

ACTA PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO

A REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS NUTRICIONISTAS



Associação Portuguesa
dos Nutricionistas

01

abr. jun. '15
Distribuição Gratuita
ISSN: 2183-5985

Alimentar, são outras das suas áreas de trabalho.

Os Cuidados de Saúde Primários são o núcleo do sistema de saúde e situam-se junto das comunidades. Ao longo do tempo têm sido alvo de alterações na sua organização e estrutura, estando atualmente os Centros de Saúde reestruturados em unidades funcionais e, pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, são criados os agrupamentos de centros de saúde (ACES).

Os ACES compreendem várias unidades funcionais, estando os Nutricionistas integrados na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Esta unidade é multiprofissional e presta serviços de consultadoria e assistenciais às outras unidades do ACES, nomeadamente às Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados de Saúde na Comunidade (UCC) e à Unidade de Saúde Pública (USP). A missão dos agrupamentos de centros de saúde é a de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Quando analisamos as atividades legalmente definidas para o ACES, atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e, para os Nutricionistas, nomeadamente as que são realizadas no âmbito da Nutrição Comunitária e da Nutrição Clínica, verificamos total concordância. Isto evidencia a importância que as atividades desenvolvidas por estes profissionais têm no desempenho do agrupamento de centros de saúde.

O Nutricionista assume-se como um profissional de saúde com conhecimentos específicos em nutrição e alimentação humana, com capacidade para intervir na alimentação de pessoas saudáveis e doentes, em indivíduos ou grupos.

Segundo o artigo "Incorporação dos Nutricionistas nos Centros de saúde", publicado na Revista Nutricias n.º 11 da Associação Portuguesa dos Nutricionistas, existe um rácio de 1 Nutricionista para cada 117.964 habitantes, valor esse que é bastante dispar se for verificado o rácio por cada ARS. Segundo a conclusão de um grupo de peritos, em 2007, o rácio desejável para Portugal é de 1 Nutricionista por cada 20.000 habitantes.

Urge dotar os Serviços de Saúde de um maior número de Nutricionistas, técnicos superiores de saúde especialistas em nutrição e alimentação, imprescindíveis para a melhoria da qualidade de vida e de saúde das populações e ainda na otimização dos recursos de saúde.

Contratualização de indicadores: oportunidade ou ameaça?

Isabel Monteiro¹

¹ URAP, Aces Porto Ocidental, Administração Regional de Saúde do Norte

A contratualização é um processo de avaliação das necessidades em saúde, tendo em conta os recursos disponíveis. Deve ser transparente, presente, pedagógica, acessível e aberta a acontecimentos extraordinários. Deve ser realizada com indicadores eficientes e úteis. A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) deve integrar indicadores de acesso, desempenho assistencial, satisfação e eficiência que avaliem atividades de Nutrição Clínica, Comunitária, Formação e Consultoria e de Investigação. Algumas das conclusões do Relatório de Primavera 2010 mostram a necessidade urgente de se implementar uma política para as profissões, de se fazer evoluir a cooperação entre profissionais e entre as Unidades existentes nos agrupamentos de centros de saúde (ACES). Esta cooperação será crucial para a concretização dos objetivos de governação clínica e das estratégias locais de saúde. Recentemente, foi publicado o Relatório da Gulbenkian que alerta para o facto de termos uma população envelhecida com elevada prevalência de diabetes. Há necessidade de se implementar um novo modelo, centrado nas pessoas e baseado no trabalho de equipa. A sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde depende da redução da incidência das doenças crónicas, que absorvem a maior fatia de custos. A URAP possui recursos diferenciados capacitados para promover a autogestão do doente crónico e implementar programas de promoção da saúde e prevenção da doença. A alimentação é o principal fator de risco modificável das doenças não comunicáveis e é um dos principais determinantes do pleno desenvolvimento da criança e jovem, crucial nas diferentes etapas da

vida. A Organização Mundial da Saúde reconhece que a alimentação saudável pode reduzir em 25% a mortalidade prematura por doenças não comunicáveis. Assim, a URAP deve selecionar os indicadores de acordo com o diagnóstico realizado pela equipa, os Planos Local, Regional e as prioridades e orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde. Mas, existem uma série de constrangimentos a ultrapassar como ACES com rácio Nutricionista/habitantes inadequado (1/20 000 é o rácio recomendado); a inexistência da URAP no SIARS; o facto da população da URAP ter forte dependência da referenciação; a incapacidade de acesso à PDS e a dados de UF que se encontrem num servidor diferente do da URAP; a necessidade de se construir o Módulo de Nutrição no SCLínico que permita registos da nossa atividade que possibilitem retirar dados sobre os nossos contributos para a melhoria da saúde; falta de sistema de incentivos. Assim, conclui-se que a contratualização é a oportunidade para demonstrarmos o nosso contributo para a melhoria do estado de saúde da população, desde que o processo esteja bem delineado e os indicadores reflitam resultados em saúde. Sugere-se o envolvimento de todos os profissionais e entidades responsáveis pela contratualização na definição de indicadores e análise dos constrangimentos que conduzam a soluções adequadas.

NOVAS GUIDELINES ATP4

Hipertensão arterial

Nuno Borges¹

¹ Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

A hipertensão arterial é considerada como o mais importante fator de risco de morte prematura em todo o mundo. Portugal, com os seus cerca de 40% de indivíduos hipertensos é um país onde este problema é ainda mais agudo, o que se traduz, por exemplo, no facto do acidente vascular cerebral ser a principal causa de morte (um caso singular entre os países da Europa Ocidental).

A necessidade de harmonização e atualização dos critérios de diagnóstico e terapêutica da hipertensão arterial, bem como da sua indissociabilidade de outros fatores de risco cardiovasculares (dislipidemia, obesidade, diabetes) levou, nos Estados Unidos da América, a uma tentativa de estabelecimento de linhas de orientação comuns, que deveriam já ter sido lançadas sob o nome de ATP IV. Não sendo possível um acordo entre as diversas sociedades científicas e organismos envolvidos, algumas delas avançaram para novas *guidelines* para o tratamento da hipertensão arterial. No que se refere à parte que nos interessa especialmente, o da terapêutica através de medidas de alteração do estilo de vida, foram feitas algumas propostas que interessa conhecer.

Assim, desde logo se insiste na necessidade da redução do consumo de sal. Em Portugal o consumo de sal, recentemente avaliado pelo estudo PHYSA, é mais do dobro do máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde, o que reforça de sobremaneira a necessidade de implementação de medidas para reduzir o seu consumo. No entanto parece claro que tal objetivo dificilmente pode ser atingido com a recomendação individualizada, sendo que, pelo contrário, as medidas de redução do teor de sal de alimentos se revelam da maior importância, tendo já tido comprovado sucesso em alguns países como o Reino Unido ou a Finlândia. Por outro lado, o peso excessivo é também um fator com forte impacto na pressão arterial, sendo que em pessoas obesas os níveis tensionais podem beneficiar significativamente com a normalização do peso, não esquecendo também a necessidade da prática regular de atividade física.

Seguindo uma tendência que parece extensiva a outros problemas de saúde, estas novas *guidelines* apontam também para a importância do padrão alimentar saudável como garantia de melhores níveis de pressão arterial. De facto, as recomendações têm vindo progressivamente a afastar-se de menções nutricionais específicas (com a exceção óbvia do sódio) em detrimento das recomendações centradas em modelos alimentares. Por terem já prova científica válida nesta patologia, destacam-se a Dieta Mediterrânica e a dieta DASH como modelos alimentares apropriados para hipertensos.