

ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

SAÚDE COLETIVA - ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

PROMOÇÃO A SAÚDE []

ASSISTÊNCIA A SAÚDE []

DATA DA VISITA

Nº DA VISITA

VISITA AGENDADA Sim [] Não []

1. IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA

1.1. Nutricionista Entrevistado(a) |

CRN-___|

1.2. Vínculo de Trabalho

Estatutário [] Celetista []
 Contratado [] Concursado Celetista []
 Outro []

1.3. Recursos Humanos na Área de Nutrição - Equipe Técnica

| Nome | CRN-___ | RT / QT | Carga Horária | | | Data de Admissão PJ |
|------|---------|---------|---------------|---------|---------------------|---------------------|
| | | | Diária | Semanal | Horário de trabalho | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Supervisor Técnico?

Sim [] Não []

Nome:

Cargo: Nutricionista? Sim [] Não [] NA []

RT: possui outros vínculos de trabalho

Sim [] Não []

Local |

PF entrevistada possui outros vínculos de trabalho?

Sim [] Não [] NA []

Local |

2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO LOCAL VISITADO

Razão Social

CNPJ

Unidade Básica de Saúde

Federal [] Estadual [] Municipal / Distrital []

3. PERFIL DO ATENDIMENTO DO(S) NUTRICIONISTA(S)

3.1 Nº Médio de atendimentos / dia turno

3.2 Tempo médio para a primeira consulta

3.3 São realizados retornos?

[] Sim [] Não

Com que frequência?

3.4 Tempo médio para atendimento do retorno

3.5 Clientela atendida pelo profissional Individual: Criança [] Adolescente [] Gestante [] Adulto [] Idoso []
Outros []

3.6 Reuniões em grupo Freqüência: semanal [] mensal [] trimestral [] Outros []
Tempo médio de reunião: _____
Número de Participantes: _____

3.7. Participação em Programas de Políticas Públicas: SISVAN [] BOLSA-FAMILIA [] ESF [] NASF [] Outros []: _____

4. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA(S)

4.1. Em Promoção a Saúde

| INDICADORES QUALITATIVOS | | * | PM | MP | NÃO |
|--------------------------|---|---|----|----|-----|
| 4.1.1 | Planeja e executa ações de educação alimentar e nutricional | | | | |
| 4.1.2 | Identifica grupos populacionais de risco nutricional para doenças e agravos não transmissíveis (DANT) | | | | |
| 4.1.3 | Desenvolve e implanta procedimentos e protocolos de atendimento nutricional adequado às características da população atendida | | | | |

*PM – Padrão Mínimo MP – Meta-padrão Não – Não atinge padrão mínimo

| INDICADORES QUANTITATIVOS | | SIM | NÃO | ÀS VEZES | *NA |
|---------------------------|--|-----|-----|----------|-----|
| 4.1.4 | Promove junto com a equipe de planejamento, a implantação, implementação e o acompanhamento das ações de segurança alimentar e nutricional | | | | |
| 4.1.5 | Participa da elaboração, revisão e padronização de procedimentos relativos à área de alimentação e nutrição | | | | |

*NA – Não se aplica

5. ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO(A) NUTRICIONISTA

5.1. Em Promoção a Saúde

| INDICADORES QUANTITATIVOS | | SIM | NÃO | ÀS VEZES | *NA |
|---------------------------|--|-----|-----|----------|-----|
| 5.1.1 | Participa da execução e análise de inquéritos e estudos epidemiológicos, em nível local ou regional, visando o planejamento de ações específicas. | | | | |
| 5.1.2 | Participa de equipes multidisciplinares destinadas à promoção e implementação de eventos direcionados a clientela assistida. | | | | |
| 5.1.3 | Realiza visitas domiciliares identificando portadores de patologias e deficiências associadas a nutrição, promovendo o atendimento nutricional adequado, com busca aos faltosos. | | | | |
| 5.1.4 | Integra fóruns de controle social, promovendo articulações e parcerias intersetoriais e interinstitucionais. | | | | |
| 5.1.5 | Promove, participa e divulga estudos e pesquisas na sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico. | | | | |

*NA – Não se aplica

| | |
|-----------|--|
| 6. | ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA |
|-----------|--|

| | |
|-------------|-------------------------------|
| 6.1. | Em Assistência à Saúde |
|-------------|-------------------------------|

| INDICADORES QUALITATIVOS | | * | PM | MP | NÃO |
|--------------------------|--|---|----|----|-----|
| 6.1.1. | Presta atendimento nutricional individual, em ambulatório ou em domicílio, elaborando o diagnóstico nutricional. | | | | |
| 6.1.2. | Elabora a prescrição dietética, com base no diagnóstico nutricional. | | | | |
| 6.1.3. | Registra em prontuário, a prescrição dietética e a evolução nutricional. | | | | |

*PM – Padrão Mínimo MP – Meta-padrão Não – Não atinge padrão mínimo

| INDICADORES QUANTITATIVOS | | SIM | NÃO | ÀS VEZES | *NA |
|---------------------------|--|-----|-----|----------|-----|
| 6.1.4. | Identifica portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição e de portadores de doenças e agravos não transmissíveis (DANT). | | | | |
| 6.1.5. | Solicita exames complementares à avaliação nutricional, prescrição dietética e evolução nutricional do usuário, quando necessário. | | | | |
| 6.1.6. | Integra as equipes multidisciplinares nas ações de assistência e orientação, desenvolvidas pela Unidade de Saúde, em especial na prevenção, tratamento e controle das doenças crônicas não transmissíveis. | | | | |
| 6.1.7. | Referencia a clientela aos níveis de atenção de maior complexidade, visando a complementação do tratamento, sempre que necessário. | | | | |

*NA – Não se aplica

| | |
|-----------|--|
| 7. | ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO(A) NUTRICIONISTA |
|-----------|--|

| | |
|-------------|-------------------------------|
| 7.1. | Em Assistência à Saúde |
|-------------|-------------------------------|

| INDICADORES QUANTITATIVOS | | SIM | NÃO | ÀS VEZES | *NA |
|---------------------------|---|-----|-----|----------|-----|
| 7.1.1. | Prescreve alimentos para fins especiais. | | | | |
| 7.1.2. | Interage com a equipe multidisciplinar, quando pertinente, definindo os procedimentos complementares na assistência ao usuário. | | | | |

*NA – Não se aplica

| | |
|-----------|--|
| 8. | TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL |
|-----------|--|

| 8.1. | Titulação | 8.2. | Atualização Técnica – Últimos 5 anos |
|------|---|------|---|
| | Especialização [] Alimentação Coletiva [] Nutrição Clínica [] Saúde Coletiva [] Nutrição em esportes [] Outras [] | | Textos / livros / artigos [] Cursos / congressos [] Grupos de estudos [] Pesquisa na Internet [] Outros (especificar) [] |
| | Mestrado [] Doutorado [] | | |
| 8.3. | Tempo de exercício profissional: | | |

| | |
|-----------|---|
| 9. | ATRIBUIÇÕES DO(S) TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA , SE HOUVER |
|-----------|---|

| |
|--|
| |
| |
| |

| 10. | RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS | SIM | NÃO | OBSERVAÇÕES |
|-------|---|-----|-----|------------------------------|
| 11.1. | Programas de Informática | | | Específico [] Outros [] |
| 11.2 | Outros | | | |

| 10. | DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA |
|-----|---|
|-----|---|

- Ação de educação alimentar e nutricional (4.1.1)
- Identificação de grupos populacionais de risco para DANT (4.1.1 e 6.1.4)
- Procedimentos e protocolos de atendimento nutricional (4.1.3)
- Ação de segurança alimentar e nutricional (4.1.4)
- Procedimentos relativos à área de alimentação e nutrição (4.1.5)
- Inquéritos e estudos Epidemiológicos (5.1.1)
- Identificação de portadores de patologias associadas à nutrição através de visitas domiciliares (5.1.13)
- Diagnóstico Nutricional (6.1.1)
- Prescrição dietética (6.1.2)
- Registro em prontuário da prescrição dietética e evolução nutricional (6.1.3)

| 11. | ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA |
|-----|--|
|-----|--|

| |
|-----------------------------|
| Atividades Obrigatórias [] |
| |
| |

| |
|-----------------------|
| Relatório Técnico [] |
| Outras [] |

O material solicitado deverá ficar disponível no local para apresentação ao CRN-6 e outros Órgãos de Fiscalização. A legislação do Sistema CFN/CRNs está disponível nos sites do CFN: www.cfn.org.br e CRN-_: www._____

IMPORTANTE

As presentes orientações / solicitações estão baseadas na legislação vigente e ao desenvolvê-las o(a) Nutricionista contribui para a saúde da população, assegurando a assistência nutricional e alimentar por meio de exercício ético valorizando sua profissão.

| 11. | OBSERVAÇÕES |
|-----|-------------|
|-----|-------------|

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A) | |
|------------------------------|--|
|------------------------------|--|

| | |
|------------|--|
| Nome | |
| Cargo | |
| Assinatura | |

| NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A) | |
|------------------------------------|--|
|------------------------------------|--|

| | |
|----------------------|--|
| Carimbo e Assinatura | |
|----------------------|--|

DATA DA VISITA

____/____/____

Nº DA VISITA

VISITA AGENDADA

Sim []

Não []

ANEXO 1

Solicitações das Atribuições Obrigatórias do Nutricionista

4.1- EM PROMOÇÃO À SAÚDE:

Item - 4.1.1 – “Planeja e executa ações de educação alimentar e nutricional”

- Padrão Mínimo:** Conhece a base populacional da área de abrangência do serviço de saúde.
Realizar palestras e ações orientadoras em educação alimentar e nutricional para prevenção de doenças e agravos não transmissíveis (DANT).
- Meta Padrão:** Executa os protocolos de atendimentos nutricionais específicos da população atendida.
Articular-se com recursos institucionais existentes na área, comprovados por impresso próprio.
Conhecer o perfil epidemiológico da área de abrangência do serviço de saúde, descrito em documentos comprobatórios.

Observações:

Item - 4.1.2 – “Identifica grupos populacionais de risco nutricional para doenças e agravos não transmissíveis (DANT).”

- Padrão Mínimo:** Conhece a base populacional da área de abrangência do serviço de saúde.
Realiza palestras e ações orientadoras em educação alimentar e nutricional para prevenção de doenças e agravos não transmissíveis(DANT).
- Meta Padrão:** Executa os protocolos de atendimentos nutricionais específicos da população atendida.
Articular-se com recursos institucionais existentes na área, comprovados por impresso próprio.
Conhece o perfil epidemiológico da área de abrangência do serviço de saúde, descrito em documentos comprobatórios.

Observações:

Item - 4.1.3-“Desenvolve e implanta procedimentos e protocolos de atendimento nutricional adequados às características da população atendida”

- Padrão Mínimo:** Realiza procedimentos correspondentes ao atendimento nutricional da população atendida por meio de práticas educativas.
Atender diversos grupos de população.
- Meta Padrão:** Implanta e executar protocolos de atendimentos nutricionais específicos da população atendida, por meio de oficinas culinárias, grupos de trabalho.
Integra equipes multidisciplinares, participando de práticas educativas.
Capta faltosos comprovados por intermédio de levantamento de agendas.

Observações :

6.1- EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

Item- 6.1.1- “Presta atendimento nutricional individual, em ambulatório ou em domicílio elaborando diagnóstico nutricional”

- Padrão Mínimo:** Realiza atendimento por meio da avaliação nutricional e prescrição dietética aos indivíduos de grupos de risco nutricional.
- Meta Padrão :** Estabelece roteiro de atendimento nutricional na unidade de saúde e domicílios.
Atende a Resolução CFN nº 304/03 quanto aos protocolos de atendimento nutricional.

Observações :

Item- 6.1.2 – “Elabora a Prescrição Dietética com base no diagnóstico nutricional”

- Padrão Mínimo:** Realiza atendimento por meio da avaliação nutricional e prescrição dietética aos indivíduos de grupos de risco nutricional.
- Meta Padrão :** Estabelece roteiro de atendimento nutricional na unidade de saúde e domicílios.
Atende a Resolução CFN nº 304/03 quanto aos protocolos de atendimento nutricional.

Observações :

Item- 6.1.3 –“Registra em Prontuário do usuário, a prescrição dietética e a evolução nutricional.”

- Padrão Mínimo:** Realiza atendimento por meio da avaliação nutricional e prescrição dietética aos indivíduos de grupos de risco nutricional.
- Meta Padrão :** Estabelece roteiro de atendimento nutricional na unidade de saúde e domicílios.
Atende a Resolução CFN nº 304/03 quanto aos protocolos de atendimento nutricional.

Observações :

| PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A) | | NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A) | |
|------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Nome | | Carimbo e Assinatura | |
| Cargo | | | |
| Assinatura | | | |