

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FRANCISLENE FIORITI LIRIA COSTA

ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, UM
COMPARATIVO ENTRE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SAÚDE
SUPLEMENTAR

CURITIBA
2014

FRANCISLENE FIORITI LIRIA COSTA

ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, UM
COMPARATIVO ENTRE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SAÚDE
SUPLEMENTAR.

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientador: Prof. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

CURITIBA
2014

Dedicatória

A minha família que me apoiou,
acompanhou e incentivou a concluir essa
especialização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me acompanharam neste período de especialização e a CASSI que me deu a oportunidade de elaborar o Projeto Técnico.

RESUMO

O presente trabalho trata da análise da atuação do nutricionista no Programa de Saúde da Família (PSF), tanto na Saúde Suplementar – Sistema Privado de Assistência à Saúde mais especificamente na Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e no Sistema Único de Saúde (SUS), indicando a importância da atuação deste profissional dentro programa de forma mais efetiva, estando presente dentro nas equipes de saúde da família e também nos núcleos de apoio às equipes nos NAFS. O PSF tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção, baseada na promoção e proteção, no diagnóstico precoce, na recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, objetivo este que seria mais facilmente alcançado com a presença do profissional da Nutrição atuante no programa.

Palavras – chave: Programa Saúde da Família; Saúde Suplementar; Atuação do Nutricionista.

LISTA DE SIGLAS

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

PSF – Programa de Saúde da Família

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

PACS – Programa de Agentes Comunitários

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPA – Nutricionista, Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Social

SUS – Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA..... | 1 |
| 1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO | 3 |
| 1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO..... | 4 |
| 2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA | 4 |
| 3. METODOLOGIA | 11 |
| 4. A ORGANIZAÇÃO | 12 |
| 4.1 DESCRIÇÃO GERAL:..... | 12 |
| 4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA | 13 |
| 5. PROPOSTA..... | 15 |
| 5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA | 15 |
| 5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO..... | 16 |
| 5.3 – RECURSOS | 17 |
| 5.4 - RESULTADOS ESPERADOS | 17 |
| 5.5 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS | 17 |
| 6. CONCLUSÃO | 19 |
| 7. REFERÊNCIAS..... | 21 |

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação/Problemática

Este projeto visa demonstrar e problematizar a ausência do profissional na Nutrição no Programa e Saúde da Família (PSF). Hoje a população brasileira é assistida tanto pela saúde pública, através do SUS (Sistema Único de Saúde) por meio da estratégia de saúde da família, quanto pelas operadoras de saúde atuantes da Saúde Suplementar, a CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, uma auto gestão em Saúde, cadastrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, assim como o SUS também utiliza o PSF como estratégia para atender seus participantes. O PSF é hoje a principal proposta pelo Ministério da Saúde(MS), para reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Ele pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998 p.20).

O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população sob essa ótica. A estratégia utilizada pelo PSF visa à reversão do modelo assistencial vigente, onde o foco é no médico especialista e nos atendimentos hospitalares. Por isso, neste, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. (BRASIL, 1997 p.7)

Esta perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997 p.8).

Os atendimentos dentro da lógica do PSF, conforme relatado acima, são realizados por meio de equipes de saúde, sendo estas multidisciplinares. O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. (BRASIL, 1998 p.13)

Em 2008 o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, com o objetivo de apoiar a inserção do PSF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolatividade, além dos processos de territorialização e regionalização (BRASIL, 2013).

Atualmente a CASSI é pioneira na utilização do PSF na Saúde Suplementar, dispensando recursos para a implementação do Programa e contando com uma equipe multidisciplinar completa, sendo esta composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um psicólogo, uma assistente social e uma nutricionista. No SUS dados da avaliação dos 15 anos da implantação do Programa realizada em 2003, mostram que o PSF conta com 17.610 equipes atendendo 90% dos municípios do país (BRASIL, 2003). Dados da avaliação realizada pelos gestores locais de saúde, revelam que a determinação da composição mínima das equipes vinha sendo cumprida na maioria dos municípios, sendo o médico, o enfermeiro e o agente comunitário de saúde os componentes de aproximadamente 96,0% delas, com leve predomínio do médico, o qual compõe a equipe em 98,2% dos municípios estudados (Brasil, 1999a). Observa-se, ainda, que a participação de outros profissionais da saúde, atuantes das equipes de saúde da família diretamente dentro PSF é reduzida, estes estão alocados nos NASF.

De acordo com o Ministério da Saúde, um dos principais desafios dos países em desenvolvimento, como o Brasil é definir e implementar estratégias efetivas para a prevenção e controle das doenças e agravos não-transmissíveis (DANT), a exemplo de doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas.

Estes agravos passaram a predominar nas estatísticas de saúde, constituindo problemas emergentes nos países em desenvolvimento e nos grupos sociais mais pobres, representando hoje gastos em tratamento ambulatorial, internações hospitalares e reabilitação pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, MS, 2003 p.3). Em conjunto com o elevado índice de morbi – mortalidade causados pelas DANT's destaca-se também o número de mortes associadas à desnutrição, com isso a inserção do profissional de nutrição à equipe de saúde da família é fundamental para o tratamento, prevenção e acompanhamento destes doentes, com consequente alcance dos objetivos que o PSF busca. Tendo em vista essa realidade é que a CASSI trabalha com a atuação deste profissional dentro da equipe de saúde da família, atuando ele em conjunto com os demais profissionais para que a premissa da promoção à saúde e a prevenção de agravos seja colocada em prática.

O acompanhamento da atuação deste profissional dentro da CASSI, faz com os índices da população, relacionados à índices de melhora em saúde sejam mais facilmente alcançados, como exemplo o número de obesos controlados, de diabéticos compensados, entre outros.

A problemática apresentada é a de mostrar que a inserção deste profissional nas equipes de saúde da família e no NASF- núcleo de apoio à saúde da família, assim como já acontece na CASSI deve ser priorizada por gestores para assegurar uma assistência segura, planejada e efetiva, com vistas a atenção integral dos indivíduos e comunidade.

1.2 Objetivo Geral do trabalho

Propor a incorporação do profissional nutricionista nas equipes de saúde da família de unidades básicas de saúde (UBS) e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

1.3 Justificativas do objetivo

A alta incidência de doenças e agravos à saúde relacionadas à alimentação, nos mostra que a inserção do profissional da nutrição dentro do PSF, principal programa de atendimento à população no Brasil tem grande importância quando o objetivo é o alcance à prevenção de agravos e promoção à saúde. A incorporação teria como objetivo a qualificação e a garantia da integralidade da atenção à saúde ofertada à população brasileira.

2. Revisão teórico-empírica

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, com a construção de um modelo assistencial de atenção à saúde, baseado na promoção e proteção, no diagnóstico precoce, na prevenção de agravos, na recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, de conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, Ministério da Saúde 2001).

O PSF surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. Acreditando que a busca de novos modelos de assistência à saúde decorre de um momento histórico – social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF apresenta -se como uma nova maneira de trabalhar a saúde tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde, agindo preventivamente sobre a população, indo ao seu encontro antes dessa buscar o serviço devido a uma doença (ROSA, LABATE, 2005).

O PSF no Brasil iniciou com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), com o êxito do Programa o Governo discute incorporação de outros profissionais para que as agentes não funcionassem de forma isolada (VIANNA, 1998). A equipe multidisciplinar mínima proposta pelo governo é composta

idealmente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), embora pressuponha que outros profissionais possam ser incorporados de acordo com a demanda dos serviços (BRASIL, 2000).

O PSF, dentro do SUS é tido como a porta de entrada prioritária dentro da sistemática de atendimento e atenção integral à saúde. Com o objetivo de apoiar a inserção do PSF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações do programa bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008(BRASIL, 2008).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família no qual o NASF está cadastrado, atuando de forma multi e interdisciplinar. O ministério da Saúde criou duas modalidades de NASF, o NASF 1 e o NASF 2. O primeiro deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o segundo que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios(BRASIL, 2013a).

A composição dos profissionais que irão atuar nos NASF é de responsabilidade dos gestores municipais, estes devem seguir critérios de prioridades a partir das necessidades de seus municípios e também da disponibilidade de profissionais e da composição mínima e acordo com o número de ES e seu município. sendo a principal responsabilidade a atuação e reforço das diretrizes na atenção à

saúde e também do PSF: a interdisciplinaridade, a intersectorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2013b).

A equipe do NASF e as equipes da saúde da família atuam em conjunto, criando espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF, atuará no apoio às equipes de saúde da família e tendo como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família. Dentro desta perspectiva o NASF atua na necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião de planejamentos, discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação, resolução de conflitos etc. Não acontecendo automaticamente, torna-se assim necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na gestão compartilhada e que os gestores coordenem estes processos, em constante construção (BRASIL, 2013c).

Concomitantemente, nas últimas décadas o conceito de assistência à saúde na saúde suplementar (empresas, entidades e outros) passou por uma verdadeira revolução. Foi uma transformação conceitual, que seguiu a linha crescente que representou avanços, tanto no que se refere ao teor quantitativo de serviços específicos de saúde quanto ao que diz respeito à qualidade destes serviços, vistos sempre como prioritários na garantia do bem estar individual e/ou coletivo. Com este objetivo, vários tipos de modelos assistenciais foram implantados, inclusive o PSF, com o objetivo de cuidar e promover a saúde de seus participantes (CIEFAS, 2000).

Os planos de saúde tiveram origem na fundação das Santas Casas de Misericórdia, instituições vinculadas à Igreja Católica com forte apelo às ações caritativas e filantrópicas. Estas fundações atuaram como principais prestadoras de serviços hospitalares no país, desde o período colonial até a primeira metade do século XX.

As oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde surgiram na década de 30 aqui no Brasil. E tiveram um crescimento no final da década de 50,

quando o país iniciou o processo de industrialização. Nessa ocasião, as instituições hospitalares privadas consolidaram-se como as principais prestadoras de serviço à classe média emergente.

Ainda no século XX, o sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos desenvolvendo-se a partir da previdência social. Foi quando surgiram as chamadas CAPs, ou seja, as Caixas de Aposentadorias e Pensões, inicialmente para os trabalhadores da estrada de ferro. Depois vieram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), unificados no que se chamou Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que gerou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1974.

Hoje, o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é o segundo maior sistema privado de saúde do mundo.

Com o aumento e a criação de operadoras e planos de saúde o governo federal criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. A agência foi criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde, cabendo a ela cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. A Agência nasceu pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento (BRASIL, 2013).

A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo SUS, nascido a partir da Constituição Federal de 1988, em que a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo status de bem público (BRASIL, 1988).

Com o objetivo de produzir saúde e não apenas tratar a doença, a ANS busca uma mudança de paradigma, e desde 2004 tem estimulado as operadoras de planos privados de assistência à saúde a repensarem a gestão com vistas a contribuir para mudanças do modelo de atenção no qual haja incorporação progressiva de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

A Agência define como programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aquele que contém um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam: a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. (BRASIL, 2013)

Dados de recentes pesquisas, demonstram que o perfil de saúde da população brasileira e a transição epidemiológica em curso no Brasil, fruto das mudanças no perfil demográfico e nutricional da população, vêm promovendo profundas alterações no padrão de morbimortalidade e no estado nutricional em todas as faixas etárias, em todo o espaço geográfico, nas áreas urbana e rural das grandes e pequenas cidades (ASSIS, et al, 2002).

Dados do DATASUS revelam que o número de internações hospitalares no ano de 2012 no Brasil, cujo diagnóstico principal é referente à doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas foi de 17.952, correspondendo a 1,62% do total de internações. E 2011 ocorreram 73.929 pelo capítulo IV do CID (Código Internacional de Doenças) – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, no total de 1.170.498 mortes, correspondendo a 6,31% das mortes no Brasil. (DATASUS, 2013). Todavia estas doenças constituem muitas vezes diagnóstico secundário, que levam à agravos que justificam o total de internações, como doença hipertensiva, diabetes e hipercolesterolemia doenças que são integrantes das DANT's – Doenças e Agravos Não Transmissíveis, uma vez controladas nos primeiros atendimentos na atenção básica no PSF, o número de internações poderiam ser evitadas.

De acordo com Jaime *et al*, 2002 as ações de alimentação e nutrição representam papel fundamental no contexto da Atenção Básica em Saúde e, em especial, na Estratégia de Saúde da Família. A alimentação e a nutrição, são entendidos como requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania(Brasil,2013). Além disso, contribuem sobremaneira para o enfrentamento da atual situação epidemiológica do país, representada pela tripla carga de doenças, que envolve: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e

seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas. (MENDES, 2009)

A área de Nutrição em Saúde Pública, no SUS onde o PSF é o carro chefe, é caracterizada particularmente pela realização de ações de caráter coletivo e preventivo, visando contribuir para que a produção, a distribuição e o consumo de alimentos sejam adequados e acessíveis a todos os indivíduos da comunidade.

O nutricionista é um profissional de saúde cuja formação visa precipuamente, à atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), ou Atenção Primária à Saúde, de acordo com as diretrizes curriculares nacionais do Conselho Nacional de Educação, do Ministério da Educação, para os alunos de Medicina, Enfermagem e Nutrição. (Brasil, 2001 p.4), o nutricionista deve estar capacitado para atuar visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas em que a alimentação e a nutrição se apresentem como fundamentais, para a promoção, manutenção, recuperação da saúde e a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais. Estas ações do profissional nutricionista vem ao encontro dos objetivos do PSF, programa que visa ao cuidado, à atenção e à promoção da saúde. E assim o PSF não é uma exclusividade do SUS, ele é também usado na saúde suplementar, na CASSI.

O CFN (Conselho Federal de Nutricionistas), relata na cartilha: O Papel do Nutricionista na Atenção Primária a Saúde publicada em 2008 o texto abaixo:

Os indicadores de gestão do SUS, publicados pelo Ministério da Saúde, vêm demonstrando que a velocidade de expansão da ESF, nos últimos anos, reflete a adesão inequívoca dos gestores estaduais e municipais aos princípios dessa estratégia de atenção à saúde, bem como da população que vive e é assistida nos territórios sob responsabilidade das equipes multiprofissionais. Entretanto, o CFN 8 O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde considera que a consolidação desse novo modelo de atenção requer revisão e realinhamento periódico, visando o seu aperfeiçoamento progressivo,

para atender com maior eficácia às reais necessidades indicadas pelo perfil epidemiológico da população.

A estrutura de atendimento da CASSI segue os moldes da estrutura do SUS, sendo os atendimentos realizados em Unidades. Cada unidade de atendimento tem um gestor responsável por toda a Equipe de Saúde da Família (ESF), e este é responsável pela avaliação, cobrança e acompanhamento dos fluxos de atendimento estabelecidos, assim como nas unidades básicas de atendimento do SUS.

A equipe de saúde da família é composta por um médico e um técnico de enfermagem, contando estes com uma equipe multidisciplinar composta por Nutricionista, Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Social, esta denominada de NEPA. A NEPA, atende todas as sete equipes de forma fixa e efetiva, com objetivo de atender às demandas da população cadastrada de forma que a promoção à saúde e a prevenção de agravos sejam atingidos. Esta equipe realiza atendimentos individuais e coletivos, com execução de palestras e atividades coletivas.

Na CASSI, pelo fato da unidade não ser porta de entrada obrigatória para atendimento dos participantes, diferentemente do SUS, existem metas a serem cumpridas, entre elas o cadastramento dos participantes no PSF, o acompanhamento dos cadastrados, a formação e acompanhamento de grupos de vigilância, entre outros indicadores de saúde. A população atendida na unidade e todos os demais associados, tem acesso direto à rede de atendimento, como hospitais e clínicas. O cadastramento no programa, e este é feito principalmente por contato telefônico ao participante (busca ativa), neste contato é divulgada a estratégia e feito o convite para a participação no Programa Saúde da Família (PSF).

Dentro deste modelo de assistência à saúde, observam - se que o campo da Nutrição tem se tornado emergente, seja como ciência, política social e/ou profissão. No Brasil, sabe se que o objetivo de promover a saúde não será alcançado sem que ações efetivas na área da vigilância e da assistência alimentar e nutricional sejam implementadas e articuladas a um sistema de vigilância à saúde. (ASSIS, 2002).

3. Metodologia

O desenvolvimento metodológico se deu a partir de revisão bibliográfica sobre o tema estudado.

Após a revisão das referências foi feito um comparativo das realidades apresentadas na bibliografia e no dia a dia da atuação do nutricionista na saúde suplementar, dentro da CASSI.

4. A Organização

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

SUS – Sistema Único de Saúde

Dentro de ambos a atuação do Nutricionista dentro da Equipe multidisciplinar do Programa de Saúde da Família (PSF).

4.1 Descrição geral:

O Sistema Único de Saúde, criado no Brasil em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, tornou o acesso gratuito à saúde direito de todo cidadão. Até então, o modelo de atendimento era dividido em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum.

A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes de 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão. Ela deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por Estados e municípios.

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS atende 90% da população brasileira, sendo que 28,6% usa exclusivamente o sistema. O SUS possui 63.650 de unidades ambulatoriais, que realizam em média 153 milhões de procedimentos/ano, além de possuir 5.794 unidade hospitalares que realizam um total de 11,7 milhões de internações/ano. Ele também executa 1 bilhão de procedimentos de atenção básica, o PSF conta com 17.610 equipes atendendo mais de 55 milhões de pessoas em 90% dos municípios do país (BRASIL, 2003).

Com o intuito de apoiar e melhorar a assistência integral e preventiva do PSF, o governo Federal através do Ministério da Saúde (MS), criou o NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família,

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) é uma empresa de autogestão em saúde fundada em 27 de janeiro de 1944 por um grupo de funcionários do BB. O objetivo era ressarcir as despesas de saúde dessa população. Com 69 anos de existência, a CASSI é hoje uma das maiores instituições sem fins lucrativos administradoras de planos de saúde do País. Atualmente, tem mais de 700 mil participantes.

Em 1996 inicia-se a implantação do novo Modelo Assistencial de Atenção Integral à Saúde. Com essa medida, a CASSI deixou de ser uma simples empresa pagadora de serviços médicos e tornou-se promotora de saúde, especialmente por meio da prevenção de doenças. Em 1998 é lançado novo programa assistencial: o Sempre Saúde CASSI, baseado na Estratégia de Saúde da Família do governo federal. Nesta ação, uma equipe multidisciplinar (formada por médicos, psicólogos, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem) visitava periodicamente a residência dos usuários, aplicando questionários com o objetivo de conhecer o perfil epidemiológico e os hábitos de vida da família. Sendo assim, CASSI avaliava riscos de adoecimento e propunha alternativas capazes de reverter quadros desfavoráveis, agindo preventivamente. A CASSI Curitiba é fundada neste mesmo ano, sendo a primeira unidade do país a implantar o PSF.

Hoje a CliniCASSI Curitiba possui 7 equipes de Saúde da Família, atendendo uma média de 400 participantes por equipe. Cada equipe é composta por um médico, um técnico de enfermagem, e a possui uma equipe chamada de NEPA – Nutricionista, Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Social, em Curitiba existem 1 nutricionista, 2 enfermeiros, 2 psicólogos e 2 assistentes sociais, atuantes no NEPA. A nutricionista atende as sete equipes, uma enfermeira atende a três equipes e outra a quatro, os psicólogos

4.2 - Diagnóstico da situação-problema

O PSF é, atualmente, a principal estratégia do SUS no Brasil e é até mesmo visto como alavanca de uma transformação do sistema como um todo. Porém, o Programa de Saúde da Família têm-se expandido sem um controle mais rígido desses serviços. Observa-se uma inadequação da formação dos profissionais da

equipe e uma dissonância entre a política de saúde proposta e o dia-a-dia do profissional. Além disso, a representação social a respeito do perfil e da prática do profissional de saúde e do seu lugar na sociedade, implica demandas nem sempre condizentes com aquilo que o PSF pretende oferecer. (RONZANI e STRALEN, 2003 p.15)

A transição epidemiológica em curso no Brasil, fruto das mudanças no perfil demográfico e nutricional da população, vem promovendo profundas alterações no padrão de morbi -mortalidade e no estado nutricional em todas as faixas etárias, em todo o espaço geográfico, nas áreas urbana e rural (Monteiro, 1995; Gigante et al., 1997; Assis et al., 2000a) das grandes e pequenas cidades.

O objetivo de promover a saúde, principal diretriz do PSF especialmente no Brasil, não será alcançado sem que ações efetivas na área da vigilância e da assistência alimentar e nutricional sejam implementadas de forma articulada a um sistema de vigilância à saúde. (ASSIS, et al.2002, p.2).

O fato de o PSF estar implantado em uma autogestão em saúde, atuante na saúde suplementar, em que os recursos são direcionados com vistas à efetividade e cumprimento das metas do programa, mostra que a participação do profissional da Nutrição dentro da equipe multidisciplinar tem impacto positivo, com ganho em saúde da população, estes ganhos são observados e acompanhados através da evolução da população acompanhada pela CASSI, onde as ações voltadas ao acompanhamento e avaliação nutricional dos participantes são os que mais tem adesão e resultado.

5. Proposta

A proposta sugerida neste projeto é embasada nos dados acima apresentados, em que as referências mostram que o ganho em saúde, e também para que o cumprimento dos objetivos do PSF no SUS, sejam mais efetivos com a presença do profissional da Nutrição dentro da Equipe multidisciplinar atuante no programa, tanto nas equipes quanto no NASF. O conceito ampliado em saúde (SUS) prevê que o indivíduo seja visto de forma integral, sendo segurança alimentar uma estratégia indispensável para melhora da qualidade de vida da população. O profissional nutricionista necessita ser incluso em equipes de saúde da família(ESF) e/ou como apoio nos NAFS, sendo sua inclusão priorizada, assim como acontece na NEPA da CASSI.

A inclusão seria realização com a presença do nutricionista nas unidades de atendimento, com atuação do profissional em atendimentos individuais, em grupos e em palestras educativas.

Esta é sugerida através do comparativo da atuação deste profissional no PSF realizado na Saúde Suplementar, dentro da CASSI, onde a equipe foi estruturada já com a presença deste profissional, uma vez que a efetividade do programa e o ganho em saúde para a população atendida são mais facilmente alcançados.

5.1 Desenvolvimento da proposta

A proposta seria desenvolvida em etapas, descritas abaixo:

1º Discussão com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde atuantes no PSF, incluindo servidores nutricionistas para elaboração do plano de implantação.

2º Apresentação aos gestores responsáveis pelas ações de saúde dos municípios, como prefeito e secretário municipal de saúde e também para o conselho municipal de saúde.

No desenvolvimento da proposta de contratação do profissional de nutrição na equipes de saúde da família, seria feito de forma gradativa através de concursos públicos.

3º Após aprovação, os profissionais seriam contratados a partir de concursos públicos, contratação por tempo determinado por meio de cooperativas e com parcerias com universidades através dos cursos de residência em saúde da família.

5.2 Plano de implantação

O profissional de Nutrição contratado para atuação nas unidades de Saúde de PSF, responderia ao gestor/responsável técnico pela Unidade, e atuaria em conjunto com a equipe multidisciplinar, desenvolvendo as atribuições abaixo:

- Planejamento e execução de ações de saúde para a população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família, seguindo as diretrizes do programa estabelecidas pelo Ministério da Saúde, visando a qualidade da atenção e a racionalização de recursos.
- Participação no planejamento, divulgação, execução e avaliação das atividades relacionadas à Vigilância de Risco e Promoção da Saúde.
- Realização treinamentos/sensibilização para toda a equipe de saúde sobre os temas e condutas alimentar/nutricional, visando contribuir para disseminação de conhecimentos específicos da área.
- Colaboração no planejamento e execução de programas de saúde, no âmbito da Unidade de Saúde, seguindo as diretrizes do PSF, elaborando estratégias de intervenção individual ou familiar, visando à qualidade das ações programáticas de saúde.
- Acompanhamento e cadastramento da população/famílias, seguindo as diretrizes do PSF visando o conhecimento das necessidades de saúde da população assistida e a coordenação de cuidados.
- Realização de visita domiciliar, seguindo protocolos e diretrizes da do PSF, e objetivos definidos pela equipe de saúde da família, com vistas a assistência e a coordenação de cuidados
- Acompanhamento e realização de diagnostico clinico nutricional individual, afim de obter e analisar o perfil nutricional/epidemiológico da população, para o planejamento das ações do serviço.

- Intervenção a nível individual, coletivo e familiar nos problemas alimentares e nutricionais da população assistida.
- Participação no planeamento, divulgação, execução, e avaliação das atividades relacionadas à Prevenção e Agravos e Promoção da saúde da população assistida.

5.3 – Recursos

Os recursos necessários para a implantação do profissional da nutrição nas equipes de saúde da família, envolvem recursos humanos e financeiros, com disponibilização de consultórios para os atendimentos individuais, materiais e equipamentos para a realização das avaliações nutricionais, como adipometro, balança compactas, fita métrica e também materiais para elaboração e execução de atividades coletivas.

O assunto para a implantação teria que ser incluído na agenda dos governantes, mostrando a importância da ação e os ganhos em saúde para a população com consequente de agravos e índices de morbi – mortalidade.

5.4 - Resultados esperados

Os resultados esperados envolvem ganhos em saúde muitos importantes como a redução dos índices de morbimortalidade causadas por transtornos alimentares, com redução no número de diabéticos, redução e controle de hipertensos, controle e prevenção de pacientes acometidos por síndrome metabólica.

Melhor acompanhamento e redução nos índices de desnutrição em crianças, pelo acompanhamento e direcionamento de orientação e inclusão e programas de saúde específicos.

5.5 - Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Os riscos e/ou problemas a serem enfrentados pelo projeto envolvem a não contratação dos profissionais para atuação no PSF.

A medida preventiva a ser adotada, seria o direcionamento dos profissionais já existentes no quadro e funcionários para ações e acompanhamentos periódicos nas

unidades de atendimento de PSF nas cidades. Outra medida seria convênio com Universidades Federais que possuem o curso de nutrição e também especialização/residência em PSF para atendimentos regulares nas unidades de PSF.

Com essas medidas já teríamos ganho em saúde para a população assistida.

6. Conclusão

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.

O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde e nas unidades de atendimento de saúde da família deve ser: atuar diretamente junto a indivíduos, famílias e comunidade; participar de ações de educação continuada de profissionais de saúde; e articular estratégias de ação com os equipamentos sociais de seu território de atuação, em prol da promoção da alimentação saudável, do Direito Humano à Alimentação Adequada e da Segurança Alimentar e Nutricional.

A ação do nutricionista na atenção primária à saúde deve-se pautar pelo compromisso e pelo conhecimento técnico da realidade epidemiológica e das estratégias e das ferramentas de ação em saúde coletiva. Sua atual inserção nesse nível de atenção à saúde ainda está longe do recomendado e do necessário para lidar com a realidade epidemiológica nacional. O Papel do Nutricionista no PSF de seguir elementos organizacionais: (1) Níveis de intervenção: gestão das ações de alimentação e nutrição e cuidado nutricional propriamente dito (englobando ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento/cuidado/assistência); (2) Sujeito das ações: o indivíduo, a família e a comunidade; (3) Caráter das ações: universais, tais como aquelas ações que visam à garantia da SAN e à promoção de alimentação saudável (aplicáveis a quaisquer fases do curso da vida) e específicas, aplicáveis a uma determinada fase do curso da vida, ou seja, ações destinadas a gestantes, crianças, escolares, adolescentes, adultos e idosos (Brasil, 2013).

A realidade vivida na CASSI com a presença do nutricionista, nos mostra que as ações de saúde votadas para a alimentação e nutrição se tornam mais efetivas.

Através desse comparativo entendemos e esperamos que o nutricionista faça parte das equipes de PSF, como membro prioritário nos NASF e dentro do SUS.

7. REFERÊNCIAS

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04/12/2013.

Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev Nutr. PUCCAMP* 2002; 15(3):255-66

ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 15, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732002000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 30p.

BRASIL. Ministério de Saúde. Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF. Página da internet. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 12/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 45p.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Planos de Saúde e Operadoras. Página da internet. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/286--promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas>>. Acesso em 04/12/2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais d; os Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 05/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Site disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em 05/12/2013.

FERNANDEZ, P. M. F. *et al.* Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300031&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09/12/2013.

FRANZONI, Bruna et al. Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, Dec. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05/12/2013.

JAIME, Patrícia Constante et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.** Campinas, v.24, n.6, Dec.2011 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05/12/2013.

MACHADO, M.H. (Coord.). Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. Brasília : Ministério da Saúde, 2000. 146p.

Mendes EV. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. 2009. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/apsredes>. Acesso em 02/12/2013.

RONZANI, Telmo Mota; STRALEN, Cornelis Johan. Dificuldades de Implantação do Programa Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**, v.6, n.2, p.99-107, jul./dez. 2003. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>. Acesso em 06/12/2013.

BRASIL. Conselho Federal de Nutrição. O Papel do Nutricionista na Atenção Primária. Página da Internet. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/cartilhas/61.pdf>. Acesso em 05/12/2013.