveis de atenção, como de consultas em salas de emergência. Muitos estudos comprovam a relação entre a atenção ao primeiro contato e uma porcentagem inferior do produto interno bruto gasto em serviços de saúde. Isso se deve ao fato de que a APS não requer especialização dos médicos, pois os pacientes deste nível de atenção, em sua maioria, possuem baixa probabilidade de ocorrência de doenças raras e específicas. Além disto, de acordo com STARFIELD (2002), os médicos de atenção básica também solicitam menos exames, ou exames menos específicos, que diminuem o ônus do sistema de saúde.

De acordo com o artigo nº 196 da Constituição Federal do Brasil, 1988, “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Embora não seja o objetivo deste trabalho, vale a pena destacar que o Sistema Único de Saúde introduziu o conceito de equidade no acesso, que é

diferente do acesso igualitário ao qual o artigo citado se propõe. A igualdade determina o mesmo direito a todos os cidadãos da nossa sociedade. No entanto, embora todos possuam o direito, o acesso a este direito não está assegurado, o que pode culminar em exclusão social. Já a equidade determina que os cidadãos detenham da mesma possibilidade de acesso para a realização deste direito. Assim, a equidade se propõe a oferecer condições para que qualquer indivíduo, respeitando-se suas condições culturais, sociais e econômicas, possa usufruir deste direito.

Embora a saúde seja um direito já bem conhecido dos cidadãos, existe um outro direito que a maioria desconhece: o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), em abril de 2009, iniciou uma campanha para mobilização dos cidadãos em prol da aprovação da Proposta de Emenda Constitucional nº 047 (PEC nº 047/2003), que inclui a alimentação entre os direitos sociais estabelecidos no artigo 6º da Constituição. Tal artigo afirma que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Embora o DHAA já tenha sido ratificado pelo Brasil em diversos tratados internacionais, o Consea avalia como prioritária a inclusão deste direito no conjunto dos direitos sociais fundamentais assegurados pela Constituição.

É a partir deste direito que podemos, então, introduzir o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2006, caracteriza a Segurança Alimentar e Nutricional como sendo a “realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (Capítulo I, artigo 3º). Sendo assim, a Segurança Alimentar e Nutricional visa assegurar o direito humano à alimentação adequada.

O setor saúde possui um papel importante no cumprimento da LOSAN e de todas as outras políticas que convergem para a promoção da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional. Valendo-se disto, em 1999, o Ministério de Saúde aprovou a

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que expressa diretrizes com as quais o setor saúde trabalha no contexto do Sistema Único de Saúde.

De acordo com a PNAN, a atuação do setor saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional é marcada por dois momentos: um positivo e um crítico. O momento positivo ocorre quando a oferta, a distribuição e o consumo dos alimentos transcorrem com normalidade, quer em termos de quantidade, qualidade e regularidade, quer em termos de utilização biológica. Nestas condições positivas, as ações predominantes do setor saúde devem ser a vigilância alimentar e nutricional, a vigilância sanitária de alimentos e as medidas de caráter educativo. Já o momento crítico ocorre quando há falhas em uma ou mais destas variáveis. Nestas circunstâncias, deficiência de renda, quebra de produção, intercorrência na oferta, hábitos alimentares inadequados e ocorrência de agravos endêmicos ou epidêmicos possibilitam a existência de problemas que afetam a saúde da população. O setor saúde, neste momento crítico, lida, portanto, com desnutrição e carências nutricionais, obesidade, diabetes mellitus, dislipidemias e outras doenças crônicas (PNAN, 1999).

A situação da alimentação e nutrição no Brasil possui características epidemiológicas e regionais bastante heterogêneas. É, portanto, um desafio a atuação do setor saúde para a adequação desta situação, que se agrava ainda mais com o número reduzido de nutricionistas na rede de Unidades Básicas de Saúde, ou seja, na Atenção Primária. Isto implica a necessidade de encaminhamento dos casos para os outros níveis de atenção à saúde, o que encarece o custo dos serviços, conforme já mencionado.

A partir dos conceitos de Atenção Primária e do seu papel na Segurança Alimentar e Nutricional, o presente trabalho se propõe a analisar a importância do profissional nutricionista neste nível de atenção, a fim de assegurar aspectos da definição de Segurança Alimentar e Nutricional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é analisar a influência do nutricionista na Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora do Brasil – Dr. Armando D'Arienzo para a realização de aspectos da Segurança Alimentar e Nutricional da população atendida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Este trabalho pretende, também, diagnosticar limitações do profissional nutricionista dentro de uma Unidade Básica de Saúde para o desenvolvimento de seu trabalho em Segurança Alimentar e Nutricional, sejam elas econômicas, culturais ou pessoais.

Além disto, será verificado o quanto o nutricionista reconhece sua atuação como sendo contribuidora para a Segurança Alimentar e Nutricional e se este conceito é transmitido aos usuários da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora do Brasil.

3 METODOLOGIA

Para a concretização deste estudo, foi realizada uma visita na Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora do Brasil – Dr. Armando D’Arienzo, localizada na Rua Almirante Marques Leão, 684, bairro da Bela Vista, em São Paulo, capital.

A nutricionista Lucia Yoshie Kuroiwa, funcionária da UBS, concedeu, gentilmente, uma entrevista, cuja relação de perguntas encontra-se no Apêndice deste trabalho.

A partir de observações da visita, da entrevista e da pesquisa em literatura acadêmica, serão discutidas algumas questões referentes ao objetivo proposto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da visita e entrevista realizadas, foram obtidas informações relevantes para o conhecimento da atuação do nutricionista na Atenção Primária em Saúde e sua relação com a Segurança Alimentar e Nutricional.

A seguir serão descritos e discutidos o espaço físico da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora do Brasil, os profissionais da equipe e, principalmente, a atuação da Dra. Lucia Yoshie Kuroiwa, nutricionista da unidade.

4.1 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DO ESPAÇO E DAS ATIVIDADES

A UBS Nossa Senhora do Brasil é dividida em dois grandes grupos de atuação: a equipe da Estratégia Saúde da família e a equipe da própria UBS, que atuam em andares diferentes.

No andar térreo localizam-se as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que realizam atendimento local dos pacientes, os quais são acompanhados também nos seus domicílios.

De acordo com o Departamento de Atenção Básica vinculado ao Ministério da Saúde, a concepção da ESF tem como propósito uma reorganização do modelo assistencial de atenção básica à saúde, antes centrado mais na visão da doença. Iniciado em 1994, a ESF é composta por equipes multiprofissionais, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias dentro de uma área geográfica delimitada. Este acompanhamento é organizado através de ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças.

A equipe da Estratégia Saúde da Família da UBS Nossa Senhora de Brasil é vinculada à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e é composta por três grupos responsáveis pelas visitas domiciliares na região da Bela Vista. Dentre os profissionais que compõem estes grupos há médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, uma assistente social e agentes comunitários de saúde.

Em julho de 2002 foi criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS), regulamentada pela lei federal Nº 10.507. Esta profissão, conforme dispõe o

artigo 2º desta lei, “caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste”. Entre as principais atribuições do agente comunitário de saúde, estão o cadastramento das famílias em sua comunidade de atuação, o acompanhamento periódico e regular das visitas domiciliares, a medição de peso e altura das crianças, o encaminhamento de gestantes no pré-natal, as orientações acerca de vacinas, aleitamento materno, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros assuntos relacionados à saúde. O ACS pode ser visto como uma “ponte” entre a comunidade atendida e os serviços de saúde disponíveis no município.

Nos andares superiores da UBS Nossa Senhora de Brasil e também no subsolo, atuam os profissionais não vinculados ao ESF. Clínicos gerais, ginecologistas, pediatras, uma psicóloga, um psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga, um dentista e uma nutricionista (Dra. Lucia) são os profissionais atuantes no local. Estes profissionais são funcionários das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Entretanto, a maioria dos funcionários é contratada pela prefeitura do município de São Paulo, uma vez que a Unidade Básica de Saúde compartilha dos princípios do Sistema Único de Saúde, dentre eles o da descentralização, ou municipalização.

“Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território” (Ministério da Saúde, 2009). A descentralização administrativa dos serviços de saúde é fundamental no Brasil, um país com dimensões continentais e repleto de diversidade social, cultural e econômica, pois possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde de acordo com as necessidades específicas e características de suas populações.

Na UBS visitada há, também, o Programa de Acompanhantes de Idosos, uma parceria da organização não-governamental Associação Saúde da Família com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. O principal objetivo do programa é desenvolver ações de cuidado domiciliar e apoio nas atividades diárias da população idosa com dependência funcional. Há 10 acompanhantes de idosos na UBS Nossa

Senhora de Brasil, especialmente selecionados e capacitados para a função, que oferecem companhia, escuta, acompanhamento em atividades externas e de lazer. Auxiliam também nos cuidados pessoais, de higiene, alimentação, entre outros. Os acompanhantes são supervisionados por um médico e contam com a assistência de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que providenciam outros cuidados, como curativos, administração da medicação, aferição da pressão arterial, dosagem da glicemia e outros cuidados que se fizerem necessários.

Tendo em vista a descrição do espaço e das atividades apresentadas, pode-se analisar o papel da Unidade Básica de Saúde na Segurança Alimentar e Nutricional. Conforme já mencionado, a SAN é um conceito amplo, que abrange diversos aspectos da vida humana através da realização do direito humano à alimentação adequada (DHAA). Um destes aspectos refere-se ao ato de assumir, como base, práticas promotoras da saúde. A UBS Nossa Senhora do Brasil contribui para a adoção de práticas promotoras da saúde pelos seus pacientes, no sentido de orientar e acompanhar estas práticas, como por exemplo, a orientação acerca do aleitamento materno, o acompanhamento do pré-natal, a atenção à saúde da criança, da mulher, do idoso, da saúde bucal e outras.

4.2 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DA NUTRICIONISTA

“Os hospitais contam mais regularmente com o trabalho do nutricionista, mas na Rede Básica de Saúde a inserção de nutricionistas ainda é incipiente” (PÁDUA e BOOG, 2006).

Conforme a citação, os autores consideram que, embora o nutricionista deva ser formado, na graduação, de forma a estar apto a atuar no Sistema Único de Saúde, ainda é recente e pequena a sua participação na Atenção Primária em Saúde, da qual fazem parte as UBS.

Tendo em vista esta incipiente atuação, pode-se considerar, portanto, extremamente edificante o fato de a nutricionista Lucia Yoshie haver contribuído para o conhecimento mais aprofundado de como se procede o atendimento nutricional em consultório e as atividades desenvolvidas por ela, fora do consultório, em alimentação e nutrição, na UBS Nossa Senhora do Brasil.

De acordo com PÁDUA e BOOG (2006), “o nutricionista deve estar capacitado a atuar visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas em que a alimentação e a nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais”. A atuação deste profissional em uma UBS faz-se de grande importância para estas áreas, uma vez que o cuidado nutricional no âmbito da Atenção Primária é a forma mais econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir novos casos de agravos associados à má alimentação, em detrimento de encaminhá-los para o atendimento hospitalar, num futuro próximo, em decorrência de suas complicações.

A nutricionista Lucia Yoshie, funcionária da prefeitura do município de São Paulo, realiza atendimento em consultório de segunda à sexta-feira na UBS Nossa Senhora do Brasil, contabilizando 40 horas semanais. A maioria dos pacientes chega até seu consultório através de encaminhamento dos médicos da UBS ou da ESF, porém, ela também agenda consultas com pacientes que tenham interesse em receber um atendimento diretamente com a nutricionista.

De acordo com a Dra. Lucia, os agravos de saúde mais comuns com os quais ela lida são o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, as dislipidemias (colesterol e/ou triglicérides elevados), obesidade, hiperuricemia (elevação dos níveis séricos de ácido úrico), alterações nos hormônios tireoidianos e tabagismo.

É fato que estes agravos sejam os mais frequentes nos atendimentos de qualquer nutricionista. De acordo com o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN, 2008), nos últimos 50 anos vêm ocorrendo importantes mudanças socioeconômicas, geográficas, políticas e tecnológicas, as quais estão diretamente relacionadas com as relações de trabalho, lazer, nível de atividade física, gasto energético e com muitos outros aspectos. Estas mudanças determinam fenômenos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional e, por consequência, é crescente o consumo de alimentos calóricos e industrializados, com alto teor de açúcares, gorduras, sal e aditivos químicos, em detrimento do consumo de frutas, legumes e verduras (FLV). Este novo padrão alimentar é um fator de risco tanto para o desenvolvimento de doenças crônicas, tais como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer; quanto para deficiências de vitaminas e minerais, e desnutrição.

Confirmando este padrão alimentar da população atual, a Dra. Lucia Yoshie relatou que a maioria de seus pacientes não possui o hábito de consumir frutas, legumes e verduras.

A partir deste relato e, tomando-se por base a maioria do público que utiliza os serviços públicos de saúde, surge uma questão: a renda da população está relacionada com um padrão alimentar específico? De acordo com a entrevistada, um aumento de renda pode contribuir para um padrão alimentar mais adequado. No entanto, ela observa que a maioria de seus pacientes com renda mais elevada não possui tempo para se alimentar adequadamente, por trabalharem em demasia.

Alguns autores identificam fortes associações entre essas duas variáveis. AQUINO e PHILIPPI (2002), por exemplo, afirmam que, com a abertura da economia e a estabilização monetária que ocorreram no Brasil nos últimos anos, houve uma ampliação do mercado consumidor. Porém, “ao mesmo tempo em que o poder aquisitivo aumentou, o preço real dos alimentos industrializados declinou, favorecendo principalmente a maior participação dos estratos sociais de menor renda” (AQUINO e PHILIPPI, 2002). Com isto, revela-se uma necessidade importante que surge com melhoria da renda da população: educação nutricional.

Contento et al., citados por CERVATO et al (2005), definem a educação nutricional como “qualquer experiência de ensino desenvolvida para facilitar a adoção voluntária de comportamento alimentar ou outro relacionado à nutrição, com a finalidade de conduzir à situação de saúde e bem-estar”.

Dentro desta visão, a nutricionista Lucia Yoshie desenvolve uma atividade de educação nutricional, às terças e quartas-feiras, no período da manhã, que acontece no subsolo da UBS Nossa Senhora do Brasil. Em parceria com uma médica clínica geral, a nutricionista reúne grupos de 10 a 15 pessoas, cuja participação é voluntária, a fim de sensibilizar e orientar para a adoção de práticas alimentares promotoras da saúde. Embora nestes grupos sejam abordados três principais temas, que incluem hipertensão, diabetes e dislipidemias, há intenções de se ampliar a abrangência dos temas e evitar que eles sejam abordados apenas com o foco nas doenças.

Esta atividade tem um segundo papel, também de grande importância, que é a formação do vínculo profissional-paciente. Diferente do que ocorre em outros níveis de atenção, é na Atenção Primária em que se estabelecem interações mais aprofundadas entre o profissional e o paciente.

Tal vínculo é estabelecido, também, na consulta do nutricionista. De acordo com STARFIELD (2002), há três modelos de conceituação deste vínculo. O primeiro modelo é a “atividade-passividade”, no qual o profissional toma as decisões quando um paciente está anestesiado ou inconsciente. Este modelo atribui-se, principalmente à classe médica, à qual se atribui este tipo de decisão. Um segundo modelo é a “orientação-cooperação”, no qual o profissional fornece as instruções o paciente coopera. Este modelo pode ser atribuído a alguns nutricionistas, que o adotam como forma de trabalho. No entanto, a autora destaca um terceiro modelo que é fundamental para ampliar o vínculo entre o profissional e o paciente. É o modelo de “participação mútua”. Neste, o profissional não presume saber o que é melhor para o paciente, pois este é conscientizado das restrições em suas próprias circunstâncias de vida, o que torna determinados métodos de intervenção mais ou menos viáveis. Este método é o que mais se adequa à atuação do nutricionista, uma vez que a alimentação é um processo extremamente particular de cada indivíduo. O que é melhor para o paciente surge da interação entre ele e o profissional, e ambos contribuem com o processo de intervenção, negociando o manejo mais apropriado.

Um exemplo deste modelo foi vivenciado pela Dra. Lucia, com uma paciente que não possuía geladeira em sua casa e, com o vínculo formado, a nutricionista compreendeu que não seria acessível, naquele momento, a compra da geladeira, pela paciente. Após a detecção desta condição, a nutricionista ofereceu informações sobre formas de conservação dos alimentos para evitar problemas de saúde e desperdício destes alimentos. Assim, em conjunto com a nutricionista, a paciente conseguiu fazer modificações necessárias para a sua saúde, porém dentro de seu contexto socioeconômico.

Este tipo de conduta por parte do profissional em nutrição contribui para alguns aspectos da Segurança Alimentar e Nutricional no sentido de respeitar as condições socioeconômicas e culturais dos indivíduos, compreendendo o contexto em que vivem, e oferecendo alternativas para que, dentro deste contexto, sejam feitas adequações visando à promoção da saúde.

Um método de consulta de “participação mútua” favorece também a longitudinalidade do cuidado. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007), “a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um

profissional ou uma equipe de saúde”. Esta relação que se estabelece possui diversas vantagens, tanto para os sistemas de saúde quanto para os usuários, incluindo a menor utilização dos serviços e conseqüente redução de custos totais, um melhor cuidado preventivo, atendimentos mais precoces e adequados e maior satisfação dos usuários com o atendimento.

O CFN (2008) considera importante a adoção de alguns elementos organizacionais para a atuação do nutricionista na Atenção Primária em Saúde. O primeiro elemento refere-se aos níveis de intervenção, que se relaciona com o atendimento nutricional propriamente dito, englobando ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento. O segundo orienta para a importância do conhecimento do “sujeito das ações”, seja o indivíduo, a família ou a comunidade. O terceiro elemento desta atuação remete ao caráter das ações, que devem ser universais, visando à garantia da SAN e à promoção de alimentação saudável da população em geral e de populações em fases de vida específicas, como crianças, gestantes, adolescentes, idosos. Em um consultório de uma Unidade Básica de Saúde é, portanto, fundamental, que estes três elementos estejam sendo aplicados. Assim, é necessário que o atendimento nutricional seja voltado para o paciente, dentro de seu contexto de vida e ainda que, a partir da experiência com cada paciente, sejam elaboradas ações direcionadas para a comunidade, ou seja, da experiência do consultório devem partir ações focadas na população.

A partir do atendimento nutricional da Dra. Lucia são obtidas algumas informações através de anamnese alimentar, com dados como idade, profissão, presença de doenças ou agravos de saúde já conhecidos, resultado de exames prévios, recordatório alimentar, peso, altura e Índice de Massa Corpórea (IMC). Devido à dificuldade de um atendimento personalizado, o recordatório alimentar não é específico, mas a nutricionista questiona ao paciente o que ele está acostumado a consumir nas diversas refeições do dia. Esta dificuldade no atendimento personalizado deve-se tanto ao tempo de atendimento, quanto a recursos tecnológicos, como a não disponibilidade de utilização de softwares em Nutrição, por exemplo, que muitas vezes, facilitam o trabalho do nutricionista e até mesmo contribuem para a Vigilância em Segurança Alimentar e Nutricional, por padronizar informações da população atendida. Em seu consultório não há microcomputador e ela conta apenas com uma balança e um medidor de altura. Os prontuários dos pacientes são todos em papel e guardados em um pequeno armário. Também

devido a esta falta de recursos, a nutricionista distribui fichas prontas com recomendações para os diversos tipos de agravos à saúde, como diabetes, hipertensão, dislipidemias, dentre outros. O inconveniente destas fichas é a não adequação das mesmas para o respeito ao contexto cultural e socioeconômico dos pacientes, aos quais se faz referência no conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, uma vez que nem todos os pacientes possuem condições de realizar o que as orientações estabelecem. No entanto, a falta de recursos, identificada pela profissional como uma barreira para diversas atividades, inclusive a personalização do atendimento, torna compreensível que, mesmo não sendo o método mais adequado, oferecer uma ficha pronta é uma forma de agilizar o atendimento, para que mais pacientes sejam atendidos, suprindo, desta forma, a demanda que é bastante intensa na UBS. No momento da visita, por exemplo, uma usuária bateu à porta do consultório solicitando o agendamento de uma consulta. A própria nutricionista é quem faz os agendamentos e, conforme observado, a consulta foi marcada para após 2 meses. Ainda assim, a consulta da nutricionista dura cerca de uma hora, contrapondo-se à dos médicos, que dura cerca de 10 minutos.

Foi perguntado à nutricionista se ela costumava apresentar, aos seus pacientes, informações no que diz respeito à higiene e qualidade dos alimentos. A resolução nº 380, de 2005, do Conselho Federal de Nutricionistas, dispõe sobre as atribuições do nutricionista conforme suas áreas de atuação. Na Atenção Básica em Saúde, segundo esta resolução, o nutricionista tem como uma de suas atribuições “orientar o cliente e/ou familiares/responsáveis, quanto às técnicas higiênicas e dietéticas, relativas ao plano de dieta estabelecido”. No entanto, a Dra. Lucia Yoshie assumiu como sendo uma falha própria o fato de ela não fornecer estas orientações aos seus pacientes. Ela relatou, no entanto, que a farmácia da UBS Nossa Senhora do Brasil oferece hipoclorito de sódio para a higienização de hortaliças e frutas, e que costuma informar aos pacientes a respeito desta possibilidade, assim como o método de utilização do produto.

Ainda conforme esta mesma resolução, na Atenção Básica em Saúde, é de obrigação do nutricionista “promover, junto com a equipe de planejamento, a implantação, implementação, e o acompanhamento das ações de Segurança Alimentar e Nutricional”. Quando perguntado à nutricionista se ela transmite aos seus pacientes informações sobre a questão da SAN, a resposta foi negativa. Os

pacientes os quais a nutricionista atende, portanto, talvez desconheçam o fato de a alimentação adequada ser um direito humano.

O Grupo Saudável que a Dra. Lucia integra pode ser considerado como uma ação de Segurança Alimentar e Nutricional, uma vez que ele auxilia no processo de educação nutricional, de tal forma que, os pacientes envolvidos passam a agregar informações para a sua própria promoção da saúde. Estas novas informações tornam-se ferramentas para a aquisição de alimentos de qualidade e em quantidades mais adequadas. No entanto, foi observado que a ação, em si, não é reconhecida pela profissional como uma contribuição para a questão da SAN. Por isso, faz-se de grande importância o planejamento das ações, junto à equipe multiprofissional da UBS Nossa Senhora do Brasil, de forma a reconhecer que tais ações contribuem para a SAN, e de que forma a equipe poderia atuar para assegurar mais aspectos deste conceito, como por exemplo, o próprio acesso aos alimentos.

Com relação a este acesso, foi questionado à nutricionista, se era de seu conhecimento a existência de algum programa de aquisição de alimentos na região, como, por exemplo, bancos de alimentos, restaurantes populares, distribuições de alimentos, dentre outros. A nutricionista afirmou desconhecer a existência destes programas, mas acredita que eles devem acontecer. Embora não seja uma das atribuições do nutricionista transmitir informações a este respeito, seria importante que os profissionais de nutrição, em todas as áreas de atuação, tomassem conhecimento destes programas para que possam incluir em suas atividades orientadoras, pois eles formam uma rede em prol da garantia do direito humano ao acesso e aquisição dos alimentos.

Conforme MALUF et. al (1996), o conceito de SAN adequada ao Brasil “deve enfatizar a questão do acesso aos alimentos, tanto nos casos em que ele é irregular ou insuficiente – onde se origina a fome – como naqueles onde o acesso é custoso e compromete parcela substancial da renda total, dificultando a obtenção dos demais componentes necessários a uma vida digna”. Sendo assim, a responsabilidade do nutricionista em conhecer e divulgar programas que envolvam o acesso dos alimentos deve ser reconhecida como uma ação importante, não apenas pelo acesso em si, mas, principalmente, para a promoção e manutenção da saúde e de uma vida digna de seus clientes/pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a importância do nutricionista no atendimento primário em saúde, a atuação da Dra. Lucia Yoshie pode ser considerada como sendo contribuidora para diversos aspectos da Segurança Alimentar e Nutricional, mesmo não sendo reconhecida pela profissional como tal.

Ainda assim, a falta de recursos econômicos à qual a nutricionista faz referência, é o principal limitador do seu trabalho para que sejam desenvolvidas novas ações promotoras da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional.

Retomando a definição de Segurança Alimentar e Nutricional mencionada no início deste trabalho, pode-se concluir que alguns aspectos poderiam ser abordados pela nutricionista, em seu cotidiano de trabalho, como a transmissão da informação a respeito de programas de aquisição de alimentos na região, em prol da melhoria das condições de acesso.

Além disto, talvez o plano dietético desenvolvido para os seus pacientes devesse sofrer atualizações, uma vez que a padronização das fichas de orientação não contribui para o respeito à diversidade cultural dos pacientes.

Enfim, faz-se de grande importância a inserção do nutricionista de forma mais intensa na Atenção Primária em Saúde e, para que ela ocorra de maneira a contribuir para a Segurança Alimentar e Nutricional, o primeiro passo é que os nutricionistas, de forma geral, tenham bem arraigado em sua formação profissional, o que é de fato a Segurança Alimentar e Nutricional e o importante papel destes, enquanto profissionais, para a realização deste direito. Só então suas ações poderão ser planejadas visando não apenas a melhoria da qualidade de vida de seus pacientes, como também a tomada de consciência destes pacientes em relação a alimentação adequada, que lhes é assegurada por direito.

6 REFERÊNCIAS

Aquino R de C, Philippi ST. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2002;36(6):655-60.

Associação Saúde da Família [homepage na internet]. São Paulo; [atualizado em 22 maio 2009; acesso em 26 maio 2009]. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.org>

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 da Justiça. 18 set 2006; Seção 1;681.

Cervato AM, Derntl AM, Latorre M do RD de O, Marucci Mde FN. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. Rev Nutr. 2005;18(1):41-52.

Conselho Federal de Nutricionistas. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. Brasília (DF); 2008.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília (DF); 2007. v.8.

Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional [homepage na internet]. Brasília: Campanha para aprovação da PEC Alimentação. [atualizado em 29 abr 2009]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/pec-alimentacao>

Maluf RS, Menezes F, Valente F. Contribuição ao tema da segurança alimentar no Brasil. Cad Debate. 1996;4:66-88.

Ministério da Saúde - Departamento de Atenção Básica [homepage na internet]. Brasil; [atualizado em 26 maio 2009; acesso em 26 maio 2009]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília (DF); 2009.

Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF); 2000.

Pádua JG de, Boog, MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. Ver. Nutr. 2006;19(4):413-24.

Prefeitura de São Paulo - Secretaria da Saúde [homepage na internet]. São Paulo: Programa de acompanhantes de idosos é ampliado na capital; [acesso em 26 maio 2009]. Disponível em: <http://intranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/noticias/programa-de-acompanhantes-de-idosos-e-ampliado-na-capital>

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

APÊNDICE

Questionário aplicado à nutricionista Lucia Yoshie Kuroiwa

1. Quais os principais problemas nutricionais na comunidade?
2. Quais os principais alimentos comprados e consumidos pelos pacientes?
3. Existe algum serviço na comunidade que ofereça alimentos de forma mais acessível (ex.: banco de alimentos, restaurantes populares, etc). Conhece o critério para o oferecimento do serviço?
4. É possível estabelecer uma renda média das famílias atendidas?
5. O maior conhecimento sobre alimentação e nutrição está relacionado ao aumento da renda, pela sua experiência? E pelo grau de escolaridade?
6. É comum os pacientes atendidos abandonarem os retornos de consultas?
7. Como é a relação entre os membros da equipe? Existe um tempo entre vocês para a discussão dos os casos?
8. São oferecidas informações a respeito da higiene e qualidade dos alimentos?
9. Na comunidade atendida já foi passada alguma informação a respeito da Segurança Alimentar e Nutricional? As pessoas sabem deste conceito, conhecem os seus direitos com relação a ele?