

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE
CURSO: NUTRIÇÃO
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM NUTRIÇÃO SOCIAL

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NUTRIÇÃO SOCIAL
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MONTE LÍBANO

Marina de Paraguassu Macêdo Bezerra

NATAL - RN

2009

MARINA DE PARAGUASSU MACÊDO BEZERRA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NUTRIÇÃO SOCIAL

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MONTE LÍBANO

Relatório apresentado ao curso de nutrição da FARN, como requisito avaliativo referente ao Estágio Supervisionado Nutrição Social.

Supervisoras de ensino: Bianca Arnoud

Supervisora de campo: Silvana Mendonça Vaz Salha

NATAL-RN

2009

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
PARTE I	
1.0 – Histórico do Bairro Bom Pastor	6
1.1 – Unidade de Saúde da Família Monte Líbano	8
2.0 – Diagnóstico da Clientela Beneficiada	9
2.1 – Identificação do Público-Alvo	9
2.1.1 – Condições de Saúde	9
2.1.2 – Condições de Moradia	12
2.1.3 – Condições Sócio-econômicas	14
2.2 – Critério para Desenvolvimento das Ações	16
2.3 – Programas e Trabalhos Existentes	17
PARTE II	
3.0 – Prática Educativa	21
3.1 - Introdução	22
3.2 - Justificativa	23
3.3 - Objetivos	23
3.4 – Recursos Metodológicos	24
3.5 – Materiais Utilizados	24
3.6 - Avaliação	25
3.7 – Considerações Finais	25
PARTE III	
4.0 – Visita de Inspeção Sanitária	26

4.1 – Objetivo da Visita	27
4.2 – Descritivo da Visita	27
4.3 - Considerações	29
PARTE IV	
5.0 – Atividades Realizadas	30
5.1 – Relato de Caso	30
5.1.1 – Unidade de Saúde	30
5.1.2 - Considerações	30
5.1.3 – Clínicas Integradas FARN	31
5.1.4 - Considerações	31
5.2 – Análise Crítica Geral	33
6.0 – Referências	35
APÊNDICE 1	37

INTRODUÇÃO

A construção da Política Nacional de promoção à saúde constitui no âmbito do Ministério da Saúde.

Somente a pouco mais de 5 anos a promoção tenha se configurado formalmente na instituição, diversos municípios desenvolveram ações específicas nesta área. Ao mesmo tempo os pressupostos da promoção da Saúde foram incorporados nos princípios e diretrizes de iniciativas do Ministério da Saúde, como programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), focados na reorientação dos serviços de saúde, ampliação do acesso da população aos mesmos e a vigilância da saúde das famílias e seus entornos (ROCHA E RODRIGUES apud MS, 2001).

A Unidade Básica de Saúde, através do PSF, é responsável pelo atendimento básico, de forma integral e contínua, proporcionando à população ações curativas, preventivas e promocionais da saúde.

Sabe-se que ações educativas de prevenção, aliadas aos atendimentos mais freqüentes, são consideradas ações de atenção básica ampliada e podem resolver 85% dos problemas de saúde da população, isso significa que o investimento na atenção básica previne o adoecimento ou agravamento das doenças (BRASIL, 2007).

Uma primeira avaliação sobre o PSF aponta para o impacto positivo do programa em áreas com grande déficit de serviços básicos de saúde, sobretudo na Região Nordeste do país. Todavia, um dos grandes desafios do programa se refere ao seu impacto nas grandes regiões metropolitanas, onde, teoricamente, há uma oferta mais estruturada de serviços de saúde e onde se concentra um expressivo contingente populacional com elevado índice de pobreza urbana e ao mesmo tempo extremamente heterogênea (SENNA, 2002).

De igual importância, outro grande desafio do programa diz respeito à sua capacidade de integração com o restante do sistema de saúde, de forma a redefinir qualitativamente o modelo de atenção à saúde, como pretendido por

seus formuladores, mostrando que não é apenas uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas pobres e rurais do país (MS, 1998).

Para a qualidade da atenção, é fundamental que as equipes busquem a integralidade nos seus vários sentidos e dimensões, como: propiciar a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; coordenar o cuidado aos indivíduos-família-comunidade; integrar uma rede de serviços de maior complexidade e, quando necessário, coordenar o acesso a esta rede (MS, 1998).

Por fim, o presente diagnóstico vem tornar claro as ações em saúde desenvolvidas na Unidade de Saúde da família Monte Líbano, confrontando a realidade da população com o atendimento dispensado a esta, bem como o funcionamento da Unidade e suas dificuldades.

1.0) HISTÓRICO DO BAIRRO BOM PASTOR

As terras onde está situado o atual bairro Bom Pastor pertenciam, até o final da década de 50 e início de 60, a diversos proprietários. Um deles chamado Manoel Luiz de Maria, mais conhecido como Manoel Caboclo, é um dos fundadores do lugar (Natal, 2006).

Com o passar do tempo, a área sofreu um desmembramento pelos proprietários e familiares. Esse desmembramento foi responsável pela ocupação e crescimento do bairro. Muitas dessas terras foram loteadas e vendidas abaixo do preço à população que necessitava construir moradias (Natal, 2006).

Outra família tradicional proprietária da área é a Tavares Flor. Seus domínios se estendiam da margem direita do Rio Potengi às imediações da Rua Bom Pastor, uma das principais do bairro. Diante de informações do funcionário municipal, topógrafo, Sr. Calixto Cabral de Oliveira, profundo conhecedor da cidade, em 1955, existia no Bom Pastor, um número diminuído de habitações, dentre essas, destacava-se a “Casa das Arrepêdidas”, que era uma obra assistencial da Igreja Católica, que recebia mulheres com comportamento divergente da moral da época. A casa ensinava-lhes corte e costura, bordado e atividades domésticas e fabricavam, ainda, produtos alimentares que eram vendidos na comunidade (NATAL, 2006).

Em 1962, a Prefeitura adquiriu terras do Sr. João Caldas, para a construção de um estádio de futebol. Porém, o projeto não foi efetivado, mas surgiu no local o Cemitério Bom Pastor (Natal, 2006).

O Instituto Bom Pastor, fundado em 21 de agosto de 1947. Foi o primeiro prédio construído no bairro. Feito pela Obra Jesus Bom Pastor, foi o que deu origem ao nome do bairro, pertencente, então, às Quintas. O prédio foi entregue às Irmãs de Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor de Angers, uma congregação francesa voltada para obras de divulgação das ações e palavra de Jesus Cristo. No Instituto foi construída uma capela em forma de cruz, uma marca das construções feitas pela irmandade.

O nome Bom Pastor é um termo bíblico, usado geralmente pelas comunidades cristãs para lembrar a figura de Jesus Cristo. Na literatura universal, o Pastor é a figura-guia, política ou religiosa de uma comunidade. O termo é bastante utilizado pelos seguidores de Jesus Cristo como aquele que se sacrifica pelos seguidores do seu projeto de vida (Natal, 2006).

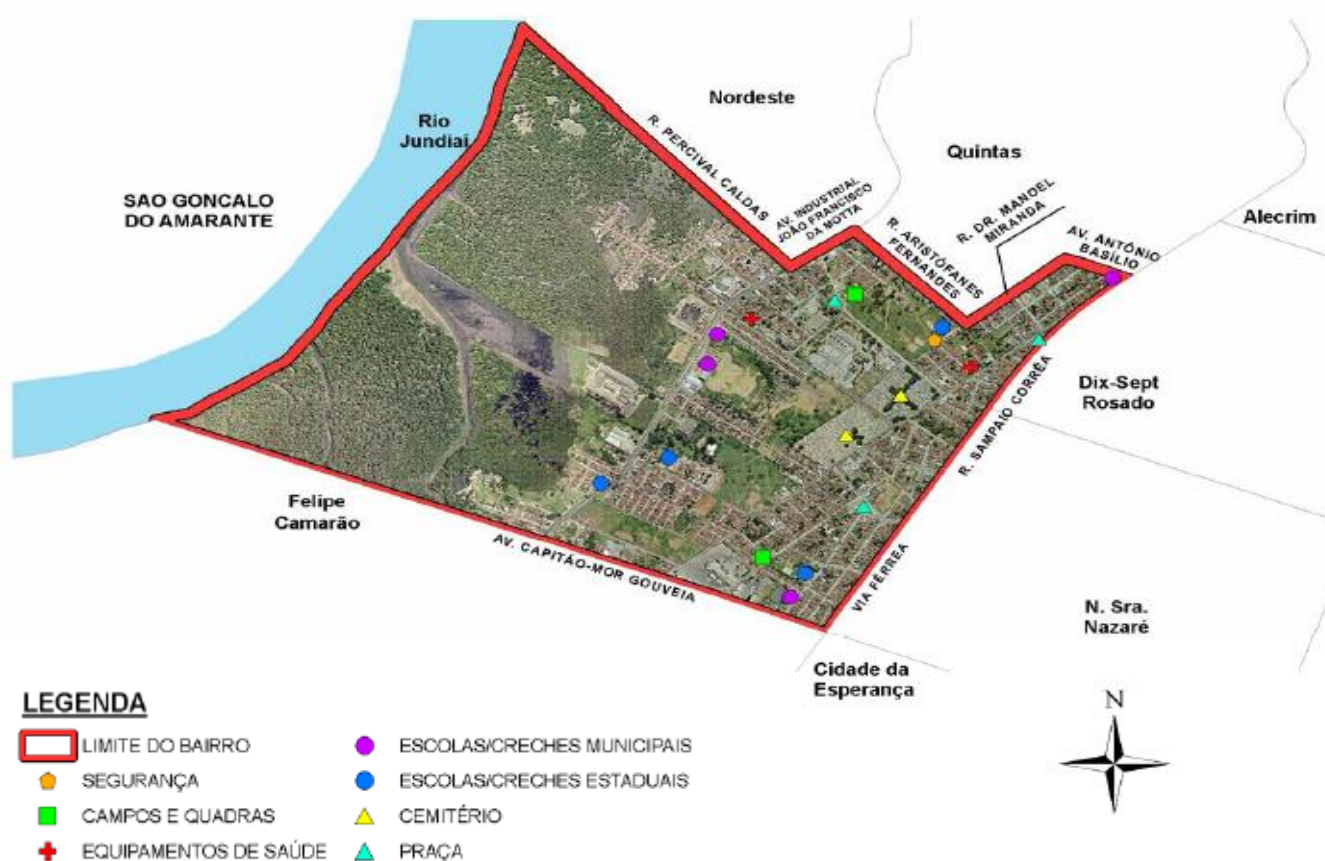
O bairro Bom Pastor teve seus limites definidos pela Lei nº 4.328, de 05 de abril de 1993, oficializada quando da sua publicação no Diário Oficial do Estado em 07 de setembro de 1994 (Natal, 2006).

O bairro está localizado na Região Administrativa Oeste e seus limites são (Natal, 2006):

- Ao Norte: Nordeste/Quintas;
- Ao Sul: Felipe Camarão;
- Ao Leste: Dix-Sept Rosado / Nossa Senhora de Nazaré;
- Ao Oeste: Rio Jundiáí.

Mapa do Bairro Bom Pastor

Figura 1 – Localização de Equipamentos e Serviços. SEMURB, 2006



1.1) UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MONTE LÍBANO

A Unidade de Saúde da Família Monte Líbano está localizada na Zona Oeste da cidade de Natal, especificamente no bairro do Bom Pastor. Encontra-se situada a Rua Matusalém s/n Bom Pastor Natal/RN, CEP 59040-580. É uma unidade do tipo básica, vinculada a Secretaria Municipal de Saúde de Natal de onde partem os recursos financeiros necessários junto com o município. Esta atende aos moradores do bairro Bom Pastor, parte dos bairros de Novo Horizonte e Km 6.

A unidade de saúde da família Monte Líbano funciona de segunda à sexta das 07h30min às 16h30min horas, e são oferecidos serviços de enfermagem, medicina, odontologia e nutrição, com um total de 45 funcionários.

A unidade de saúde possui três equipes (68, 69 e 70), que são formadas por médico, enfermeiro e agente de saúde, os serviços de odontologia e nutrição são gerais para toda a população, pois, cada pessoa possui uma equipe e um agente de saúde responsável para melhor funcionamento do posto, esses agentes realizam visitas diárias nas casas da região.

A Unidade de Saúde da Família Monte Líbano dispõe de estrutura física que comporta a clientela que frequenta (são atendidas, em média 120 pessoas por dia). É de caráter assistencial básico, possuindo profissionais que prestam atendimento essencial, porém, quando se faz necessária uma investigação de sintomas mais específicos, o paciente é encaminhado para um hospital ou clínica conveniado ao SUS, onde são realizados todos os procedimentos necessários para garantir o diagnóstico final do paciente.

Os atendimentos funcionam através de agendamento, como também através de demanda livre. Para preventivo, CD, planejamento familiar, pré-natais e tratamento odontológico são realizados agendamentos. Já para consultas clínicas gerais, curativo, urgência odontológica, nutricionista existe a parte agendada como também pode ser através da demanda livre.

A unidade de saúde realiza alguns programas do governo, tais como: saúde bucal nas escolas, pré-natal, planejamento familiar, saúde de ferro, suplementação de vitamina A, programa de combate às carências nutricionais.

2.0) DIAGNÓSTICO DA CLIENTELA BENEFICIADA

2.1) IDENTIFICAÇÃO DO PÚBLICO-ALVO

A clientela beneficiada pelos serviços de saúde da Unidade Monte Líbano são os moradores do bairro e proximidades que dependem da assistência do SUS. Compreendem mulheres, homens, idosos, gestantes e crianças.

Para conhecer melhor o público-alvo, foi elaborado um questionário contendo 21 questões (Apêndice 1) que foi aplicado com 40 pessoas que estavam nos corredores da unidade.

Pode-se observar com os resultados obtidos através dos questionários, que o público feminino é bem mais freqüente, visto que, dos 40 entrevistados, apenas 17% eram do sexo masculino. Essa realidade é predominante na maioria das instituições de saúde do país, pois é sabido que as mulheres têm maior preocupação em cuidados com a saúde que os homens, tanto no aspecto preventivo, quanto curativo.

De acordo com a SEMURB, com relação ao sexo da população residente no bairro Bom Pastor, existe uma distribuição consideravelmente equilibrada, totalizando cerca de 48% de homens e aproximadamente 51% de mulheres. Dados esses, que confirmam que a população masculina existe em menor freqüência da Unidade de Saúde

2.1.1) CONDIÇÕES DE SAÚDE

Para medir as condições de saúde - considerando-se que a saúde é um direito de todos e dever do Estado nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), como preconiza a Constituição. A Secretaria Municipal de Saúde de Natal vem adotando medidas para executar a articulação entre os serviços, a partir de unidades de saúde pré-existentes com suas composições

próprias e recursos, respeitando a vocação institucional, pensando assim o perfil da rede assistencial (NATAL, 2006).

Uma alimentação saudável deve ser baseada em práticas alimentares assumindo a significação social e cultural dos alimentos como fundamento básico conceitual. A alimentação se dá em função do consumo de alimentos (e não de nutrientes). Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura e todos estes componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional (BRASIL, 2005).

Os nutrientes são importantes, contudo, os alimentos não podem ser resumidos a veículos destes. Os alimentos trazem significações culturais, comportamentais e afetivas singulares que jamais podem ser desprezadas. De um modo geral, uma alimentação saudável deve favorecer a substituição do consumo de alimentos pouco saudáveis por alimentos mais saudáveis, respeitando a identidade cultural-alimentar das populações ou comunidades (BRASIL, 2005).

Com relação à qualidade das refeições, foi perguntado aos entrevistados, com que frequência era consumido frutas e verduras. Dos entrevistados, 27,5% disseram que comem frutas e verduras todos os dias, 32,5% responderam que consomem frutas e verduras de 2 a 3 vezes por semana, outros 32,5% relataram que ingerem de vez em quando e 7,5%, 1 vez por semana.

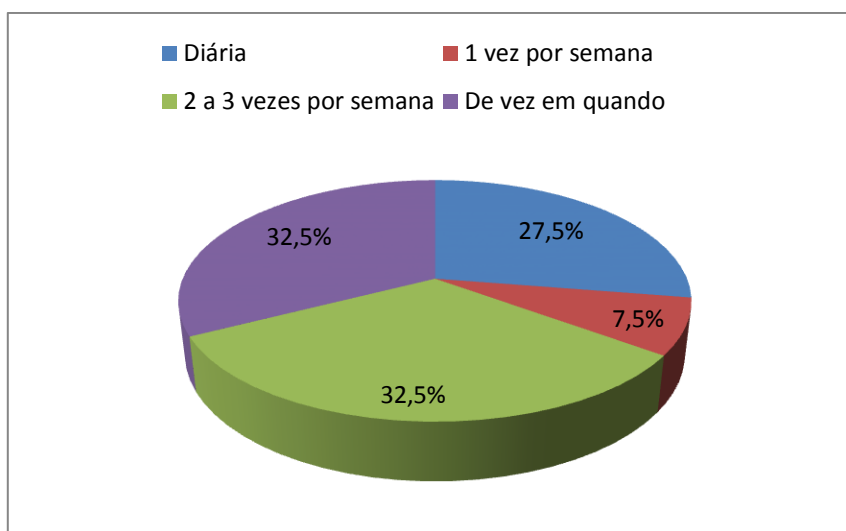


Gráfico 1 – Com que frequência ingere frutas e verduras

Também foi perguntado com que frequência as pessoas ingerem carnes. E a metade dos entrevistados relataram a ingestão diária desse alimento, 40% responderam que consomem de 2 a 3 vezes por semana, 7,5% de vez em quando e apenas 2,5% ingerem carnes uma vez por semana.

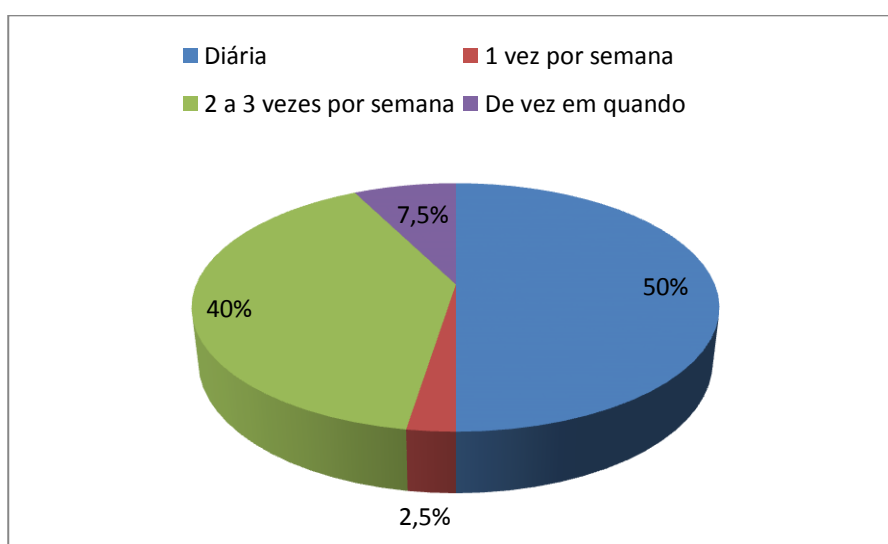


Gráfico 2 – Frequência que ingere carnes

Com relação ao consumo de leite e seus derivados, 57,5% dos entrevistados responderam que consomem diariamente um desses alimentos, 22,5% consomem de vez em quando e 20% de 2 a 3 vezes por semana.

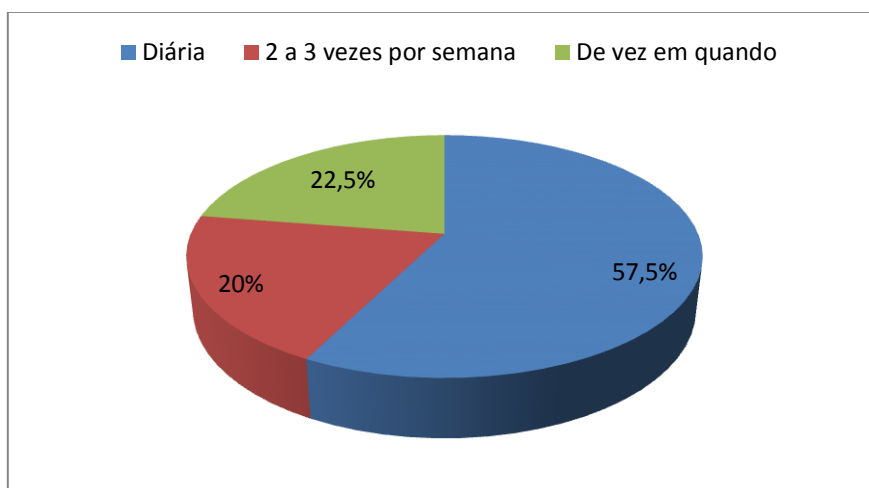


Gráfico 3 – Com que frequência ingere leite e seus derivados

Alguns entrevistados relataram possuir algum tipo de doença, as mais citadas foram: hipertensão, diabetes, anemia e obesidade.

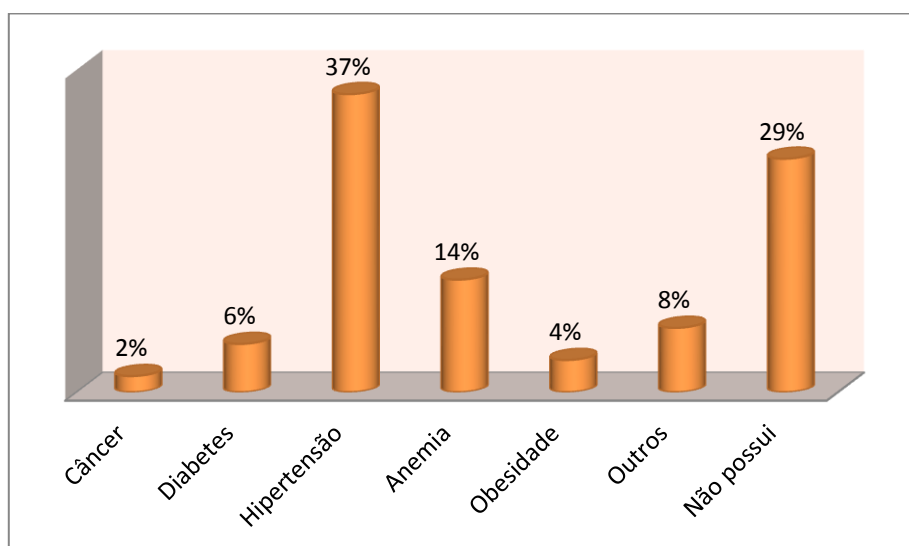


Gráfico 4 – Possui alguma doença

Para avaliar a preocupação da população com relação à sua alimentação, foi questionado se os entrevistados já haviam realizado algum tratamento com acompanhamento nutricional, e 55% dos entrevistados relataram que já obtiveram tal acompanhamento em algum momento da vida.

2.1.2 – CONDIÇÕES DE MORADIA

Como o próprio nome sugere, condição de moradia é a condição que o indivíduo tem de se estabelecer em um espaço físico, classificando-o em: casa, apartamento ou cômodo. O qual deve possuir rede de esgoto ou o saneamento básico, coleta de lixo, presença de água potável, iluminação, vizinhança, entre outras características.

De acordo com dados da SEMURB, o número de moradores por domicílio é em média de 3,63 pessoas. Comparando com os dados obtidos através da aplicação do questionário na Unidade, no qual, 42% relataram dividir sua casa com 3 ou 4 pessoas, 33% moravam com 5 ou 6 pessoas, 15% com 1 ou duas, 5% tinha mais de 6 pessoas em sua companhia e outros 5% moravam sozinhos. Nota-se que não há muita diferença entre os dados, pois, a maioria das pessoas confirmou a estatística.

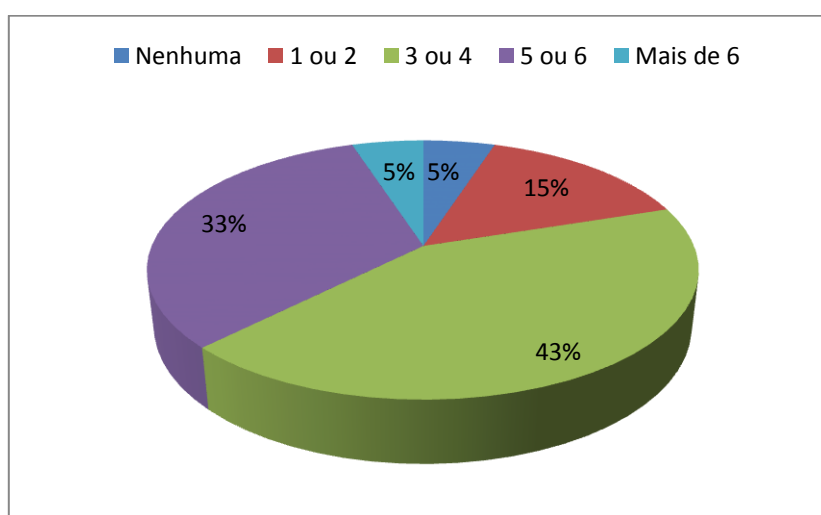


Gráfico 5 – Quantas pessoas moram com você

Com relação ao lixo, foi questionado se o lixo é coletado ou jogado a céu aberto. 87,5% responderam que o lixo é coletado e 12,5% referiram jogar à céu aberto.

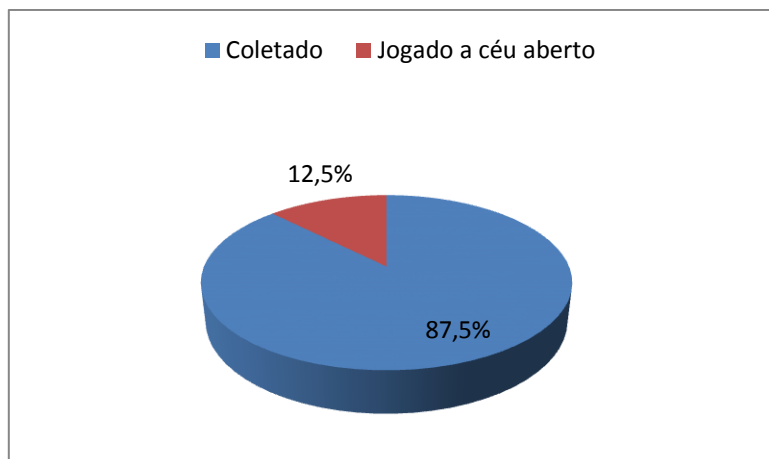


Gráfico 6 – Qual o destino do lixo

Ainda partindo de dados da SEMURB, constata-se que em 96,24% das residências o lixo é coletado. Em 34,72% das casas não há rede geral de esgoto, sendo que o esgotamento sanitário se dá através de fossas rudimentares. Apenas 30,94% são pluviais ou através da rede geral de esgoto; 23,30% são do tipo fossa séptica, e o restante, totalizando cerca de 11%, são dos tipos rio, vala, mar, lago, não possuem banheiro ou sanitário, ou não possuem outros escoadouros. Ou seja, mais de 1.700 residências não possuem esgotamento sanitário adequado.

Com relação ao abastecimento de água para uso diário, 97,98% das casas são abastecidas por rede geral, sendo, portanto, um percentual mínimo de moradores que recebem abastecimento de água através de poço, nascente ou outro método (NATAL, 2006).

Por todos os dados apresentados acima, conclui-se que a população vive em condição de moradia que deixam a desejar. Principalmente por ser um bairro de grande extensão e bastante populoso. Apesar da média de moradores por residência ser baixa, e o lixo da maioria das residências ser coletado, na Unidade de Saúde é possível observar que um grande número de pessoas atendidas vive em condições inadequadas de moradia. Os dados mostram que mais de 3.000 residências não são próprias e mais de 1.700 não têm esgotamento sanitário. Concluindo, portanto, que a população residente no bairro necessita de melhores condições para viver.

2.1.3) CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

Para avaliar as condições sócio-econômicas da clientela da Unidade, no questionário foram utilizados parâmetros como: o acesso às refeições, educação e renda familiar. Com a aplicação do questionário, foi possível obter dados que mostram que 92,5% dos pacientes entrevistados fazem de 3 a 4 refeições por dia; 2,5% fazem de 1 a 2 refeições por dia; 2,5% fazem 5 ou 6 refeições, e outros 2,5% realizam mais de 6 refeições ao dia.

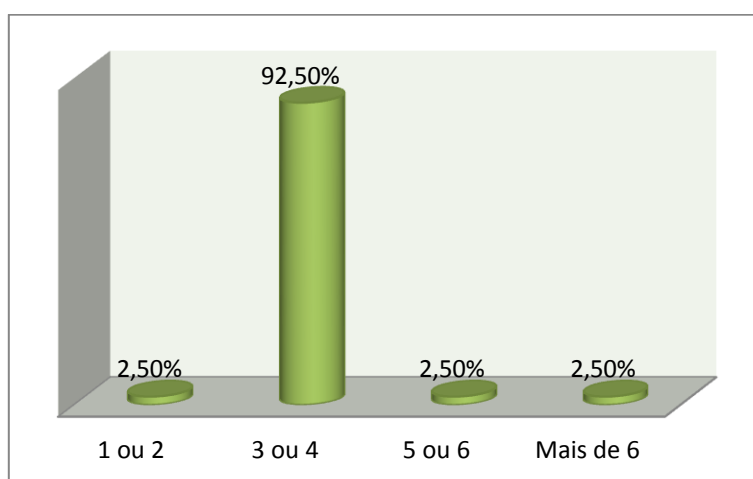


Gráfico 7 – Quantas refeições realizam por dia

Já sobre o grau de escolaridade do entrevistado, 77% tiveram acesso incompleto ao 1º grau; 7% concluíram o 1º grau; 10% relataram que obtiveram o ensino médio incompleto, 3% dos entrevistados responderam que possuíam 2º grau completo e apenas 3% tinham o ensino superior incompleto.

Comparando com os dados da SEMURB, pode-se notar que há significativa semelhança, visto que a maioria da população, 33,22% teve acesso de 4 a 7 anos de ensino, equivalendo ao 1º grau incompleto; e 24,27% dos moradores de Bom Pastor não possuem alfabetização.

No que diz respeito à classe de rendimento das famílias do bairro, de acordo com o questionário aplicado, a maior parte, equivalente a 68% foi o percentual de pessoas que responderam que a família possui até 1 salário mínimo como renda mensal e o restante, 32%, relatou possuir de 1 a 5 salários mínimos por mês.

Conclui-se, portanto, a partir dos dados acima expostos, que a população do bairro está inserida numa classificação sócio-econômica de baixo nível. Apesar de o questionário aplicado apontar que a maioria dos entrevistados tem acesso às principais refeições do dia, não é suficiente para afirmar que as condições sócio-econômicas são satisfatórias, já que grande parte da população não teve oportunidade de acesso à escolaridade completa. Além disso, pela vivência diária na Unidade de saúde, é perceptível que a população é economicamente carente.

2.2 – CRITÉRIOS PARA DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES

O acolhimento do paciente ao chegar na Unidade é realizado pelos Agentes de Saúde, sendo através de escala a designação do funcionário do dia que ficará a cargo de tal procedimento, além do esclarecimento de dúvidas existentes por parte do paciente.

O atendimento da população, em sua maioria, é feito através de agendamentos. Quanto ao trajeto dos usuários ao demandarem serviços e ações, ao chegar à unidade o paciente é destinado à sala de preparo, onde acontece a pesagem e medição da altura e verificação da pressão arterial deste, em seguida o mesmo fica na sala de espera da Unidade aguardando atendimento. Após este atendimento, o paciente muitas vezes procura outros serviços como marcação de exames, sala de vacinas e farmácia para aquisição de remédios. Se necessário realizar outra consulta, o paciente já sai da sala do médico com o agendamento, o que facilita o retorno à unidade.

Os serviços de nutrição da Unidade, diferentemente, não seguem esse sistema de marcação. Os pacientes que desejam atendimento nutricional devem pegar seus prontuários na recepção no dia em que pretendem ser atendidos, sem precisar marcar com antecedência, e se dirigirem à sala de preparo para verificação de peso e altura. Os agentes encaminham os prontuários até a sala onde a Nutricionista presta atendimento. Os pacientes são atendidos por ordem de chegada.

Como já se sabe, uma Unidade de Saúde presta assistência em nível primário, ou seja, quando um paciente necessita de uma investigação mais específica dos sintomas apresentados ao profissional no momento do atendimento, esse é encaminhado a uma clínica ou hospital conveniado ao SUS que tenha recursos e condições de oferecer uma assistência maior e realizar todos os procedimentos necessários para o diagnóstico final.

2.3 – PROGRAMAS E TRABALHOS EXISTENTES

Na Unidade existem programas como Suplementação de Sulfato Ferroso, Vitamina A, Programa do Leite, programa de diabetes e hipertensos e planejamento familiar. E para cada programa, são apontados profissionais da Unidade que se responsabilizam por executar os objetivos do programa.

A nutricionista da Unidade é responsável pelos programas de Suplementação de sulfato ferroso, vitamina A e Programa do Leite.

▪ SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro consiste na suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto.

Os suplementos de ferro serão distribuídos, gratuitamente, às unidades de saúde que conformam a rede do SUS em todos os municípios brasileiros, de acordo com o número de crianças e mulheres que atendam ao perfil de sujeitos da ação do Programa. Este programa tem como objetivo reduzir a prevalência de anemia por deficiência de Ferro em crianças de 6 a 18 meses, gestantes e mulheres no pós-parto em todo o país, pois dados epidemiológicos apontam que este tipo de anemia é a carência nutricional de maior magnitude no mundo, sendo considerada uma carência em expansão em todos os segmentos sociais, atingindo principalmente crianças menores de dois anos e gestantes. Embora ainda não haja um levantamento nacional, estudos apontam que aproximadamente metade dos pré-escolares brasileiros sejam anêmicos (cerca de 4,8 milhões de crianças) com a prevalência chegando a 67,6% nas

idades entre 6 e 24 meses. No caso de gestantes, estima-se uma média nacional de prevalência de anemia em torno de 30%. (BRASIL, 2007)

Na Unidade de Saúde da Família Monte Líbano, a nutricionista é a profissional responsável pela receita da distribuição desse suplemento para gestantes, mulheres até o 3º mês pós-parto, e crianças que apresentem quadro de anemia ferropriva. A distribuição funciona da seguinte maneira: Quando o paciente se dirige à nutricionista para atendimento, com encaminhamento do médico ou enfermeiro, e possui em mãos exames que comprovem anemia ferropriva, é receitado o suplemento. Ou, durante o atendimento nutricional, a nutricionista solicita exame de sangue e a partir do seu resultado, a suplementação é receitada (em todo caso, além do suplemento, também é feita a orientação de uma dieta rica em ferro). Para gestantes, o ferro é receitado em forma de comprimido, juntamente com comprimidos de ácido fólico (cartela com 30 comprimidos de cada), devendo ser consumidos diariamente; para as mulheres até o 3º mês pós-parto, é receitada uma cartela de comprimidos de sulfato ferroso, também devendo fazer seu uso todos os dias; e para crianças, é especialmente receitado em forma de xarope de 60 ml com gosto artificial de laranja, sendo consumido 1 vez por semana.

A partir disso, é feito o registro da informação de distribuição do suplemento no espaço específico do caderno de saúde da criança, gestante ou puérpera e é orientado para o paciente que retorne à Unidade para dar continuidade ao tratamento, adquirindo novas cartelas ou frascos de xarope, de forma que para gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto seja todo mês, e para crianças, a cada 3 meses. Os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade são responsáveis por avisar aos pacientes, durante a visita domiciliar, sobre o retorno à Unidade de Saúde para adquirir novos comprimidos ou frascos de xarope.

▪ VITAMINA A:

O Vitamina A Mais - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A - é um programa do Ministério da Saúde, com apoio dos Estados, que busca reduzir e erradicar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59

meses de idade e mulheres no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar), residentes em regiões consideradas de risco. No Brasil, são consideradas áreas de risco: a região Nordeste, o Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e o Vale do Ribeira em São Paulo. O programa tem como objetivo garantir a eliminação da deficiência de vitamina A como um problema de saúde pública em áreas de risco no Brasil. Deve ser orientado aos pacientes que como medida preventiva é importante o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até 2 anos de idade, pelo menos; além de promover uma alimentação saudável, assegurando informações para incentivar o consumo de alimentos ricos em vitamina A pela população.

Se crianças e mulheres não conseguem ter, por qualquer motivo, uma alimentação que atenda às necessidades do organismo, elas devem receber vitamina A através de uma suplementação medicamentosa, contendo altas concentrações de vitamina, denominado suplemento ou megadose de vitamina A. A composição da megadose de vitamina A é: vitamina A na forma líquida, diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E, na dosagem de 100.000 UI e 200.000 UI. A megadose é acondicionada em frascos contendo cada um 50 cápsulas gelatinosas moles. As cápsulas apresentam cores diferentes, de acordo com a concentração de vitamina A (BRASIL, 2007).

Na Unidade de Saúde da Família Monte Líbano, a nutricionista é a responsável pela suplementação de Vitamina A. Essa suplementação é feita à cada 6 meses em crianças de 0 à 5 anos. Foram realizadas, durante o estágio, várias visitas em creches e escolas do bairro verificando os cartões de vacina das crianças e administrando a vacina para aqueles que estavam atrasados. À medida que é realizada a vacinação na criança, já fica aprazada no cartão de vacina a próxima suplementação, com isso, sempre que a criança for à unidade de saúde, o profissional verifica se as vacinações estão em dia.

▪ PROGRAMA DO LEITE

O Programa do Leite é uma das modalidades do Programa de Aquisição de Alimentos. Seu objetivo é propiciar o consumo do leite às famílias que se encontram em estado de insegurança alimentar e nutricional e incentivar a

produção familiar. O Programa é operacionalizado por meio de Convênios celebrados entre o Governo Federal por intermédio do MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome) e os Governos Estaduais. Para ser beneficiado pelo programa, as famílias precisam possuir renda per capita (por pessoa) de no máximo $\frac{1}{2}$ (meio) salário mínimo e ter entre os membros da família crianças de 6 meses à 4 anos, 11 meses e 29 dias; nutrizes até 6 meses após o parto; e outros, desde que autorizados pelo Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional. (BRASIL, 2007).

Na Unidade de Saúde da Família Monte Líbano, são distribuídos 1 litro de leite para as crianças inseridas no programa e 1 litro de leite para gestantes. Mas, além de crianças e gestantes, a Unidade oferece distribuição de 1 litro de leite para pacientes em tratamento de tuberculose. Porém, se o paciente interromper o tratamento medicamentoso, a distribuição do leite para ele será cortada. O leite é entregue toda semana, nas segundas, quartas e sextas-feiras, no período da manhã, das 6 horas às 9 horas. O beneficiado que não comparecer para o recebimento dentro do horário de entrega, não receberá o leite deste dia.

Foi possível vivenciar durante o estágio em Monte Líbano, a renovação do Cartão do Leite, que aconteceu no final do mês de setembro. Todos os beneficiados deveriam comparecer ao setor de nutrição da Unidade para que o prazo de sua permanência no programa fosse atualizado. Alguns que estavam com o prazo no limite da validade foram excluídos do programa.

PARTE II – 3.0 – Prática Educativa

PRÁTICA COM O GRUPO DE IDOSOS – PALESTRA SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL -

Natal – RN

2009

3.1) INTRODUÇÃO

De acordo com Hayflick, o envelhecimento não é uma simples passagem do tempo, é a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período (BUSNELLO, 2007).

Envelhecimento é, segundo Campos e Coelho, um processo natural que faz com que o corpo, gradativamente, com o avanço da idade, apresente várias mudanças anatômicas, que se refere à constituição do organismo, e funcionais, que são relativas ao funcionamento. À medida que essas mudanças vão progredindo, com o passar do tempo ocorre redução na capacidade funcional do corpo (BUSNELLO, 2007).

Os idosos pertencem a um grupo mais diversificado do que qualquer outro, com capacidades e níveis de funcionamento bem variados, uma diminuição na função dos órgãos normalmente acompanha o processo de envelhecimento (BUSNELLO, 2007).

Com o passar dos anos, o corpo começa a apresentar naturalmente algumas mudanças, que muitas vezes as pessoas demoram a perceber, mas que podem interferir na sua alimentação. Alterações naturais nos mecanismos de defesa do organismo ou dificuldades no processo de mastigação e deglutição podem tornar a pessoa idosa mais suscetível a complicações decorrentes do consumo de alimentos, o que reforça a necessidade de cuidados diários para preparar refeições seguras.

As necessidades energéticas geralmente diminuem com a idade em função das alterações na composição corporal, da diminuição da taxa metabólica basal e da redução na atividade física. O conhecimento destas necessidades dos idosos é essencial para a promoção da saúde. O objetivo do planejamento do consumo energético para indivíduos é minimizar o risco de inadequação ou excesso de ingestão de energia (BUSNELLO, 2007).

Como um todo, a população idosa tem mais probabilidade do que a população de adultos jovens de ter um estado nutricional marginal e, portanto, apresentar um maior risco de deficiência nutricional em momentos de estresse ou de cuidados da saúde. Os problemas emocionais, físicos e sociais podem

interferir no apetite ou afetar a habilidade de adquirir, preparar e consumir dietas nutricionalmente adequadas. Estes fatores incluem ainda o fato de a pessoa viver ou não sozinha, quantas refeições são realizadas por dia, quem prepara a alimentação e compra os alimentos, e qualquer impedimento físico que altere estes processos: problemas de dentição e mastigação, renda adequada para adquirir apropriadamente os alimentos e uso de álcool e medicamentos (MAGNONI, CUKIER, OLIVEIRA, 2005).

3.2) JUSTIFICATIVA

Diante disso, visto que a unidade de saúde da família monte Líbano possui um grupo de idosos que se reúne uma vez por semana pra realização de algumas atividades de entretenimento, obtivemos, através de uma conversa informal, relatos sobre o interesse em obter um conhecimento maior sobre uma alimentação saudável e seus benefícios.

Portanto, tornou-se oportuno o trabalho educativo em questão, a fim de levar até essas pessoas um conhecimento de vasta importância, como também, de promover uma melhor qualidade de vida para um grupo de pessoas tão susceptíveis a má nutrição.

3.3) OBJETIVOS

→ Objetivo geral:

- Realizar palestra sobre alimentação saudável com o grupo de idosos da unidade de saúde da família monte Líbano.

→ Objetivos específicos:

- Orientar e informar os idosos sobre os cuidados com a alimentação;
- Promover uma melhor qualidade de vida;
- Mostrar os malefícios causados por uma má alimentação;

3.4) RECURSOS METODOLÓGICOS:

A palestra foi realizada no dia 01/10/09, às 14h30min, na unidade de saúde da família monte Líbano, no galpão onde se realizam os encontros semanais do grupo de idosos.

A prática teve duração de aproximadamente 1 hora e foi de responsabilidade própria, sem ajuda e auxílio de outras pessoas. Na semana que antecedeu o encontro, o grupo foi avisado que haveria o trabalho com eles na semana seguinte para que eles não faltassem.

Na primeira parte do encontro, foi mostrados os principais fatores que afetam a alimentação na terceira idade, posteriormente, foi explicado como ultrapassar ou amenizar tais fatores para que se consiga atingir uma nutrição adequada e completa e a importância de se adquirir hábitos alimentares saudáveis e, por ultimo, foi mostrado a pirâmide alimentar para que eles tenham uma visão mais completa de uma alimentação balanceada mostrando os principais alimentos que devem ser introduzidos na alimentação como também sua forma de preparo.

Após as exposições, foi entregue um material composto por: 1 livrinho de receitas saudáveis e 1 panfleto com orientações nutricionais.

Em seguida, foi servido um lanche composto por 1 sanduíche natural, suco de fruta e também salada de frutas.

3.5) MATERIAIS UTILIZADOS:

- Cartazes expositivos e informativos;
- Pirâmide alimentar;
- Panfletos informativos;
- Livrinho com receitas saudáveis;
- Ingredientes para o preparo do lanche (pão integral, alface, tomate, queijo ricota, requeijão light, cenoura, abacaxi, hortelã e adoçante);
- Material descartável (guardanapos e copos);

3.6) AVALIAÇÃO:

Como método para avaliação da prática educativa, foi observado o interesse dos idosos com relação à obtenção de novos conhecimentos e mudanças dos hábitos alimentares, a participação deles durante a exposição com perguntas ou comentários, o interesse em adquirir o material que foi distribuído, os comentários verbais com o término da atividade, como também, a presença deles no dia do encontro.

Foi observada uma satisfação muito grande dos idosos com o término das exposições, com aplausos, elogios e comentários verbais sobre a palestra, além de terem agradecido pessoalmente, foi muito satisfatório.

3.7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da prática educativa foi bastante propício para o público-alvo, sendo muito satisfatório o retorno dos participantes, pois pude perceber o interesse em questionar sobre o assunto ou tentar responder, quando eram questionados. Além disso, o interesse pelas receitas saudáveis foi alto, demonstrando assim disposição da parte deles em adquirirem novos hábitos.

No meu ponto de vista, a prática educativa consistiu em uma importante estratégia para levar informações e conhecimento para um grupo tão susceptível a fraquezas sobre um assunto de extrema importância. Servindo também, particularmente, como experiência, no que diz respeito à novas pesquisas e exploração de conhecimentos adquiridos ao longo dos anos em sala de aula.

PARTE III – 4.0 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VISITA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA

Natal – RN

2009

4.1 – OBJETIVO DA VISITA

Esta visita tinha o objetivo de verificar se as pendências tinham sido regularizadas, ou seja, se estavam em conformidade com a Resolução RDC nº 216 de 15 de Setembro de 2004. E a partir da legislação, liberar ou autuar o Buffet.

4.2 – DESCRITIVO DA VISITA

A visita de inspeção sanitária ocorreu no dia 22 de Setembro de 2009, numa terça-feira, pela manhã, partindo da Secretaria Municipal de Saúde de Natal às 08h30min.

A visita foi o segundo retorno feito em um Buffet localizado em Tirol. A primeira visita a este estabelecimento foi realizada no dia 18 de julho de 2009. No documento de registro da visita foi identificado que o local dispõe de instalações físicas satisfatórias de conservação e higiene, com exceção de uma área externa que apresentava grande desorganização. No decorrer da visita foram constatadas outras irregularidades, e por isso, foi dado um prazo de 30 dias para regularização, e nova inspeção para verificar se as medidas de regularização tinham sido tomadas. 30 dias depois, o retorno foi executado.

Na segunda visita, foi verificada a questão das irregularidades encontradas na visita anterior, e a proprietária do estabelecimento já tinha dado início às obras e modificações necessárias. Porém, não tinham sido todas finalizadas, devido ao curto prazo. Então, foi dado o prazo de mais 10 dias. Que correspondeu à visita da qual fiz parte, como observadora. Foi, portanto, a terceira visita.

De acordo com os objetivos já citados no presente relatório, seguem abaixo as pendências que sofreram as corretas modificações ou que já foram parcialmente modificadas e estão em andamento para a regulamentação:

Área Externa:

- A área externa, onde acontecia a lavagem dos utensílios, havia grande desorganização, e necessitava de retoques nos azulejos das paredes e pisos. Este item não foi realizado com sucesso e a proprietária do Buffet prometeu realizar em um prazo de 5 dias.

Ralo da Cozinha:

- O ralo da cozinha estava quebrado, sem estar realizando o fechamento, este ralo foi trocado por um novo.

Câmara:

- A Câmara apresentava uma desorganização imensa, produtos sem etiquetas e sem prazo de validade e vários tipos de produtos armazenados em um mesmo ambiente, como por exemplo, rosas e alimentos.

A Câmara já estava em um estado de organização melhor, e com os alimentos etiquetados

Máquina de lavar:

- A máquina estava quebrada em desuso, a proprietária afirmou que já havia realizado o concerto, porém a máquina não estava em funcionamento ainda.

No documento de registro da visita de inspeção, foi relatado que foram cumpridas várias providências desde a primeira visita. Porém, ainda seria necessária a realização de outras. Portanto, foi dado novamente o prazo de mais 5 dias, já que foi possível constatar que muitas medidas foram tomadas e que a proprietária está tentando se regularizar, se preocupando em atender as recomendações. Assim, ficam pendentes para a próxima visita os seguintes itens:

Área Externa:

- Realizar todos os itens de organização e limpeza especificados para o local.

Máquina de lavar

- Colocar a máquina de lavar em funcionamento.

4.3 – CONSIDERAÇÕES

A visita de inspeção sanitária foi de relevante importância, pois se espera dela a prestação de orientação e auxílio à gerência na administração e organização de estabelecimentos que prestam serviços em geral à comunidade, não só referentes à alimentação. Atualmente, com a produção em grande escala e intensa circulação das mercadorias, os riscos à saúde decorrentes de serviços mal-prestados podem afetar a saúde da população que recebe os serviços do estabelecimento. A inspeção sanitária tem o poder de fiscalizar com o objetivo de prevenir riscos e danos à saúde relacionados com instalações físicas, consumo de alimentos, tecnologias e serviços de interesse sanitário.

No meu ponto de vista, esta visita contribuiu para uma nova experiência sobre esta área de atuação, pois eu nunca havia me deparado com tal situação, além de ser uma vertente da profissão de nutricionista muito interessante. A visita foi bastante esclarecedora, a equipe bastante empenhada em orientar e ensinar tudo aquilo que estavam fazendo e tirando todas as dúvidas que foram surgindo.

PARTE IV – 5.0 – ATIVIDADES REALIZADAS

5.1 – RELATO DE CASO

5.1.1 - UNIDADE DE SAÚDE

Foi escolhido um caso na Unidade de Saúde bastante comum. Trata-se do caso de uma mulher, com 41 anos de idade, hipertensa e diabética, com IMC = 31, mostrando um diagnóstico de obesidade.

Investigando a vida da paciente, constatou-se que a mesma possuía hábitos alimentares inadequados, com alto consumo de doces, açúcares, alimentos condimentados e gordurosos, como também não praticava nenhuma atividade física.

A conduta utilizada para solucionar este caso foi a de retirada de todo e qualquer alimento à base de açúcar, como também alimentos ricos em sal e gordura, visto que, a paciente já apresentava um grau de obesidade bem elevado e já havia casos na família de hipertensão e diabetes. Foi feita uma dieta à base de alimentos funcionais e saudáveis, para a diminuição do peso e conseqüentemente das taxas alteradas.

5.1.2 – CONSIDERAÇÕES

O caso relatado apesar de não ter apresentado grandes novidades, mostra a falta de informação e empenho de pessoas carentes, que apesar de saberem que possuem doenças crônicas e peso bastante elevado não se esforçam para mudar seus hábitos ou, em muitos casos, relatam não ter condições de comprar outros alimentos. Esses casos foram bastante freqüentes na Unidade, e a maioria deles não voltaram para continuar o tratamento e acompanhamento, mostrando o desleixo dessas pessoas com a própria saúde.

5.1.3 – CLÍNICAS INTEGRADAS FARN

No Ambulatório da FARN, o caso que acompanhei, foi o de uma criança de 11 anos, que foi a primeira consulta no dia 25 de Agosto de 2009. Esse paciente veio encaminhado da Psicologia, relatando que possuía a síndrome do comer compulsivo. Investigando seus hábitos alimentares, foi possível verificar um consumo realmente compulsivo durante o dia, e principalmente a ingestão de alimentos muito calóricos, associado a uma vida sedentária.

Seguindo à orientação da professora, a conduta utilizada foi através de orientações nutricionais, fazendo com que o paciente consumisse alimentos mais saudáveis e seguisse os horários das refeições, sem ficar comendo o dia inteiro, como também, iniciar algum tipo de esporte ou atividade física.

O retorno foi marcado para 30 dias depois, no dia 06 de outubro. O paciente compareceu à consulta e relatou uma mudança em seus hábitos bastante relevante, com uma perda de 2,2 kg do seu peso corporal. Além disso, o paciente se mostrou bem empenhado em suas mudanças, como também já tinha iniciado uma atividade física 3 vezes na semana. Foi mantida a conduta e marcado um retorno para mais 30 dias.

5.1.4 – CONSIDERAÇÕES

O caso relatado foi bem interessante por se tratar de uma criança saudável que precisava mudar seus hábitos alimentares para não adquirir doenças futuras e nem ganhar muito peso em sua adolescência. É muito difícil realizar essa mudança em crianças, pois esta ainda não possui essa consciência de peso, saúde e alimentação, porém foi surpreendente o empenho do paciente apresentando mudanças em seus hábitos e obtendo resultados bem gratificantes.

Com o atendimento na Clínica da FARN, foi possível aplicar os conhecimentos já adquiridos com os dias de experiência na Unidade de Saúde da Família Monte Líbano. Além dos conhecimentos teóricos obtidos em sala de aula. A Clínica proporcionou mais uma oportunidade para colocar em prática o

que foi aprendido e explorar novas pesquisas e novos estudos para o aprimoramento do atendimento ambulatorial, uma vez que lá estávamos sem supervisão e apoio de qualquer profissional de nutrição no momento do atendimento prestado à população, diferentemente da Unidade de Saúde.

5.2 – ANÁLISE CRÍTICA GERAL

Apesar de existir na Unidade de Saúde da Família Monte Líbano uma equipe multiprofissional, não foi possível evidenciar na prática diária uma interdisciplinaridade. Não significa que os profissionais não se relacionem bem. O que acontece é um bom relacionamento cotidiano entre eles, mas não existe uma ligação concreta do desenvolvimento de suas ações, durante a prestação de atendimento.

Em outras palavras, cada profissional atende o seu número de prontuários separadamente em suas salas, sem contar com possíveis colaborações que o restante da equipe multidisciplinar da Unidade poderia oferecer para melhorar a promoção da saúde em determinado indivíduo ou grupo social da comunidade.

Pude observar que as ações de Nutrição na prática diária da Unidade funcionam de forma satisfatória, pois a profissional nutricionista oferece um atendimento acima de tudo, humanizado, preocupando-se e adaptando suas orientações de acordo com as limitações econômicas, físicas intelectuais da população, pois foi bastante visível na população que o conceito que eles tinham a respeito de alimentação era de uma alimentação inacessível economicamente e de paladar pouco apreciado. E a nutricionista da Unidade conseguia mudar essa opinião da população facilmente, através de orientações práticas, sugerindo cardápios acessíveis e incentivando a adesão do paciente ao novo hábito alimentar.

Sobre a prática educativa, pude perceber que é fundamental para sua execução não somente conhecimento científico, mas também presença de espírito para lidar com as várias pessoas bem diferentes que estão atenciosamente recebendo as informações e absorvendo-as de maneira que só venha a melhorar sua qualidade de vida. Foi muito gratificante receber elogios do público sobre a palestra. Para mim, significou que o meu esforço em passar o conteúdo de forma prática e simples, de fácil entendimento, valeu a pena.

De uma maneira geral, posso afirmar que o Estágio Supervisionado em Nutrição Social foi extremamente proveitoso, ultrapassando as minhas

expectativas iniciais, pois pude observar, aprender e vivenciar o lado mais humano e social da profissão que escolhi, além de aprender novos métodos para que o atendimento nutricional seja cada vez mais qualificado.

6.0) REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/ferro.php>. Acessado em: 12/09/2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/vita.php>. Acessado em: 12/09/2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O que é uma alimentação saudável? Considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada.** Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/documentos/o_que_e_alimentacao_saudavel.pdf. Acessado em 20/09/2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde: Política Nacional de Promoção da Saúde. Vigilância em Saúde e Atenção Básica: avanços e desafios. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1131. Acessado em: 25/09/2009;
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Desenvolvimento Social. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/servicos/fale-conosco/seguranca-alimentar-e-nutricional/gestor-tecnico-municipal/programa-do-leite>. Acessado em: 25/09/2009.
- BUSNELO, Fernanda Michielin. **Aspectos Nutricionais no Processo do envelhecimento.** São Paulo: Atheneu, 2007.
- MAGNONI, Daniel; CUKIER, Celso; OLIVEIRA, Patrícia Amante. **Nutrição na Terceira Idade.** São Paulo: SARVIER, 2005.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação-geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Atenção Básica: Alimentação e Nutrição: Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/>. Acessado em: 22/09/2009;
- MS (Ministério da Saúde), 1998. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.
- NATAL. Prefeitura Municipal de Natal. Secretaria Especial de Meio Ambiente e Urbanismo (SEMURB). **Conheça melhor o seu bairro**. Disponível em: www.natal.rn.gov.br. Acesso em 01/10/2009.
- ROCHA, Sônia Regina de Oliveira e RODRIGUES, Eugênia Maria Silveira. IN: Promoção da Saúde: **Estratégia para o desenvolvimento sustentável**. Gestão Municipal de Saúde. MS, 2001, 248 p.
- SENNA, Mônica de Castro Maia. **Cadernos de Saúde Pública**. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro, vol.18, 2002.

