

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Curso de Nutrição

**Débora Senger**

**DEMANDAS DE CUIDADO NUTRICIONAL DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE**

Porto Alegre, 2016

Débora Senger

**DEMANDAS DE CUIDADO NUTRICIONAL DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Nutrição.

Orientador: Ilaine Schuch

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que a cada dia ilumina meu caminho e me dá força para seguir em frente. Seu fôlego de vida em mim me sustenta e me acalma, pois sei que há um tempo determinado para tudo e tudo ocorrerá na vontade do meu Senhor.

Dedico este trabalho à minha amada mãe que investe todo seu amor e tempo desde meu nascimento. Sua força me inspira para trabalhar e lutar pelos meus objetivos. Desejo que eu possa sempre corresponder à sua dedicação.

Ao meu pai que mesmo com a distância me ajudou a permanecer em uma universidade federal e me encorajou a dar o meu melhor.

À minha avó que sempre orou por mim e me mostrou que tudo é possível quando se tem fé. Obrigada por ser a minha segunda mãe.

Ao meu namorado e melhor amigo, que é um presente de Deus em minha vida. Sempre se mostrou disponível para me acolher, ouvir e me incentivar.

Ao meu tio Ricardo e tio César que são meus exemplos de dedicação e foco. Serei eternamente grata por terem viabilizado meus estudos e pelo apoio constante que recebo.

Aos meus amigos, pois sem vocês esse percurso teria sido muito mais difícil. Cada um me ensinou a enfrentar as adversidades e não desistir das minhas incapacidades.

Agradeço a minha doce professora e orientadora que me acolheu como uma filha em sua vida e acreditou em meu trabalho. É uma benção poder conviver com uma mulher tão guerreira e ao mesmo tempo tão delicada. Muito obrigada!

#### CIP - Catalogação na Publicação

Senger, Débora  
Demandas de cuidado nutricional de usuários de  
uma unidade básica de saúde / Débora Senger. --  
2016.  
35 f.

Orientadora: Ilaine Schuch.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,  
2016.

1. Acolhimento. 2. Atenção Primária à saúde. 3.  
Perfil de Saúde. 4. Atendimento Nutricional. I.  
Schuch, Ilaine , orient. II. Título.

## RESUMO

**Introdução:** A atenção primária à saúde está organizada de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população. É responsável por caracterizar e identificar o quadro epidemiológico e nutricional dos usuários, assim como organizar ações de prevenção e tratamento, a nível individual e coletivo.

**Objetivos:** Identificar qual é o perfil da população atendida no acolhimento da nutrição, assim como as demandas, forma de direcionamento por parte do acolhimento e adesão ao cuidado nutricional em uma Unidade de Saúde da Atenção Básica.

**Método:** Estudo transversal, realizado através da análise dos dados registrados no instrumento utilizado durante o acolhimento da nutrição pelas nutricionistas e acadêmicas do curso de nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foram analisados os registros no período de janeiro de 2016 a setembro de 2016 e posteriormente verificou-se o comparecimento na primeira consulta pós-acolhimento da nutrição. Foram registrados durante o acolhimento dados referentes ao modo de acesso à Unidade Básica de Saúde, patologias, idade, sexo, medicações, demanda pessoal, ocupação, rotina alimentar, dados antropométricos, combinações para a próxima consulta e encaminhamento resultante do acolhimento.

**Resultados:** O perfil dos usuários atendidos no acolhimento nutricional era de adultos, do sexo feminino, que buscavam atendimento através de encaminhamento médico (70,4%), seguido da demanda espontânea (24,4%). O motivo principal pelo qual os usuários buscaram atendimento foi para a perda de peso (38,5%) e orientações para o Diabetes Mellitus (21,7%). Em relação ao perfil nutricional dos usuários, observou-se, em todos os grupos, um predomínio de sobrepeso e obesidade. A principal combinação de meta realizada durante o acolhimento foi o incentivo do consumo de frutas, verduras e legumes (54,8%), seguido da redução de sal, gordura e açúcar da dieta (45,9%). Observou-se que após o acolhimento, a maioria dos usuários teve a indicação para a agenda individual (60%), seguido de encaminhamento o grupo (22,9%), onde se verificou a maior prevalência de abstenção (58,1%).

**Conclusão:** Observou-se uma demanda maior por parte dos adultos, referindo auxílio para o manejo das doenças crônicas não transmissíveis, e apresentando peso acima

do recomendado. A maioria dos usuários foi encaminhada para atendimento individual, onde se observou a maior adesão.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Primária à saúde. Perfil de Saúde. Atendimento Nutricional.

## ABSTRACT

**Introduction:** Primary health care is organized in a regionalized, continuous and systematic way for most of the health needs of a population. It is responsible for characterizing and identifying the epidemiological and nutritional status of the users, as well as organizing prevention and treatment actions, both individually and collectively.

**Objectives:** To identify the profile of the population served in the reception of nutrition, as well as the demands, form of direction by the host and adherence to nutritional care in a Basic Health Care Unit.

**Method:** A cross-sectional study, carried out through the analysis of the data recorded in the instrument used during the reception of nutrition by the nutritionists and academics from the nutrition course of the Federal University from Rio Grande do Sul. The records were analyzed from January 2016 to September 2016, and the attendance at the first post-nutrition consultation was subsequently verified. Data regarding access to the Basic Health Unit, pathologies, age, sex, medication, personal demand, occupation, food routine, anthropometric data, combinations for the next consultation and referral resulting from the reception were recorded during the reception.

**Results:** The profile of the users served in the nutritional host was of adults, female, who sought care through medical referral (70.45%), followed by spontaneous demand (24.4%). The main reason users sought care was for weight loss (38.5%) and guidelines for Diabetes Mellitus (21.7%). Regarding the nutritional profile of the users, a predominance of overweight and obesity was observed in all groups. The main goal combination was the encouragement of fruit, vegetable and vegetable consumption (54.8%), followed by reduction of salt, fat and sugar from the diet (45.9%). It was observed that after the reception, the majority of the users had the indication for the individual agenda (60%), followed by the group indication (22,9%), where the highest prevalence of abstention was observed (58.1%).

**Conclusion:** There was a greater demand on the part of the adults, indicating aid for the management of chronic noncommunicable diseases, and presenting weight above the recommended one. The majority of users were referred for individual care, where the highest adherence was observed.

Key-words: Reception. Primary health care. Health Profile. Nutritional Care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ABS- Atenção Básica à Saúde  
DCNT- Doenças Crônicas não Transmissíveis  
DM - Diabetes Mellitus  
HAS - Hipertensão Arterial  
IMC- Índice de Massa Corporal  
LAN- Laboratório de Avaliação Nutricional  
OMS- Organização Mundial da Saúde  
PAAS- Promoção da Alimentação Adequada e Saudável  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNAISH- Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem  
PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
PNH- Política Nacional de Humanização  
POF- Pesquisa de Orçamento Familiar  
SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SUS- Sistema Único de Saúde  
UBS- Unidade Básica de Saúde  
UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA.....	8
1.1	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	8
1.2	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	9
1.3	ORGANIZAÇÕES DO CUIDADO NUTRICIONAL.....	11
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3	METODOLOGIA.....	16
3.1	DELINEAMENTO.....	16
3.2	POPULAÇÃO.....	16
3.3	LOCAL DA PESQUISA.....	16
3.4	VARIÁVEIS ANALISADAS.....	18
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	18
3.6	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	19
3.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	19
4	RESULTADOS.....	20
5	DISCUSSÃO.....	23
6	CONSIDERAÇÕES.....	29
6	REFERÊNCIAS.....	30
7	ANEXOS.....	34

# 1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

## 1.1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada através da Portaria nº 2.488, de outubro de 2011, com o objetivo de estabelecer diretrizes e normas para a organização da atenção básica, Estratégia da Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. De acordo com o texto da PNAB, a atenção básica caracteriza-se pelo conjunto de ações em saúde, de âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A Política ainda traz como propósito o desenvolvimento de uma atenção integral que influencie na situação da saúde e no fortalecimento da autonomia da população, considerando tanto os determinantes quanto os condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) se organiza por meio de uma equipe multiprofissional, composta por um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. As equipes utilizam variadas ferramentas para reconhecer as necessidades de saúde no seu território, critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e asseguram que todas as demandas, necessidades de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012a). Compete, assim, à Atenção Básica coordenar as ações de cuidado por meio da elaboração, monitoramento e da gestão dos projetos terapêuticos e organizar o fluxo dos usuários na Rede de Atenção Básica (BRASIL, 2012b).

Conforme orienta a PNAB (BRASIL, 2012a), a prática de atenção ao cuidado “[...] é desenvolvida com o maior grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas”. Enfatizando que seja o contato preferencial da sociedade e a principal porta de acesso e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Desse modo as equipes de saúde devem se organizar para representar um papel acolhedor, de escuta e oferecer um feedback positivo. A maneira organizada de atendimento tem por objetivo promover a resolução dos problemas de saúde e/ou de reduzir danos e sofrimentos da população, ou assegurar respostas, ainda que seja ofertada em outros pontos da rede. O acolhimento do usuário representa um gesto fundamental de inclusão e aproximação em relação ao outro (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015).

Essa concepção ampliada da representação do papel acolhedor está sustentada nos princípios e diretrizes da Atenção Básica conforme a PNAB, BRASIL (2012, p. 21) que diz:

Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012a).

Neste sentido, tanto a PNAB como a Política Nacional de Humanização (PNH) no Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam que a Atenção Básica, para ser resolutiva, necessita da capacidade ampliada de escuta e respostas ampliadas. Para então, lidar com a complexidade dos sofrimentos, demandas e necessidades de saúde às quais está exposta (BRASIL, 2013a).

A criação das diversas políticas públicas de saúde vem crescendo de modo paradoxal nos últimos 20 anos, apesar do financiamento insuficiente e desigual. O SUS, criado em 1990 é um dos maiores exemplos de política pública do Estado Brasileiro, principalmente por ser fruto de debates democráticos tanto na sociedade civil quando nos espaços institucionais do país (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2013a).

A partir disso, é necessário usufruir do caráter estruturante e estratégico que a Atenção Básica pode representar na constituição das redes de atenção à Saúde. Em razão dessa condição, que ocorre principalmente pela sua proximidade com o cotidiano da população em seu território, as equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, responsabilizar e realizar ações de promoção e prevenção no território, tanto no âmbito individual quanto no âmbito familiar (BRASIL, 2013a).

## 1.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Concebida em 2003, a PNH busca efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, produzindo mudanças na saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias nos modos de gerir e cuidar. A PNH tem como propósito afetar os gestores, trabalhadores e usuários do SUS com os princípios e diretrizes da

humanização, elaborar tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e atenção, desenvolver estratégias metodológicas de mudanças sustentáveis do sistema, além de implementar métodos de acompanhamento e avaliação dos conhecimentos gerados das experiências coletivas exitosas (BRASIL, 2010).

O humanizaSUS, como também é conhecida a PNH, busca como resultado a redução do tempo de espera e das filas, a garantia dos direitos de todos os usuários, o atendimento acolhedor e resolutivo fundamentado em critérios de risco, a valorização do trabalho na saúde, uma gestão mais participativa nos serviços e principalmente, a efetivação do modelo de cuidado com responsabilidade e vínculo. Como alicerce, a PNH reúne a transversalidade, a indissociabilidade entre a atenção e gestão, bem como o protagonismo/corresponsabilidade/autonomia da população (BRASIL, 2015a).

Um dos principais conceitos que norteiam a PNH é o acolhimento, que de acordo com a diretriz do humanizaSUS (BRASIL, 2015a, p. 7) é definido por:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é constituído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuários com sua rede sócio-afetiva (BRASIL, 2015a).

Nesse sentido, salienta-se que acolher e escutar o outro não significa consentir com tudo ou apoiar todos os seus planos. Mas sim que cada qual deve baixar sua própria voz e objeções o suficiente para conseguir acolher o outro na sua essência, sem julgá-lo ou desconsiderá-lo pelo fato de ser ou agir de forma diferente (FRACOLLI e ZABOLI, 2011).

Autores de um estudo sobre acesso e acolhimento, realizado em uma UBS localizada na cidade de Porto Alegre-RS, constataram através dos relatos que o elo usuário-profissional de saúde se estabelece, em específico, sobre as respostas e orientações espontâneas desses profissionais em relação aos usuários. Esses esclarecimentos prestados, quando consideram o estilo de vida do usuário, interferem positivamente no enfrentamento das dificuldades, elucidação das dúvidas e no aumento da relação de confiança existente. (RAMOS e LIMA, 2003).

Ramos e Lima (2003, p. 33) também expressaram que: “[...] a conjugação de fatores facilitadores de acesso e/ou acolhimento propiciaram a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, frequentemente, um bom

vínculo, expresso através de um longo tempo de uso [...]”. Outra concepção das potencialidades do acolhimento é a exigência que a prática exige do serviço de saúde quanto à necessidade de reorganização, oportunizando desse modo, espaços de conversação entre os membros da equipe de saúde e fortalecimento multidisciplinar, repercutindo na atenção à saúde (GARUZI et al., 2014).

### 1.3 ORGANIZAÇÕES DO CUIDADO NUTRICIONAL

Os hábitos alimentares das populações têm sido objeto de preocupação das ciências da saúde desde que os estudos epidemiológicos passaram a demonstrar a correlação entre perfil alimentar com o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O Brasil, assim como outros países passou por importantes transformações principalmente nas últimas décadas, onde foram observadas alterações na qualidade e quantidade da dieta, modificações no estilo de vida, nas condições econômicas, sociais e demográficas (GARCIA, 2003; SOUZA, 2010).

Atualmente observa-se a adoção de dietas, caracterizadas pelo excesso de alimentos de grande densidade energética, ricos em gorduras e em açúcar refinado simples, e pela diminuição do consumo de carboidratos complexos e fibras alimentares. As grandes transformações sociais, que resultaram em mudanças no consumo alimentar, repercutiram também na diminuição da pobreza e exclusão social e, por conseguinte, da fome e escassez de alimentos. Pode-se atribuir como incentivador da Transição Nutricional a facilidade de acesso, variedade dos alimentos e melhor distribuição. (GARCIA, 2003; BRASIL, 2012b).

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica responsável pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal. Possui caráter inflamatório, heterogêneo e razão multifatorial, sendo determinada também por fatores genéticos, ambientais, socioculturais, fisiológicos e psicológicos. A obesidade é considerada como um importante fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas, portanto requer muita atenção no manejo do tratamento (WHO, 2000; MOLINER; RABUSK, 2008).

Através do Índice de Massa Corporal (IMC), é possível classificar um indivíduo quanto ao seu perfil nutricional. O IMC é um indicador simples, obtido pela divisão do peso, pela altura ao quadrado, sendo utilizado desde 1997, quando foi adotado pela OMS. De

acordo com esse índice, o sobrepeso é classificando quando o IMC é maior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup> e obesidade quando o índice é maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup> (WHO, 2000).

Segundo a Vigilância de fatores e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), mais da metade da população adulta (52,5%) está com excesso de peso. A porcentagem de adultos obesos corresponde também ao elevado valor de 17,9%, sem diferença entre homens e mulheres, apresentando ainda a tendência de aumento até os 44 anos de idade. Destaca-se também, que a cidade de Porto Alegre apresentou a maior frequência de homens obesos (24,2%), quando comparada com as outras capitais do país (BRASIL, 2015b).

Nesse mesmo contexto, as aferições antropométricas obtidas pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008 - 2009 realizadas com pessoas de idades variadas, também evidenciaram informações importantes sobre o estado nutricional da população brasileira. Através das análises dos dados, foi possível mostrar principalmente a desnutrição nos primeiros anos de vida, e o excesso de peso e a obesidade, em todas as demais idades. Evidenciando assim, que o sobrepeso e a obesidade praticamente triplicaram entre crianças de 5 e 9 anos de idades e entre adolescentes, nos últimos vinte anos no Brasil, representando um problema de grande relevância para a saúde pública (IBGE, 2010).

O padrão alimentar da população vem se modificando nas últimas décadas, e para compreender essa transição, devemos ponderar os aspectos multifatoriais envolvidos, assim como considerar a urbanidade como contexto da comensalidade contemporânea. A globalização econômica e a industrialização são fatores que exerceram um papel determinante na história da alteração do comportamento alimentar, devido à diversidade de produtos e serviços distribuídos em escala mundial e ao suporte publicitário envolvido (GARCIA, 2003).

A obesidade na infância e na adolescência está diretamente relacionada à obesidade na idade adulta. Cerca de 50% das crianças obesas aos 6 meses de idade e 80% das crianças aos 5 anos de idade, permanecerão obesas no futuro. Como consequência, podem desenvolver aterosclerose e hipertensão arterial, que são doenças tipicamente encontradas em adultos, pois estão relacionados às alterações do estado nutricional. Outras patologias, como dislipidemia, diabetes, hipertensão arterial, problemas patológicos, doenças respiratórias, litíase biliar e distúrbios alimentares estão também relacionados à obesidade (LAMOUNIER; WEFORT, 2009).

Essas modificações do perfil nutricional são globalmente reconhecidas pelo fenômeno denominado transição nutricional, que abrange as mudanças dos hábitos alimentares da população com o aumento do sobrepeso e obesidade. Conforme últimos dados sobre os hábitos alimentares dos brasileiros, a Pesquisa de Orçamento familiar (POF) de 2008- 2009

descreve que o consumo da população engloba o habitual arroz e feijão como a base da dieta, acrescido de alimentos contendo baixo teor de nutrientes e ricos em calorias. A ingestão diária de frutas, legumes e verduras não atingem os níveis recomendados pela OMS. Em contrapartida, bebidas adicionadas de açúcar (sucos, refrescos e refrigerantes) são consumidas em grandes quantidades, principalmente pelos adolescentes, que ingerem o dobro da quantidade registrada para adultos e idosos, além disso, também são considerados grandes consumidores de biscoitos, linguiças, salsichas, mortadelas, sanduiches e salgados (IBGE, 2009).

Segundo a POF, o Brasil apresenta grandes percentuais de inadequação da alimentação (IBGE, 2009, p. 105) apresentando:

Excessivo consumo de açúcar foi referido por 61% da população, a prevalência de consumo excessivo de gordura saturada (maior do que 7% do consumo de energia) foi de 82% na população, o percentual da população com consumo abaixo do recomendado de fibras foi de 68% e mais que 70% da população consome quantidades superiores ao valor máximo de ingestão tolerável para o sódio.

O Estado Brasileiro entende pela Lei 8080, de 19/09/1990 que a saúde é um direito fundamental de todo o ser humano e qualifica a alimentação, entre outros fatores, como um elemento condicionante e determinante da saúde. A lei resalta que ações no âmbito da alimentação e nutrição devem ser praticadas de forma a complementar outras estratégias de saúde. (BRASIL, 1990).

Com o propósito de melhorar as condições da alimentação, nutrição e a saúde da população brasileira, o Conselho Nacional de Saúde aprovou em junho de 1999 a portaria nº 710, denominada por Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). As benfeitorias defendidas pela política promovem práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos, A política tem por pressuposto os direitos à Saúde e à Alimentação, e é alicerçada pelos princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação social) (BRASIL, 1999).

Somam-se aos princípios do SUS, os fundamentos da PNAN, onde a alimentação é expressa como elemento de humanização das práticas de saúde, pois respeita a diversidade, socioeconomia e a cultura individual, por se entender que esses fatores implicam positivamente na qualidade de vida e valorização do ser humano. E é através do fortalecimento da autonomia individual, que incentivamos a capacidade de análise e escolha

de práticas alimentares saudáveis, tornado o sujeito livre para vivenciar diferentes experiências e capaz de tomar boas decisões. Para que esses princípios sejam executados, é fundamental o investimento em instrumentos de comunicação e principalmente em estratégias de educação em saúde que apoiem os profissionais de saúde nas práticas promotoras de saúde (BRASIL, 2012b).

A Política Nacional de Atenção e Nutrição é considerada uma política social inserida no gênero das políticas públicas e é integrado por diretrizes, que indicam as linhas de ações para o alcance da modificação dos determinantes de saúde e promoção da mesma. Dentro das diretrizes, destaca-se a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e a Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2012b).

A PNAN (BRASIL, 2012b, p. 33) define a prática da alimentação adequada e saudável pela “[...] prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente [...]”. Isto é, estar de acordo com as necessidades correspondentes para cada etapa dos ciclos da vida. Sendo necessário também, que seja referenciado pela cultura alimentar, pelas características de gênero, raça e etnia, de fácil compreensão, facilidade de compra, porção adequada, e desenvolvida através de práticas produtivas adequadas e sustentáveis, com quantidades mínimas e controladas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (BRASIL, 2012b).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, consiste por promover as atividades continuadas e rotineiras de observação, através da coleta e análise de informações. Com o objetivo de fornecer subsídios para decisões políticas, de planejamento e gerenciamento de programas de melhorias (BRASIL, 2003, 2012b). Segundo Recine e Vasconcellos (2010, p. 74) “[...] monitorar a situação da saúde, tanto no âmbito alimentar e nutricional de forma sistemática revela desigualdades entre regiões geográficas, grupos populacionais e populações vulneráveis e permite subsidiar intervenções [...]”. Para isso, mantém-se o desafio da construção de indicadores que sejam capazes de incorporar as dimensões das diversas variáveis em saúde, principalmente no planejamento da atenção básica e nas demais esferas de gestão do SUS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o perfil dos usuários e demandas do acolhimento realizado pela equipe da Nutrição, e avaliar a adesão ao cuidado nutricional na área da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre- Rio Grande do Sul.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2.2.1 Descrever o perfil antropométrico e demográfico dos usuários atendidos;

2.2.2 Verificar as demandas de cuidado nutricional dos usuários acolhidos;

2.2.3 Caracterizar o tipo de atendimento/cuidado ao qual a população foi encaminhada.

2.2.4 Avaliar a adesão ao cuidado nutricional a partir dos encaminhamentos originados do acolhimento.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DELINEAMENTO**

Estudo transversal, realizado através da análise dos dados registrados durante o acolhimento da nutrição e dados da primeira consulta após o acolhimento no período de janeiro de 2016 a setembro de 2016.

#### **3.2 POPULAÇÃO**

Todos os usuários do serviço de saúde da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília recebidos no acolhimento da área da Nutrição no período de janeiro de 2016 a setembro de 2016.

#### **3.3 LOCAL DA PESQUISA**

Estudo realizado na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre- RS. O cuidado nutricional da população pertencente ao território da UBS Santa Cecília encontra-se organizado de modo a atender as demandas dos usuários, seja no tratamento nutricional como na promoção da saúde através da alimentação saudável, no formato individual ou coletivo, na própria UBS, em atendimento domiciliar ou no território, como em escolas.

O acolhimento da nutrição ocorre no Laboratório de Avaliação Nutricional (LAN) todas as segundas-feiras no turno da tarde, das 13h30min às 17h. Os usuários são atendidos por ordem de chegada, não necessitando de agendamento prévio. O acesso à atenção nutricional ocorre através do encaminhamento por algum profissional da unidade (médico, enfermeiro ou outro) ou por demanda espontânea. O processo de acolhimento é realizado por acadêmicas em estágio obrigatório do último ano do curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e nutricionistas.

Após a escuta dos pacientes, são realizadas combinações de metas para mudanças de comportamentos e/ou realizadas combinações, podendo ocorrer o encaminhamento para o

atendimento individual (agenda) ou atendimento em grupo já previamente estabelecido. Atualmente a UBS disponibiliza os seguintes grupos relacionados diretamente com a nutrição: Grupo de Alimentação Saudável (terças-feiras), Grupo de Gestantes (quintas-feiras), Grupo de Alimentação Saudável e Qualidade de Vida (Segundas-Feiras).

### 3.4 VARIÁVEIS ANALISADAS

Para a análise dos dados, os usuários foram classificados em quatro grupos, de acordo com os ciclos de vida:

- Crianças e Adolescentes ( $\leq 19$  anos);
- Adultos ( $> 19$  anos a  $< 60$  anos);
- Idosos ( $\geq 60$  anos);
- Gestantes.

As variáveis analisadas foram:

- Demográficas: sexo e idade;
- Antropométricas: massa corporal (kg) e altura (m);
- Formas de acesso ao acolhimento nutricional: encaminhamento médico; encaminhamento de enfermagem; encaminhamento por outro profissional; demanda espontânea.
- Motivo da procura do serviço de atendimento nutricional: perda de peso; orientação para tratar diabetes mellitus; orientação para tratamento de dislipidemia; alimentação saudável; alimentação saudável na gestação; obesidade na infância e adolescência; outros.
- Tipo de tratamento encaminhado: grupo; agenda individualizada; agenda individualizada + grupo; resolução com orientação no momento; outro.

### 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na presente análise todos os usuários do serviço de saúde da UBS recebidos no acolhimento da área da Nutrição no período definido para estudo. Foram excluídos do estudo os indivíduos cujos formulários de atendimento não foram preenchidos por completo durante o acolhimento, resultando em falta de algumas informações para análise.

### 3.6 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

As medidas antropométricas utilizadas do estudo foram aferidas no acolhimento nutricional utilizando a balança digital da marca Welmi®, com precisão em 200 gramas, e a estatura foi aferida utilizando estadiômetro fixo na parede também da marca Tonelli® devidamente calibrados e disponíveis do laboratório de avaliação nutricional na UBS.

O IMC foi calculado através da divisão do peso em quilogramas pela estatura em metros ao quadrado, considerando cada ciclo da vida, conforme a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995). Para classificar o estado nutricional das crianças e adolescentes, foi utilizado o IMC/idade de acordo com as referências da OMS (WHO, 2006; 2007).

A partir das variáveis antropométricas aferidas, a classificação do estado nutricional das gestantes foi realizada utilizando o IMC para a semana gestacional (ATALAH, et al., 1997).

Para a classificação do estado nutricional nos idosos, foi utilizado o IMC e classificou-se através da recomendação de Lipschitz et al (1994).

### 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram obtidos a partir dos registros coletados através do instrumento desenvolvido pela Nutrição para o atendimento (anexos). Posteriormente verificou-se o comparecimento na primeira consulta pós-acolhimento para analisar a adesão ao cuidado nutricional, verificou-se o comparecimento na primeira consulta pós-acolhimento. Foram registrados durante o acolhimento dados referentes ao modo de acesso à Unidade Básica de Saúde, patologias, idade, sexo, medicações, demanda pessoal, ocupação, rotina alimentar, dados antropométricos, diagnóstico nutricional, combinações para a próxima consulta e o encaminhamento resultante do acolhimento. A partir dessa coleta de dados, criou-se um banco de informações em planilha Excel®. Por se tratar de um estudo com caráter descritivo, não foram realizados testes estatísticos e os dados foram analisados no programa SPSS versão 21.0.

## 4 RESULTADOS

A população estudada que compareceu ao acolhimento da nutrição durante o período de janeiro de 2016 a setembro de 2016 é composta principalmente por usuários do sexo feminino e adultos, seguido de usuários idosos. A principal forma de acesso ocorreu pelo encaminhamento médico seguido daqueles que procuraram o serviço por demanda espontânea, conforme na tabela 1.

**Tabela 1 – Distribuição dos usuários de acordo com as características demográficas e procura pelo atendimento nutricional (n= 135)**

Variáveis	n	Porcentagem
<b>Sexo</b>		
Masculino	45	33,3%
Feminino	90	66,7%
<b>Ciclos da Vida</b>		
Criança e Adolescente	10	7,7%
Adulto	70	53,8%
Idoso	50	38,5%
Gestantes	5	3,8%
<b>Forma de Acesso</b>		
Encaminhamento Médico	95	70,4%
Encaminhamento Enfermagem	5	3,7%
Encaminhamento outro profissional	2	1,5%
Demanda espontânea	33	24,4%
<b>Motivo</b>		
Perda de Peso	55	38,5%
Orientação DM	31	21,7%
Orientação Dislipidemia	13	9,1%
Alimentação Saudável	11	7,7%
Alimentação na Gestação	5	3,5%
Obesidade Criança/Adolescente	2	1,4%
HAS	7	4,9%
Outro	19	13,3%

Legenda: DM= Diabetes Mellitus; HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na mesma tabela 1, é possível observar os motivos pelos quais os usuários demandam atendimento do serviço de atenção nutricional, correspondendo ao principal motivo à perda de peso, seguido do tratamento nutricional para o diabetes.

Na tabela 2, os usuários acolhidos da unidade básica de saúde foram classificados conforme o ciclo de vida e perfil nutricional.

**Tabela 2 – Distribuição dos usuários de acordo com o perfil nutricional (n= 135)**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Criança e Adolescente (n= 10)</b>		
Baixo Peso	0	0%
Eutrofia	3	30,0%
Sobrepeso	1	10,0%
Obesidade	3	30,0%
Obesidade Grave	3	30,0%
<b>Adulto (n= 70)</b>		
Desnutrição Grave	0	0%
Desnutrição Moderada	0	0%
Desnutrição Leve	0	0%
Eutrofia	10	14,3%
Sobrepeso	22	31,4%
Obesidade Grau I	19	27,1%
Obesidade Grau II	13	18,6%
Obesidade Grau III	6	8,6%
<b>Idoso (n= 50)</b>		
Baixo Peso	9	18,0%
Eutrofia	8	16,0%
Sobrepeso	33	66,0%
<b>Gestantes (n= 5)</b>		
1º Trimestre	4	80,0%
2º Trimestre	1	20,0%
3º Trimestre	0	0%
<b>IMC Pré Gestacional</b>		
Baixo Peso	0	0%
Eutrofia	3	60,0%
Sobrepeso	2	40,0%
Obesidade	0	0%
<b>IMC Gestacional Atual</b>		
Adequado	3	60,0%
Sobrepeso	2	40,0%

Legenda: n= número de indivíduos; IMC: Índice de Massa Corporal.

De acordo com tabela referida, é possível constatar que a prevalência da obesidade em crianças e adolescentes foi de 60%, representando o maior índice de toda a população estudada, de acordo com o número de indivíduos atendidos no período (n= 10). Os dados mostram que no grupo dos adultos tem-se também o predomínio de usuários acima do peso, sendo que destes 31,4% com sobrepeso e 54,3% com algum grau de obesidade, totalizando

85,7% de adultos acima do peso recomendado. No grupo dos idosos o excesso de peso também é predominante, representando 60% dos usuários (n= 33).

Nesta mesma tabela 2, são descritas as características e o estado nutricional das gestantes, onde podemos observar que das 5 gestantes que procuraram o serviço de acolhimento da nutrição, 4 encontravam-se no primeiro trimestre de gestação. Segundo o IMC pré-gestacional, a maioria estava com peso adequado e 40% estavam acima do peso.

A seguir, na tabela 3, destacam-se as principais metas ou combinações realizadas durante o acolhimento da nutrição.

**Tabela 3 – Principais combinações realizadas durante o acolhimento (n= 135)**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
Aumentar o consumo de frutas, verduras e legumes	74	54,8%
Reduzir a quantidade de sal, gordura e açúcar	62	45,9%
Aumentar o consumo de fibras	23	17,0%
Incentivo de atividade física	20	14,8%
Organização da rotina, horários e quantidades	37	27,4%
Hidratação	15	11,1%
Preenchimento de registro alimentar	15	11,1%
Outras	49	36,3%

Constata-se que, das 135 consultas de acolhimento realizadas no período de estudo, foi incentivado o aumento do consumo de frutas, verduras e legumes com 74 pacientes (54,8%) neste primeiro momento de atendimento. Observamos também, que a segunda maior combinação estabelecida durante o atendimento foi a redução da quantidade de sal, gordura e açúcar (45,9%), seguida de combinações classificadas como outras, pois entende-se que foram combinações relacionadas ao contexto pessoal do usuário.

A seguir, encontra-se a tabela 4, que representa as formas de encaminhamento disponíveis a partir do acolhimento nutricional e adesão.

**Tabela 4 – Representação da adesão ao tratamento nutricional encaminhado (n= 135)**

<b>Encaminhamento</b>	<b>Adesão</b>		<b>Não adesão</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Grupo (n= 31)</b>	13	41,9	18	58,1
<b>Agenda (n= 81)</b>	63	77,8	18	22,2
<b>Agenda e Grupo (n= 15)</b>	4	26,7	11	73,3
<b>Resolvido com Orientação (n=7)</b>	7	100	0	0
<b>Outro (n=1)</b>	1	100	0	0

Pela análise da tabela acima, conseguimos compreender os encaminhamentos realizados durante o período do estudo e a adesão dos pacientes a estes, quando comparado com as diferentes formas de tratamentos que foram originadas a partir do primeiro contato com o serviço de nutrição, na UBS. Os pacientes podem ser direcionados para o atendimento em grupo, agenda individual, atendimento em grupo aliado ao acompanhamento individual, resolução no momento do acolhimento ou utilizando a rede para encaminhar o paciente para outros serviços necessários na rede.

O direcionamento para a consulta individual na agenda representa a principal forma de encaminhamento por parte do serviço de nutrição, por conseguinte, mostra-se com a maior adesão por parte dos usuários (73,8%). O contrário ocorre quando os pacientes são encaminhados para o acompanhamento aliado da agenda e grupo, ocasionando na abstenção de 73,3%. Dos 31 pacientes direcionados para o atendimento exclusivo no grupo, 58,1% não compareceram na consulta após o acolhimento e 41,9% compareceram.

## **5 DISCUSSÃO**

Para que a ABS possa exercer função na Rede de Atenção à Saúde, é fundamental que a população identifique sua unidade de saúde de referência e reconheça o importante papel resolutivo em necessidades de saúde. Para isso, a ABS tem se organizado para que o acesso seja facilitado e resolutivo às necessidades da população. De tal maneira, o acolhimento tem sido compreendido como um momento crucial pelo seu papel de escuta atenta e qualificada, que considera as demandas trazidas pelos usuários. É através da escuta atenta que as equipes de saúde conseguem direcionar o tratamento disponível no local ou elencar as necessidades de encaminhamentos deste usuário para outros locais da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016).

No presente estudo, encontramos a predominância do atendimento às mulheres, com percentuais importantes da maior procura de atendimento, em relação ao sexo masculino. Condição que pode ser atribuída pelo fato histórico de tradicionalmente, nos sistemas de saúde, tem-se priorizado o cuidado da mulher desde o âmbito da atenção na saúde reprodutiva, direcionada ao cuidado no pré-natal, parto, planejamento reprodutivo e da prevenção de cânceres de colo de útero e mama, que representam importante relevância ao cuidado da saúde.

Ao passo que as mulheres conquistam e desempenham cada vez mais funções no mercado de trabalho, é frequente encontrar mulheres que assumem o papel de responsabilidade

pela família, fortalecendo a equidade de gênero. A resposta costumeira de que cabe única e exclusivamente à mulher o cuidado da casa, dos filhos, dela mesma e do seu companheiro, já não tem lugar no mundo atual, que inclui as múltiplas questões ligadas à diversidade sexual e novas possíveis configurações na formação dos modelos familiares (BRASIL, 2009).

Fundamentado nas modificações naturais do desenvolvimento da humanidade, o sistema de saúde alterou nos últimos anos o modelo de atenção. De modo que, há pouco tempo, o sistema ainda era formado por quatro grupos populacionais: crianças, adolescentes, mulheres e idosos. E através de estudos, observou-se que para melhorar a saúde no País, seria necessário criar estratégias públicas para os indivíduos do sexo masculino. A partir dessa necessidade de cuidado, o Ministério da Saúde em 27 de agosto de 2009 criou a portaria nº 1.944/GM que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009).

Conforme demonstrado em nosso estudo, na prática atual de atendimentos, pouco se viabilizaram essas estratégias públicas de atenção à saúde, que ainda refletem a baixa procura do sexo masculino ao serviço de atendimento estudado. A PNAISH objetiva a reorganização das ações de saúde, através da inclusão desse grupo da população por meio do acolhimento. Na perspectiva dessa política, para acolher de forma plena este grupo, é fundamental criar espaços direcionados para o público masculino, no qual os serviços possam reconhecer a necessidade de cuidado e atenção específica desse grupo.

Ao encontro das pesquisas e dos resultados apresentados, pode-se entender que os homens são mais vulneráveis, principalmente por não buscarem os serviços de saúde como as mulheres (PINHEIRO et al., 2002; FIGUEREDO, 2005). Diversos autores têm comprovado a vulnerabilidade masculina às doenças, sobretudo nas que se referem às doenças crônicas, além do falecimento precoce (BRASIL, 2009).

Em relação a avaliação do perfil demográfico do local estudado, e baseado nos ciclos da vida, demonstrou-se que 53,8% dos pacientes atendidos no serviço de nutrição são adultos, seguidos dos idosos com 38,5%. Na literatura, encontram-se muitos estudos avaliando o perfil demográfico dos atendimentos em Unidades de Saúde, mas pouco se sabe sobre o perfil dos atendimentos exclusivos do serviço da nutrição nesses locais, principalmente pela ausência de nutricionistas nesses locais.

Num estudo realizado em Ijuí- Rio Grande do Sul, os pesquisadores avaliaram o perfil demográfico de 1.001 pacientes que ingressaram no serviço de nutrição. Neste estudo, foi possível concluir que as mulheres foram as responsáveis pela maior procura do atendimento

nutricional (75%) e a média de idade da população atendida correspondeu há 37 anos (SCHMIDT, BERNARD, VIEIRA, 2013). Conforme os resultados de Silva et al. (2011), que também avaliou os atendimentos do serviço de nutrição, através de 304 usuários de uma Unidade Básica de Saúde localizada em Minas Gerais, foi possível observar novamente a prevalência de 83,9% de mulheres, onde os usuários tinham a idade média de 46,3 anos.

No presente estudo, identificamos as principais formas de acesso dos pacientes ao serviço da nutrição, sendo através do encaminhamento médico que 70,4% dos usuários deram entrada ao início do cuidado nutricional, seguido da demanda espontânea (24,4%) e depois pelo encaminhamento da enfermagem (3,7%). A organização dos processos de trabalho dentro dos serviços de saúde surge como ponto chave para a mudança do perfil de atendimento, pois passa a operar de forma centrada no usuário e em suas necessidades.

O modelo histórico do médico hegemônico, originado a partir do Relatório Flexner, estabeleceu mudanças na formação dos médicos americanos no século passado. Este modelo influenciou os serviços de saúde brasileiros, que passaram a trabalhar centrados no saber e na figura da medicina. Sabemos que o fluxo assistencial de uma unidade básica de saúde ainda é voltado para a consulta médica, o que pode explicar o elevado percentual (70,4%) de encaminhamentos, e justifica a preferência inicial dos usuários por atendimento médico (NOGUEIRA, 1994; FRANCO, 1999).

Por outro lado, para a mudança desse modelo assistencial é necessário rever o modo de cuidado empregado na produção de saúde. Processo que carece de interação de saberes e práticas, aliadas ao conhecimento técnico e enfoque nas relações, que são fundamentais no cuidado integral da saúde. A integralidade deve ser iniciada pela organização do trabalho na atenção básica, pois a assistência ideal é multiprofissional, com base nas diretrizes como a do acolhimento, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado.

Em relação ao estado nutricional dos usuários acolhidos, com exceção das gestantes, que em sua maioria encontravam-se no primeiro trimestre de gestação, todos os demais ciclos da vida apresentaram alterações na composição corporal relacionadas com o peso acima do recomendado. Sabe-se que a presença desses desvios nutricionais, sobretudo a obesidade, relaciona-se fortemente com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Ao analisarmos os motivos de procura pelo acolhimento da nutrição, a redução de peso foi o motivo de atendimento com maior prevalência (38,5%), seguido de orientações para diabetes *mellitus* com 21,7%. Essa situação é compatível com os dados encontrados na literatura, os quais mostram o crescimento do interesse pelo atendimento nutricional em

conjunto com o aumento do excesso de peso e obesidade na população. Fato que está diretamente relacionado aos hábitos da sociedade contemporânea, que dispõem de menos tempo para planejar e realizar suas refeições. Tornando o ato de se alimentar uma rotina sem planejamento e não um prazer à mesa, refletindo na saúde, quando nutricionalmente desequilibrada.

O diabetes *mellitus* (DM) representa um importante problema de saúde pública em nosso meio, conforme o percentual de procura por atendimento contatado em nosso estudo. Atualmente, estima-se que a população mundial com DM é de aproximadamente 382 milhões de pessoas e deverá atingir 592 milhões em 2035 (GUARIGUATA et al., 2014)

Com base nas crescentes projeções, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo planos de ações, para reduzir as complicações e óbitos decorrentes das doenças crônicas. No ano de 2000, a Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus foi reorganizada no Brasil, objetivando melhorias da assistência aos portadores das doenças crônicas não-transmissíveis. Uma das ações realizadas foi a criação do HIPERDIA, que cadastra e acompanha os portadores de hipertensão e/ou diabetes *mellitus* atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo disponibilizar informações para adquirir, dispensar e distribuir medicamentos de forma regular e sistêmica aos pacientes cadastrados (BRASIL, 2001).

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de morte no Brasil, sendo as representam as quatro principais patologias crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus* (BRASIL, 2011).

Curiosamente em nosso estudo, apenas 4,9% da população referiu à hipertensão arterial como motivo principal pela procura por atendimento nutricional. Diferente de Pimentel et al. (2011), que também avaliou em seu estudo as demandas trazidas por usuários de uma Unidade de Saúde (n= 244) e, encontrou a hipertensão arterial sistêmica como o principal motivo referido pelos pacientes, entretanto a busca relacionava-se com atendimentos médicos.

Seguindo esta temática, um estudo avaliou a adesão ao tratamento não-farmacológico em pacientes com diagnóstico de hipertensão em Umuarama- Paraná. Os autores constataram que dentro dos critérios de adesão elencados para o tratamento, a dieta apresentou a maior dificuldade para seguimento, ocasionando no menor percentual de adesão (BALDISSERA, CARVALHO, PELLOSO, 2009). A partir dos resultados obtidos, juntamente com os dados encontrados na literatura, é possível concluir que os pacientes hipertensos não relacionam a alimentação adequada como parte fundamental do tratamento, preferindo por intervenções

farmacológicas e justificando o baixo percentual de procura pelo atendimento nutricional para hipertensão na Unidade Básica de Saúde.

O acolhimento é um momento chave para o início do cuidado nutricional, pois através dele que se inicia a construção do vínculo e o início do acompanhamento. Para o estabelecimento do vínculo, se faz necessário um bom atendimento por parte dos profissionais que atendem desde o primeiro contato, onde o usuário precisa ser escutado, acolhido, respeitado, tratado de forma humanizada e atendido de forma resolutiva.

O desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado durante o atendimento e se estende para o exame físico, questionamentos realizados na consulta, nas orientações dadas e na resolubilidade das condutas adotadas. Em nosso estudo, observamos que após a escuta dos pacientes, algumas combinações foram estabelecidas já no momento do acolhimento, como por exemplo, o incentivo do consumo de frutas, verduras e legumes, a redução de sal, gordura e açúcar, incentivo da atividade física, além de combinações pontuais da vida pessoal dos usuários.

As combinações realizadas durante os acolhimentos são baseadas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil durante o período de 2011- 2022. O Plano aborda as quatro principais doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco. O objetivo principal é promover e implementar as políticas públicas, baseadas nas evidências para a promoção e o controle das DCNT, assim como seus fatores de riscos. Como metas, o plano refere à redução do consumo nocivo de álcool, o aumento da atividade física no lazer, o regular consumo de frutas e hortaliças, a redução do consumo de sal entre outras (BRASIL, 2011).

Ao analisarmos o perfil de encaminhamento nutricional a partir do acolhimento, percebemos que o atendimento em agenda individual é o recurso mais utilizado para acompanhar os usuários na Unidade Básica de Saúde estudada. Mesmo com as práticas de saúde pública e coletiva no Brasil privilegiarem, em suas portarias e programas as ações em grupos com usuários ou grupos populacionais, ainda prevalece às práticas de saúde voltadas para a atenção individual em detrimento das ações coletivas (BRASIL, 2010).

O atendimento em grupo demonstrou ser a segunda opção de encaminhamento utilizada pelos profissionais, seguida da combinação de grupo e agenda para o acompanhamento. Sabe-se que a o resultado da participação em um grupo só é positivo se para o indivíduo faz sentido estar nele. De modo que o atendimento em grupo pode ocasionar bons resultados para o manejo clínico da doença e para atingir objetivos do

profissional e do paciente no seguimento, pois possibilita encontros continuados e isso potencializa o acompanhamento horizontal e o processo de aprendizado, tratamento e de terapêutica (BRASIL, 2010).

Avaliou-se também, a adesão dos usuários ao tratamento encaminhado, onde se obteve o maior percentual de comparecimento nos atendimentos da agenda individual com 77,8% de adesão. Já o atendimento em grupo, contabilizou 41,9% de adesão, possibilitando observar a preferência pelo atendimento individual pelos usuários da unidade de saúde.

Sabemos que os grupos voltados para a educação em saúde funcionam como eficientes estratégias nos espaços de atenção básica, pois abrem espaços para a escuta das necessidades das pessoas e facilitam o processo de autocuidado. É característica da dinâmica do grupo propiciar momentos em que todos possam falar sobre seus problemas e buscar soluções em conjunto com profissionais, de forma que o acesso à informação circule entre a experiência técnica e a vivência pessoal de cada indivíduo, mas ainda encontramos bastante resistência para essa modalidade de acompanhamento (BUENO; SIEBERT, 2008).

O momento do acolhimento demanda alterações na forma de realizar o atendimento individual, pois ultrapassa a barreira de apenas incluir o “atendimento agudo do dia”. O elevado percentual de 58,1% de abstinência no grupo pode ser interpretado pela falta de entendimento do usuário sobre o funcionamento do grupo, ou até mesmo pela falta de vínculo durante o acolhimento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs, como objetivo geral, a contribuir com a análise das características, demandas e adesão do acolhimento nutricional na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília. Através dos resultados encontrados, foi possível verificar a maior demanda de adultos, com objetivo de perda de peso e controle do DM. A principal forma de encaminhamento foi a indicação de atendimento individual, que obteve também a maior adesão.

O cuidado e atenção é uma necessidade em comum a todos os indivíduos, mas devemos nos atentar para a importância de realizar um bom acolhimento para a melhor compreensão da pessoa que busca ajuda nutricional. Este momento é fundamental na criação de vínculo e na identificação de fatores de risco, pois através dele conseguimos perceber as demandas do paciente e relacionar com o contexto social.

Para o cuidado nutricional ser resolutivo, é fundamental observar qual estágio de mudança o paciente se encontra e aperfeiçoar a forma de abordagem e anamnese a ser realizada. Um paciente no estágio de negação ou pré-contemplação, por exemplo, dificilmente conseguirá reconhecer a necessidade de mudança de comportamento e planejar metas nutricionais em um primeiro momento.

Reconhecemos que a exclusão de usuários na pesquisa ocorreu principalmente pela falta de dados aferidos durante o acolhimento, possivelmente pelo curto período de atendimento, fluxo intenso de usuários e também pela difícil compreensão das evoluções nos prontuários. As evoluções no modelo atual são eficientes para compreender questões sintomáticas e farmacológicas da medicina, mas limitante para a compreensão de comportamentos e mudanças de hábitos, pois se perde muitas informações dos usuários, principalmente pela falta de unificação dos dados no serviço de nutrição na evolução.

## 7 REFERÊNCIAS

ATALAH SAMUR, Eduardo et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. **Revista Médica de Chile**, [S.I.], v. 125, n. 12, p. 1429-36, 1997.

BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi; CARVALHO, Maria Dalva de Barros, Maria Dalva; PELLOSO, Sandra Marisa. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 27, 2009.

BUENO, Denise; SIEBERT, Mariana. Contribuição de grupos operacionais no fortalecimento da atenção primária à saúde. **Revista de APS**, [S.I.], v.1, n.4, p. 468-473, 2008.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Portaria Nº710 de 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância Alimentar e Nutricional- Perguntas e respostas. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 5 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 84 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 56 p.

——— Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 16 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 152 p.

——— Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

RECINE, Elisabetta; VASCONCELLOS, Ana Beatriz. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: Cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v 13, n.1, p. 73-79, 2011.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavone de Campos. Desafios presentes na qualificação do cuidado em saúde e humanização. In: IBÁÑES, Nelson; ELIAS, Paulo Henrique Mangeons Elias; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucited Editora, 2011. p. 762- 812

FRANCO, Tulio Batista. **Processo de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde**; 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, 2003.

GUARIGUATA, Leonor. *et al.* Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. **Diabetes research and clinical practice**, [S.I.], v. 103, n. 2, p. 137-149, 2014.

GARUZI, Miriane *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, [S.I.], v.2, n. 35, p. 144-149, 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamento Familiares 2008-2009 – POF: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_ **Pesquisa de Orçamento Familiares 2008-2009 – POF: Avaliação Nacional da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

LAMOUNIER, Joel Alves; LAMOUNIER, Fernando Becker; WEFFORT, Virgínia Resende Silva. Aspectos gerais da obesidade na infância e na adolescência. In: WEFFORT, Virgínia Resende; LAMOUNIER, Joel Alves. **Nutrição em Pediatria**. Barueri, SP: Manole, 2009. p. 326-344.

MOLINER, Juliane de; RABUSKE, Michelli Moroni. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicologia: teoria e prática**. São Paulo, v. 10, n. 2, p. 44-60, 2008.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Perspectivas da qualidade em saúde. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PINHEIRO, Rejane Sobrino *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 27-34, 2003

SCHMIDT, Vanessa; BERNARD, Aline; VIEIRA, Daiana Dessuy. Perfil de pacientes que procuram atendimento nutricional. **Salão do Conhecimento**, v. 1, n. 01, 2013.

SILVA, Regiane de Almeida *et al.* Perfil de nutrição e saúde de usuários da atenção primária a saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, 2011.

SOUZA, Elton Bicalho de. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, Ano V, n. 13, p. 49-53, 2010.

WHO. World Health Organization. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series nº 854. Geneva, Switzerland: WHO, 1995.

\_\_\_\_\_ World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO, 2000.

\_\_\_\_\_ World Health Organization. Child Growth Standards: length/height for age, weight-for-age, weight-for-length, weight for height and body mass index for age. Methods and development. Geneva: WHO, 2006.

\_\_\_\_\_ de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, 2007; 85: 660-667.





## ACOLHIMENTO DA NUTRIÇÃO



Data:

Equipe:

Nome paciente:

Idade:

PI:

Encaminhado: ( ) não, demanda espontânea ( ) sim, quem: \_\_\_\_\_

Patologias:

Medicações:

Demandas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Perda de peso           | <input type="checkbox"/> Alimentação saudável          |
| <input type="checkbox"/> Orientação DM2          | <input type="checkbox"/> Alimentação na gestação       |
| <input type="checkbox"/> Orientação HAS          | <input type="checkbox"/> Obesidade criança/adolescente |
| <input type="checkbox"/> Orientação dislipidemia | <input type="checkbox"/> Outro:                        |

Ocupação:

Rotina alimentar (breve descrição da alimentação usual):

Observações:

Objetivo:

Peso usual: \_\_\_\_\_ % PP:

Peso atual: \_\_\_\_\_ kg

Altura: \_\_\_\_\_ m

IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Diagnóstico nutricional:

Gestante

IG:

Peso pré:

Diagnóstico pré:

Ganho de peso:

Adequação:

Combinações (até 3):

---



---



---

Encaminhamento:

Resolvido com orientação

Agenda

Grupo. Qual: \_\_\_\_\_

Preenchido por: \_\_\_\_\_ Evoluido ( ) SISVAN ( )