

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

**Paula Zart Krebs**

CARACTERÍSTICAS E DEMANDAS DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO  
SERVIÇO DE ACOLHIMENTO DE NUTRIÇÃO EM UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE

Porto Alegre, 2015

Paula Zart Krebs

CARACTERÍSTICAS E DEMANDAS DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO  
SERVIÇO DE ACOLHIMENTO DE NUTRIÇÃO EM 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

Porto Alegre, 2015

## CIP - Catalogação na Publicação

ZART KREBS, PAULA  
Nutricionista / PAULA ZART KREBS. -- 2015.  
36 f.

Orientador: 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,  
2015.

1. Acolhimento. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.  
Perfil de Saúde. I. SCHUCH, ILAINE, orient. II.  
Título.

## RESUMO

**Introdução:** As demandas na atenção primária à saúde são diversas, contudo é importante identificar as principais necessidades da população. Tendo em vista o quadro epidemiológico e nutricional da população, caracterizar e identificar as demandas dos usuários pode ajudar no melhor planejamento e organização do cuidado nutricional na atenção básica.

**Objetivos:** Caracterizar os usuários e suas demandas no acolhimento da área da nutrição de uma unidade básica de saúde.

**Métodos:** Estudo transversal. Analisou-se os dados registrados no instrumento utilizado no acolhimento, referente aos usuários atendidos no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. Foram registrados dados relativos a antropometria, patologias, uso de medicamentos, atividade física, idade, sexo e ocupação.

**Resultados:** A maioria dos usuários atendidos eram do sexo feminino e a faixa etária predominante foi de idosos (maiores de 60 anos). A maior prevalência de doença nos adultos foi de doenças crônicas: hipertensão arterial (48,6%), seguida de diabetes melittus (26,9%). Em relação ao perfil nutricional dos usuários, observou-se, em todos os grupos, um predomínio de sobrepeso e obesidade. Quanto a realização de atividade física, a maioria dos adultos e gestantes não realiza e, do grupo das crianças e adolescentes a maior parte realiza algum tipo de atividade física. Observou-se um predomínio de encaminhamento por profissionais médicos. A maioria dos adultos teve a indicação de cuidado para o grupo de alimentação saudável, e grande parte das gestantes e crianças e adolescentes foram encaminhadas para a agenda individualizada.

**Conclusão:** Observou-se uma demanda maior por parte dos idosos, doentes crônicos, sedentários e apresentando excesso de peso. A maioria dos usuários foi encaminhada para atendimento coletivo, em grupo de alimentação saudável.

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

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dias e Horários das Agendas Individuais.....	16
Tabela 2 - Dias e Horários dos Grupos.....	16
Tabela 3 - Características gerais da amostra (n=129).....	19
Tabela 4 - Distribuição dos indivíduos de acordo com o uso de medicamentos e Atividade Física.....	20
Tabela 5 - Distribuição dos indivíduos e grupos de acordo com encaminhamentos e indicação de cuidado.....	21
Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos de acordo com as patologias e sintomas gastrointestinais .....	23
Tabela 7 - Distribuição dos indivíduos de acordo com o estado nutricional e risco de complicações cardiovasculares de adultos e idosos .....	24
Tabela 8 - Distribuição das gestantes de acordo com idade gestacional, estado Nutricional e ganho de peso (n=7) .....	24
Tabela 9 - Distribuição das crianças e adolescente de acordo com o estado nutricional (n=17) .....	25

**LISTA DE ABREVIATURAS**

CC - Circunferência da Cintura  
DM - Diabetes Melittus  
HAS - Hipertensão Harterial  
IMC - Índice de Massa Corporal  
LAN - Laboratório de Avaliação Nutricional  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
PNH - Política Nacional de Humanização  
PNS - Política Nacional de Saúde  
POF - Pesquisa de Orçamento Familiar  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

1	REVISÃO DA LITERATURA.....	7
1.1	POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA .....	7
1.2	O ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE .....	8
1.3	OS PROBLEMAS ALIMENTARES E NUTRICIONAIS E AS DEMANDAS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	10
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	OBJETIVO GERAL .....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
3	METODOLOGIA .....	15
3.1	DELINEAMENTO .....	15
3.2	POPULAÇÃO .....	15
3.3	LOCAL DE ESTUDO .....	15
3.4	VARIÁVEIS ANALISADAS .....	16
3.5	TÉCNICAS ANTROPOMÉTRICAS E CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL .....	17
3.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	17
3.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	18
3.8	ASPECTOS ÉTICOS .....	18
4	RESULTADOS .....	19
5	DISCUSSÃO.....	26
6	REFERÊNCIAS .....	32
7	ANEXO I.....	37

## 1 REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

De acordo o disposto no texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica deve ser a principal porta de entrada e o contato preferencial dos usuários de saúde com a Rede de Atenção à Saúde. Ela é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a).

As equipes da atenção básica devem realizar o cuidado à saúde e o manejo das demandas observando critérios de risco e vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012a).

Um dos fundamentos da Atenção Básica é possibilitar o acesso universal, contínuo e de qualidade aos serviços de saúde, sempre acolhendo os usuários. O serviço de saúde deve sempre ouvir os usuários, de maneira universal para dar o melhor encaminhamento, capaz de, na maioria das vezes, resolver ou minimizar os problemas de saúde de quem procura o serviço. Esta proximidade e acolhimento são fundamentais para desenvolver relações de vínculo e afeto que facilitam a continuidade do trabalho e consolide a atenção básica como porta de entrada principal para a rede de atenção a saúde, (BRASIL, 2012a) sendo o acolhimento uma atitude de inclusão, um ato de aproximação com o outro (BRASIL, 2013).

O trabalho da Atenção Básica deve ser além de multiprofissional, interdisciplinar e sempre com o usuário como centro da atenção. Neste sentido, tanto a PNAB como a Política de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) ressaltam a importância da integralidade. Ferreira, et al. (2009) descrevem que os momentos de discussão e trocas de experiências da vivência de residentes em uma Unidade de Saúde da Família com outros profissionais potencializam a construção do conhecimento e permitem que o trabalho seja efetivado pela integração do trabalho em equipe e que um profissional complementa o fazer do outro.



Como responsabilidades, entre outras, os profissionais e esferas do governo devem estabelecer prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção básica, do mesmo modo, como características e atribuições do processo de trabalho dos profissionais e das equipes da atenção se destaca a programação e implementação de atividades de acordo com as demandas e necessidades dos usuários, e o desenvolvimento de ações, principalmente para grupos de risco detectados, com o objetivo de tratar e prevenir os danos, além de desenvolver autonomia individual e coletiva. (BRASIL, 2012a)

Tem-se também como característica do trabalho dos profissionais da Atenção Básica a realização do Acolhimento, com uma escuta qualificada que possa avaliar as situações de urgência, risco, vulnerabilidade e de saúde dos usuários, identificando as necessidades de cuidados e encaminhamentos (BRASIL, 2012a). Também a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) estabelece que o processo de acolhimento deve considerar a alimentação e a nutrição como determinantes de saúde, sendo necessária uma escuta qualificada e humanizada. (BRASIL, 2012b)

## 1.2 O ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE

Acolhimento é uma atitude de inclusão, é o ato de aproximação com o outro, estar em relação, e sobre este contexto que o acolhimento foi inserido como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, o Humaniza SUS. Ele deve estar presente e sustentar as relações entre equipes, serviços e usuários, sendo construído de forma coletiva com o objetivo e o compromisso de firmar relações entre os envolvidos. Deve ser feito através de uma escuta qualificada, sempre ouvindo as necessidades do paciente e garantindo o correto acesso ao sistema de saúde. (BRASIL, 2013).

O acolhimento está presente em todas as relações da vida, é uma prática cotidiana, e é construído através dos vínculos entre as pessoas. Dentro de um serviço de saúde é necessário que sejam construídos vínculos entre os profissionais e a população, com diálogos e um trabalho coletivo e cooperativo entre todos (BRASIL, 2010a). Garuzi et al. (2014), apontaram o acolhimento como uma ferramenta capaz de promover este vínculo entre os envolvidos no cuidado, além de possibilitar o estímulo do autocuidado por parte do paciente.

O acolhimento no SUS é identificado como a recepção, onde será feita a triagem e o correto encaminhamento para os serviços especializados. O objetivo do acolhimento é o enfoque no sujeito e na sua necessidade, não apenas na sua doença. Vem para trazer

afetividade e construir relações entre profissionais e população, trazendo o usuário como participante ativo no processo de produção da saúde. Souza et al (2008), em um estudo com diferentes unidades de saúde destacaram que uma das equipes reconheceu a importância do acolhimento na relação com o usuário, pois compreende de uma forma mais ampliada as necessidades de saúde da população, podendo desenvolver atenção e trato diferenciado a partir destas.

A Política Nacional de Humanização (Humaniza-SUS), partindo do contexto de humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão nas esferas do SUS, expressa os princípios e modos das relações entre os profissionais e usuários do sistema, sempre tendo como principal tarefa a qualificação da atenção na saúde. É necessário ter atenção com os usuários, garantindo seus direitos e de seus familiares, mas também melhorar as condições de trabalho dos profissionais, para que estes possam exercer seu trabalho da maneira mais produtiva e eficaz possível. A humanização leva em conta o diálogo entre os profissionais e pacientes e as necessidades, desejos e interesses de todos (BRASIL, 2004).

O Humaniza SUS investe na interação entre as pessoas através de atitudes éticas, no que se refere ao reconhecimento do outro, aceitando as suas diferenças, estéticas, estratégias para a construção da própria humanidade e política, implicando em um compromisso coletivo (BRASIL, 2010a). Humanizar a atenção em saúde contribui para a qualificação do serviço, olhando cada sujeito em sua especificidade, necessidades e valores.

Dentro das diretrizes que integram o PNAN se destaca a Organização da Atenção Nutricional, em que necessita da organização do serviço de saúde, para melhor atender as demandas dos pacientes (BRASIL, 2012b). O acolhimento também exige do serviço de saúde uma reorganização, possibilitando assim, a intervenção e o fortalecimento das equipes multidisciplinares, qualificando a assistência à saúde (GARUZI et al., 2014). Solla et al. (2005) trazem o acolhimento como uma ação gerencial para esta reorganização do processo de trabalho.

Sousa et al perceberam em estudo que uma grande parcela da população se encontra descontente com os serviços prestados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), demonstrando a necessidade de ajustes e melhorias no sistema (Sousa et al., 2011). Em outro estudo, o acolhimento foi visto pelos profissionais de saúde como um elemento importante para organizar a demanda e o processo de trabalho, contudo exigindo mais esforço e dedicação por parte do profissional (SOUZA et al., 2008). Segundo Scholze et al., (2007) o profissional também deve ser acolhido. Deve-se estabelecer atribuições claras para cada um, evitando sobrecarga de trabalho que possa ameaçar a sua integridade pessoal. Já segundo

Takemoto & Silva (2007) o acolhimento favoreceu apenas o atendimento da demanda espontânea e de queixas agudas e não se apresentou como um fator de transformação do processo de trabalho.

Além de constituir um elemento de mudança, o acolhimento também tem o potencial de amplificar as práticas de cuidado dos profissionais da saúde (SCHOLZE et al., 2009) e ser uma garantia de acesso ao serviço de saúde (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Acolher é assumir uma postura capaz de escutar e conceder as respostas mais adequadas ao paciente naquele momento. É prestar um atendimento com responsabilidade e resolutividade, porém nunca esquecer e sempre estar atento as diferenças. Souza et al. (2008) destacaram em seu estudo que alguns usuários relatam que “têm profissionais que atendem bem, porém outros não dão a mínima atenção.” (SOUZA et al., 2008). Fazer acolhimento é escutar as queixas, medos e expectativas, identificando os riscos e vulnerabilidades de cada um. É compreender as necessidades de saúde do usuário, que vão além da identificação dos agravos e doenças, que muitas vezes são imperceptíveis dentro de uma abordagem limitada em sinais e sintomas (SOUZA et al., 2008). Acolhimento é a recepção, escuta e identificação de demandas e o momento onde devem ser dadas as respostas adequadas. O profissional deve entender e tentar resolver os problemas de saúde trazidos pela população (SOLLA, 2005).

### 1.3 OS PROBLEMAS ALIMENTARES E NUTRICIONAIS E AS DEMANDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Nos últimos anos a população mundial e brasileira vem passando por uma transição nutricional, com a diminuição da desnutrição e o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade. Além de todas as consequências que estas morbidades trazem. Isto mostra o novo cenário da população em relação a alimentação e nutrição. (BRASIL, 2012b)

Obesidade é uma doença crônica, prevalente tanto em países desenvolvidos, quanto em países subdesenvolvidos. Atualmente é tão comum, que está tomando o lugar de doenças que eram tradicionais, como desnutrição, por exemplo. Obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas, contudo, é uma doença que pode ser evitada e/ou tratada através de mudanças no estilo de vida e requer estratégias de prevenção e controle a longo prazo (WHO, 2000).

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um indicador simples de peso por altura, comumente utilizado para classificar sobrepeso e obesidade em adultos e idosos. Para a World Health Organization (WHO), quando o IMC é maior ou igual a 25kg/m<sup>2</sup> a pessoa é

classificada com sobrepeso e, quando for maior ou igual a 30kg/m<sup>2</sup> com obesidade (WHO, 2000).

Mais da metade da população brasileira se encontra acima do peso (BRASIL, 2014a). O número de pessoas com sobrepeso subiu de 43,3% para 50,8% em apenas 5 anos, e a obesidade subiu de 13% para 17,5% também nestes 5 anos (BRASIL 2009 e BRASIL 2014a).

Essa mudança no perfil nutricional, também denominada de transição nutricional está relacionada com a mudança de hábitos alimentares da população. Sobre o consumo de alimentos da população brasileira, na comparação dos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008/2009 com a POF 2002/2003 (BRASIL, 2010b) observa-se um aumento no consumo de refeições prontas e misturas industrializadas na participação relativa de alimentos e grupos de alimentos no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar, assim como um aumento no consumo de refrigerantes e uma diminuição no consumo de feijões e leguminosas (BRASIL, 2010b). Entretanto, na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 (BRASIL, 2014b) os dados mostram que o feijão ainda tem uma boa presença no prato do brasileiro, sendo que 71,9% da população pesquisada relatou consumir feijão regularmente (5x na semana ou mais). Por outro lado, quase ¼ da população (23,4%) relatou que consome regularmente (pelo menos 5 dias na semana) refrigerantes ou sucos artificiais e 21,7% da população relatou consumir alimentos doces, como bolos, tortas, chocolates e balas também pelo menos 5 vezes na semana.

Em relação aos hábitos mais saudáveis de alimentação da população, a PNS de 2013 mostrou que, no Brasil, 37,3% da população acima de 18 anos consumiam as 5 porções de frutas e hortaliças diárias preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2014b).

O consumo aumentado de refrigerantes e bebidas açucaradas é relacionado com o aumento significativo de algumas doenças crônicas. Schulze et al. (2004) compararam a incidência de ganho de peso e o risco de desenvolver Diabetes Mellitus tipo 2 com o consumo de bebidas açucaradas e encontraram associações positivas entre o aumento do consumo destas bebidas e um maior ganho de peso e aumento no risco de desenvolver Diabetes Mellitus tipo 2.

De acordo com a PNS de 2013, 21,4% da população referiu diagnóstico de Hipertensão Arterial, 6,2% de Diabetes Mellitus, 4,1% de Doença Cardiovascular e 12,5% de colesterol alto. Quando questionados quanto as recomendações médicas para o tratamento do colesterol, “manter uma alimentação saudável” apareceu em 97,3% dos casos, e “manter um

peso adequado” em 87,9%. Isto demonstra que a nutrição tem atuação nas principais recomendações de saúde para pacientes que apresentam o diagnóstico de colesterol alto (BRASIL, 2014b). Este quadro mostra a importância de ações em diversos setores, incluindo a nutrição, afim de promover a alimentação saudável e adequada e atenção nutricional para todos.

A PNAN tem como objetivo melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, sempre garantindo a segurança alimentar e nutricional e a prevenção de agravos relacionados a nutrição, e tem a PNAB como ordenadora de todas as suas ações. (BRASIL, 2012b)

A lei 8080 de 19/09/1990 entende que a saúde é um direito fundamental de todo ser humano e tem a alimentação, entre outros fatores, como um determinante e condicionante, além de que ações em alimentação e nutrição devem ser executadas e desempenhadas de formas complementares a outras ações de saúde. (BRASIL, 1990).

Em 2010 a alimentação foi introduzida no artigo 6º da Constituição Federal como um direito. Nesta direção as políticas públicas, como o PNAN e o PNAB, assim como a Política Nacional de Promoção a Saúde, que tem como uma de suas diretrizes, “reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca de equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde” (BRASIL, 2010c) vem implementando no país estratégias visando garantir uma alimentação saudável e segura a população, bem como estimular os indivíduos a terem melhores escolhas em relação a alimentação.

Um dos princípios da PNAN é a alimentação como um elemento das práticas de saúde, que tem implicações diretas na qualidade de vida da população, além do respeito a diversidade socioeconômica e a cultura alimentar de cada um. Tem como princípio também o fortalecimento da autonomia de cada indivíduo, implicando na capacidade de escolhas e práticas alimentares mais saudáveis e que o indivíduo seja capaz de experimentar e vivenciar diferentes experiências, podendo assim tomar as melhores decisões. Para que isto seja possível é necessário o investimento em estratégias de comunicação e educação em saúde para que os profissionais de saúde possam passar o seu conhecimento adiante. (BRASIL, 2012b)

Dentro das diretrizes do PNAN, se destaca a promoção de Alimentação Adequada e Saudável, em que ações de promoção da saúde com a participação popular são consideradas favorecedoras de escolhas mais saudáveis e ainda respondem às necessidades da população. Outra diretriz é a Vigilância Alimentar e Nutricional que constitui na descrição de tendências de alimentação e estado nutricional da população (BRASIL, 2012b).

As causas de demandas na atenção primária são diversas, contudo é importante identificar as principais necessidades da população. A atenção primária lida com uma ampla variedade de problemas e diagnósticos, e se os 50 diagnósticos mais frequentes forem bem manejados será permitida a resolução de mais da metade da demanda médica em ambulatórios. (STARFIELD, 2002)

Neste sentido, e tendo em vista o quadro epidemiológico e nutricional da população e a necessidade de melhor planejamento e organização da atenção nutricional nos serviços de atenção básica à saúde, o presente trabalho pretende contribuir para caracterizar as demandas dos usuários em relação ao cuidado nutricional, em uma unidade básica de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar os usuários e suas demandas no acolhimento da área da Nutrição da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2.2.1 Descrever o perfil socioeconômico, nutricional e de saúde dos usuários atendidos;

2.2.2 Identificar as demandas de atenção nutricional dos usuários atendidos;

2.2.3 Descrever o tipo de atendimento nutricional ao qual a população foi encaminhada.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DELINEAMENTO**

Estudo transversal.

#### **3.2 POPULAÇÃO**

Todos os usuários do serviço de saúde da UBS Santa Cecília atendidos no acolhimento nutricional no período de setembro de 2014 à fevereiro de 2015.

#### **3.3 LOCAL DE ESTUDO**

Unidade Básica de Saúde Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS. A atenção nutricional da população adstrita ao território da UBS Santa Cecília encontra-se organizada de forma 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 ou em atendimento domiciliar.

O Serviço de acolhimento da nutrição nesta unidade ocorre no Laboratório de Avaliação Nutricional (LAN) todas as segundas-feiras no turno da tarde, das 13h30 às 17h. Os usuários são atendidos por ordem de chegada, não necessitando de agendamento prévio. O acesso a atenção nutricional ocorre através do encaminhamento por algum profissional da unidade (médico, enfermeiro ou outro) ou por livre demanda. O processo de acolhimento é realizado por estagiários do curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), supervisionados por nutricionista da UFRGS e/ou professores.

O acolhimento nutricional constitui-se de uma escuta qualificada do paciente com utilização do Instrumento de Acolhimento Nutricional – Adulto (ANEXO I). Com base nos resultados desta escuta e da avaliação objetiva e dos aspectos subjetivos da situação de saúde do usuário, são identificadas as necessidades de cuidado nutricional e definido o encaminhamento para atendimento individual (agenda) ou para atendimento em grupo já previamente estabelecido – Grupo de Alimentação Saudável (Terças-feiras); Grupo de Gestantes (Quintas-Feiras); Grupo de Alimentação Saudável e Qualidade de Vida (Segundas-



Feiras), dados apresentados nas Tabelas 1 e 2. Nesta decisão é considerada, além dos critérios técnicos de avaliação, a manifestação de preferência do usuário.

**Tabela 1 - Dias e Horários das Agendas Individuais.**

<b>Dia</b>	<b>Horário</b>
Terça-Feira	18h – 20h
Quarta-Feira	14h – 18h
Quinta-Feira	08h – 12h

**Tabela 2 - Dias e Horários dos Grupos**

<b>Grupo</b>	<b>Dia da semana</b>	<b>Horário</b>
Grupo de Alim. Saudável e Qualidade de Vida	2ª. feira	13h30 – 15h
Grupo de Alimentação Saudável	3ª. feira	18h - 19h30
Grupo de Gestantes	5ª. feira	10h – 12h

### 3.4 VARIÁVEIS ANALISADAS

Para análise, os usuários foram classificados em três grupos: Adultos (>19 anos a <60 anos) e Idosos ( $\geq 60$  anos), Crianças e Adolescentes ( $\leq 19$  anos) e Gestantes.

No grupo Adultos e Idosos foram analisados os seguintes dados:

- Dados socioeconômicos e demográficos: idade, gênero e ocupação;
- Forma de demanda: procura do serviço por livre demanda, encaminhamento por algum profissional;
- Tipo de encaminhamento: agenda individualizada ou grupo;
- Dados de saúde: realização e tipo de atividade física, patologias apresentadas, uso de medicamentos e sintomas gastrointestinais;
- Dados antropométricos: peso, altura, IMC e circunferência da cintura (CC).

No grupo de Gestantes foram analisados ainda: idade gestacional, peso e IMC pré-gestacional e ganho de peso durante a gestação.

No grupo de Crianças e Adolescentes foram analisados os seguintes dados:

- Dados demográficos: idade e gênero;

- Realização e tipo de atividade física;
- Dados antropométricos: peso, altura e IMC;
- Tipo de encaminhamento: agenda individualizada ou grupo.

### 3.5 TÉCNICAS ANTROPOMÉTRICAS E CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A balança digital utilizada no acolhimento é da marca Welmi®, com precisão em 200 gramas, e a estatura foi aferida utilizando estadiômetro fixo na parede marca Tonelli®.

O IMC foi calculado como a razão da medida do peso em quilos e o quadrado da estatura em metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), e para adultos e gestantes foi classificado como recomendação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000). Para idosos o IMC foi classificado através da recomendação de Lipschitz et al.(1994)

A circunferência da cintura foi medida por meio de fita antropométrica Cescorf® de 2 metros e classificada como baixo, elevado ou muito elevado risco de complicações metabólicas, segundo os parâmetros da WHO (WHO, 2000).

Para a classificação do estado nutricional das gestantes foi utilizado o peso pré gestacional e a estatura para o cálculo do IMC pré gestacional e com ele calcular se o ganho de peso estava adequado dependendo da idade gestacional que a gestante se encontrava.

Para a classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes foi utilizado o IMC para idade de acordo com as referências da World Health Organization (WHO, 2006 e 2007).

A classificação da adequação do ganho de peso gestacional foi realizada com base nos pontos de corte propostos pelo Institute of Medicine , com o uso do IMC pré-gestacional. (Rasmussen KM; Yaktine AL, 2009).

### 3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os indivíduos cujos instrumentos não tivessem o registro de vários dados o que prejudicaria a análise dos resultados, em qualquer um dos grupos.

### 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos a partir dos instrumentos foram inseridos em um banco em planilha Excel. Pelo caráter descritivo do estudo, não foram realizados testes estatísticos. As variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas. Os dados foram analisados no programa SPSS versão 21.0.

Os resultados foram apresentados em tabelas com o intuito de identificar as principais demandas e perfis dos usuários desta unidade.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado em comitê de ética em pesquisa.

## 4 RESULTADOS

Foram atendidos no acolhimento nutricional da UBS Santa Cecília no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, 153 usuários. Destes, foram incluídos na análise 129 e foram excluídos, seguindo os critérios de exclusão 24 usuários.

A distribuição dos dados sobre a caracterização dos usuários atendidos no acolhimento está descrita na tabela 3.

**Tabela 3 - Características gerais da amostra (n=129)**

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
M	25	19,4
F	104	80,6
<b>Faixa etária</b>		
≤ 18 anos	17	13,2
19 a 45 anos	37	28,7
46 a 59 anos	35	27,1
≥ 60 anos	40	31,0
<b>Gestante</b>		
Sim	7	5,4
Não	122	94,6
<b>Ocupação (n=111)</b>		
Fora do mercado	49	44,1
Serviços domésticos	11	9,9
Serviços	19	17,1
Administrativo	16	14,4
Outros	16	14,4

A maioria dos usuários atendidos no acolhimento nutricional, no período estudado, eram mulheres (80,6%). Dentre os avaliados, 13,2% eram menores 19 anos; 28,7% tinham idade entre 19 e 45 anos; 27,1% de 45 a 59 anos e 31% acima de 59 anos. Dos 129 usuários, 7 eram gestantes.

Em relação a ocupação, a informação foi obtida para 111 usuários. Observou-se que a maioria dos usuários se encontram fora do mercado de trabalho (44,1%). Dentre os que estão no mercado de trabalho, aqueles que realizam ocupações referentes a serviços, como:

motoboy, vendedor, organizador de evento, “promoter”, segurança, mecânico, cobrador, cabeleireiro, hidráulico, garçom, advogada e técnico de enfermagem, são os mais prevalentes (17,1%).

A distribuição dos dados sobre uso de medicamentos e atividade física está descrita na Tabela 4, a seguir.

Entre os adultos e idosos 76,2% utilizam medicamentos, já no grupo das gestantes a maioria (85,7%) não faz uso de nenhuma medicação.

Em relação a atividade física, percebe-se uma predominância de indivíduos que não realizam, tanto no grupo dos adultos, quanto no grupo das gestantes. Dentre os que realizam atividade física, a maioria faz caminhadas ou bicicleta. Entretanto, no grupo das crianças e adolescentes, a grande maioria (75%) pratica algum tipo de atividade física, com predominância de Lutas e Esporte e Educação Física na escola.

**Tabela 4 - Distribuição dos indivíduos de acordo com o uso de medicamentos e Atividade Física**

Variáveis*	Adultos (n=105) n (%)	Gestantes (n=7) n (%)	Crianças (n=17) n (%)
<b>Uso de medicamentos</b>			
Sim	80 (76,2)	1 (14,3)	-
Não	25 (23,8)	6 (85,7)	-
<b>Atividade Física</b>			
Sim	32 (30,5)	2 (28,6)	12 (75,0)
Não	73 (69,5)	5 (71,4)	4 (25,0)
<b>Tipo de atividade Física</b>			
Caminhada/Bicicleta	17 (53,1)	2 (100)	1 (10)
Hidroginastica	2 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Musculação/Academia	11 (34,4)	0 (0,0)	2 (20)
Natação	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Dança	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Educação Física	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (30)
Lutas/Esporte	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (40)

\* Se não consta na tabela o dado é porque o usuário não respondeu à questão

Na tabela 5 está descrita a distribuição dos dados referentes a forma de encaminhamento ou procura do serviço de nutrição. Observamos que há uma predominância

de encaminhamentos realizados pelos profissionais médicos, tanto para adultos e idosos, quanto para gestantes.

Quanto a indicação para a atenção/cuidado nutricional, no grupo dos adultos a maioria (53,3%) foi encaminhado para o grupo de alimentação saudável.

**Tabela 5 - Distribuição dos indivíduos e grupos de acordo com encaminhamentos e indicação de cuidado**

Variáveis	Adultos n (%)	Gestantes n (%)	Crianças n (%)
<b>Encaminhado</b>			
Médico	76 (80,0)	6 (85,7)	-
Livre demanda	14 (14,7)	1 (14,3)	-
Enfermeiro	1 (1,1)	0 (0,0)	-
Outros	4 (4,2)	0 (0,0)	-
<b>Indicação de cuidado</b>			
Agenda individualizada	49 (46,7)	6 (85,7)	14 (82,4)
Grupo de Alimentação Saudável	56 (53,3)	0 (0,0)	3 (17,6)
Gestante	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)

A distribuição de patologias e sintomas gastrointestinais relatados pelos usuários está descrita na tabela 6. É importante destacar que, para a análise de dados neste estudo, um usuário pode apresentar mais de uma patologia. Portanto, são 105 adultos atendidos e 132 doenças principais: Hipertensão Arterial (HAS); Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2); outra e sem patologia. Também é importante destacar que a variável de encaminhamento não foi analisada no grupo das crianças e adolescentes.

A grande maioria dos adultos (81,9%) apresenta pelo menos uma patologia, já no grupo das gestantes a maioria (57,1%) não apresenta nenhuma patologia.

A patologia mais frequentemente encontrada nos usuários adultos foi hipertensão, presente em 48,6% dos casos, seguidos de outras patologias (36,2%) e DM2 (22,9%). Nas gestantes a patologia mais frequente encontrada foi DM2, em 28,6% das usuárias.

Entre as “outras” patologias, a mais frequente foi Colesterol Alto/Dislipidemia, que contribuem com 13,3% dos casos, seguida de depressão, com 4,8% dos casos.

Quanto aos sintomas gastrointestinais, a grande maioria dos adultos e gestantes não apresentam nenhum sintoma. Daqueles que apresentam algum sintoma gastrointestinal, a

constipação é a reclamação mais frequente dos adultos, em 19% dos casos, seguido de náuseas, com 10,5% dos casos.

**Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos de acordo com as patologias e sintomas gastrointestinais**

Variáveis	Adultos n (%)	Gestantes n (%)
<b>Principal*</b>		
HAS	51 (48,6)	1 (14,3)
DM2	24 (22,9)	2 (28,6)
Outra	38 (36,2)	0 (0,0)
Sem patologia	19 (18,1)	4 (57,1)
<b>Outras*</b>		
Depressão	5 (4,8)	-
Colesterol alto/dislipidemia	14 (13,3)	-
HIV	3 (2,9)	-
Refluxo	3 (2,9)	-
Gastrite	1 (1,0)	-
Asma	4 (3,8)	-
Hipotireoidismo	4 (3,8)	-
Artrose	2 (1,9)	-
Angina	1 (1,0)	-
Incontinência Urinária	1 (1,0)	-
Fibromialgia	1 (1,0)	-
Chron	1 (1,0)	-
Celíaca	1 (1,0)	-
Apnéia	1 (1,0)	-
Hernia de disco	2 (1,9)	-
Insuficiência renal	1 (1,0)	-
<b>Sintomas gastrointestinais</b>		
Náusea	11 (10,5)	1 (14,3)
Vômito	0 (0,0)	0 (0,0)
Disfagia	0 (0,0)	0 (0,0)
Dificuldade de mastigar	1 (1,0)	0 (0,0)
Diarréia	8 (7,6)	0 (0,0)
Constipação	20 (19,0)	1 (14,3)
Sem sintomas	65 (61,9)	5 (71,4)

\* questão de múltipla resposta

Em relação ao estado nutricional dos adultos, a distribuição de dados até descrita na tabela 7. Os dados mostram que no grupo dos adultos tem-se um predomínio de usuários acima do peso (89,2%), sendo que destes 33,8% com sobrepeso e 55,4% com algum grau de



obesidade. No grupo dos idosos o excesso de peso também é predominante, com 60% dos usuários.

Em relação à medida da circunferência da cintura, a maioria dos usuários apresentam algum risco para complicações cardiovasculares (91,5%).

**Tabela 7 - Distribuição dos indivíduos de acordo com o estado nutricional e risco de complicações cardiovasculares de adultos e idosos**

Variáveis	n	%
Classificação do IMC adulto		
Desnutrição Grave	0	0,0
Desnutrição moderada	0	0,0
Desnutrição Leve	1	1,5
Eutrofia	6	9,2
Sobrepeso	22	33,8
Obesidade grau I	19	29,2
Obesidade grau II	10	15,4
Obesidade grau III	7	10,8
Classificação do IMC idoso		
Baixo peso	1	2,5
Eutrofia	15	37,5
Excesso de peso	24	60,0
Classificação da CC (n=82)		
Baixo Risco	7	8,5
Risco elevado	10	12,2
Risco muito elevado	65	79,3

Na tabela 8 estão descritas as características e o estado nutricional das gestantes. Podemos observar que das 7 gestantes atendidas no acolhimento da nutrição na unidade, no período, a maioria (57,1%) já se encontrava no 2º trimestre de gestação.

Segundo o IMC pré-gestacional, nenhuma das gestantes se encontrava abaixo do peso antes da gestação, e a maioria, 71,5% estavam acima do peso.

Quanto ao ganho de peso na gestação, 5 gestantes (71,4%) apresentavam ganho de peso inadequado e apenas 2 (28,6%) apresentavam ganho de peso na gestação adequado.

**Tabela 8 - Distribuição das gestantes de acordo com idade gestacional, estado Nutricional e ganho de peso (n=7)**

Variáveis	n	%
Trimestre gestacional – n(%)		
1º	2	28,6
2º	4	57,1
3º	1	14,3
Classificação do IMC Pré-gestacional		
Baixo peso	0	0,0
Eutrofia	2	28,6
Sobrepeso	3	42,9
Obesidade	2	28,6
Ganho de peso		
Adequado	2	28,6
Inadequado	5	71,4

A distribuição do estado nutricional das crianças está descrita na Tabela 9.

Quando analisamos o estado nutricional das crianças e adolescentes, observamos um predomínio de crianças apresentando obesidade, estado presente em 47,1% dos usuários desta faixa etária, seguido daqueles que apresentam sobrepeso.

**Tabela 9 - Distribuição das crianças e adolescente de acordo com o estado nutricional (n=17)**

Variáveis	n	%
Estado Nutricional		
Baixo Peso	1	5,9
Eutrofia	3	17,6
Sobrepeso	5	29,4
Obesidade	8	47,1

## 5 DISCUSSÃO

A partir da análise desta amostra foi possível identificar que o sexo feminino é o mais predominante na procura do serviço de nutrição nesta unidade básica de saúde, sendo este resultado semelhante ao encontrado em outros estudos. Autores como Pimentel et al. (2011) que caracterizaram a demanda de uma unidade de Saúde da Família e Souza et al. (2011) em uma Unidade Básica de Saúde, obtiveram valores em torno de 70%.

No Brasil já é descrito que as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens (Travassos et al., 2002). Outro ponto importante, que deve ser levado em consideração é o aumento da preocupação com estética, principalmente do ponto de vista feminino, que pode levar também a uma maior procura pelo serviço de nutrição.

Em um estudo no qual se analisou o motivo da menor procura de homens pelo serviço de saúde, Alves et al. (2011) constataram que muitas vezes o foco de atuação das equipes de saúde não é o sexo masculino. Além disso, segundo os autores acima, os homens percebem-se presos a “crenças” de que compõem um grupo forte e que cuidados preventivos são preciosismo das mulheres, resultando no fato de que os homens acabam por procurar o serviço de saúde quando o problema/doença já está instalado. Desta forma, é clara a necessidade de direcionar ações de saúde voltadas para o sexo masculino, com o objetivo de sensibiliza-los da importância do cuidado e principalmente da prevenção dos agravos a saúde.

Também foi possível identificar a predominância de procura pelo serviço de nutrição por usuários com a faixa etária acima de 60 anos. Sendo este dado semelhante ao encontrado por Sousa et al. (2011). É possível que a maior parte dos atendidos pela nutrição nesta unidade sejam idosos uma vez que boa parte da população que reside neste território é de idade mais avançada, com uma expectativa de vida maior, com alta prevalência de doenças crônicas, além disto os mais velhos estão vivendo mais e procurando melhorar a saúde.

Quanto ao uso de medicamentos, 76,2% da amostra afirmaram fazer uso de algum medicamento de uso contínuo. Dado semelhante foi encontrado por Sousa et al. (2011), onde 64,4% dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde faziam uso de remédio contínuo.

O valor de mais de 75% da amostra fazer uso de algum medicamento é condizente com a quantidade de usuários com alguma doença crônica, pois apenas 18% da amostra não apresenta nenhuma doença relacionada.

Quanto ao nível de atividade física chama a atenção o fato de que a grande maioria dos usuários são sedentários. Cada vez mais estudos demonstram a importância da atividade física na manutenção da saúde e prevenção de doenças. Latré et al. (2014), demonstraram que

enquanto pessoas mais sedentárias apresentavam pior perfil lipídico e metabólico, com elevados biomarcadores de resistência à insulina e inflamação, aqueles que eram menos sedentários apresentavam menores valores de pressão diastólica. Hassapidou et al. (2013) também encontraram resultados semelhantes, considerando que adultos não sedentários apresentavam menor risco de desenvolver DM2, HAS e hipercolesterolemia.

De acordo com os resultados da pesquisa Vigitel de 2013, 46% dos adultos de Porto Alegre não praticam atividade física suficiente e 14% são fisicamente inativos (BRASIL, 2014a). Sousa et al. (2011) encontraram dados de 65,5% de inativos, mas é importante ressaltar que a maior parte da população estudada era de idosos, que por limitações físicas da idade acabam praticando menos atividade física.

A mudança de hábitos, a urbanização e a diminuição da prática de atividades físicas também estão associados a um aumento significativo do sobrepeso e da obesidade. Segundo estudo realizado com idosos no sul do Brasil, aqueles que praticavam menos atividade física eram os obesos (Venturini et al., 2013). Além da inatividade física a pesquisa Vigitel mostrou que 28,9% da população brasileira assiste mais de 3 horas de televisão por dia (BRASIL, 2014b), contribuindo ainda mais para os hábitos sedentários.

É bastante expressivo a prevalência de crianças e adolescentes que praticam algum tipo de atividade física, principalmente aquelas realizadas na escola, em atividade curricular de educação física e esportes. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2012, na região sul do Brasil mais de 90% dos escolares participam de pelo menos 1 da semana das aulas de educação física, mostrando a importância do ambiente escolar para a saúde das crianças e como espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde. (BRASIL, 2012c)

Em relação as patologias, no presente estudo ficou evidente a maior prevalência de hipertensão arterial e diabetes entre os que buscaram o serviço de acolhimento nutricional. Quase metade da população estudada apresentava o diagnóstico de hipertensão arterial, dado que condiz com outros estudos realizados com usuários de unidades básicas de saúde (SOUSA et al., 2011 e PIMENTEL et al., 2011 ).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 também demonstrou que 21,4% da população pesquisada apresentava diagnóstico de HAS. No sul do Brasil este dado era ainda maior, ou seja, de 22,9%. Já a DM estava presente em 6,2% da população (BRASIL, 2014b). Dados da Vigitel de 2013 também demonstram resultados semelhantes, sendo que em porto alegre 25,6% da população era portadora de HAS e 7,8% de DM. (BRASIL, 2014a)

A hipertensão arterial representa uma importante patologia em saúde pública devido a sua elevada prevalência na população, além de ser responsável por pelo menos 45% das mortes por doenças no coração e 51% das mortes por acidente vascular cerebral, no mundo (WHO, 2013). A WHO estima que, em 2008, aproximadamente 40% dos adultos maiores de 25 anos estavam diagnosticados com HAS no mundo, além de todos aqueles que não estavam diagnosticados, nem tratados (WHO, 2013).

A detecção e o tratamento da HAS precoce, além de políticas públicas para redução dos fatores de risco tem contribuído com o declínio gradual da mortalidade por doenças cardíacas e por AVCs em países de alta renda. (WHO, 2013). É importante destacar que a nutrição tem um grande papel no tratamento da HAS, pois dentre o tratamento não farmacológico da doença está o controle de peso e hábitos alimentares mais saudáveis (BRASIL, 2006).

Dentre os fatores de risco para HAS estão a inatividade física, obesidade e DM, (WHO, 2013), todas variáveis encontradas em grande prevalência no presente estudo. O DM também é uma doença crônica que representa um importante problema de saúde pública no mundo e no Brasil. A WHO estima que entre 2000 e 2025 o número de diabéticos no mundo irá dobrar (WHO, 2006).

Muitas vezes pessoas que apresentam o diagnóstico de DM, apresentam concomitantemente o diagnóstico de HAS e dislipdemia, além de CC elevada. Todos estes fatores fazem parte do diagnóstico de Síndrome Metabólica. (WHO, 2006) Sozinhos estes fatores já contribuem para o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, contudo combinadas elas se tornam mais perigosas. (WHO, 2006)

No presente estudo ficou claro a alta prevalência de HAS e DM. Entretanto é importante observar que os outros fatores de risco para o desenvolvimento de Síndrome Metabólica, como dislipdemia esteve presente em 13,3% dos usuários estudados, além de uma CC muito elevada, encontrada em 79,3% dos usuários.

Estes dados demonstram que o tratamento ou o cuidado em saúde e nutrição deve incidir não só sobre uma das doenças ou queixas principais dos usuários, mas este deve ocorrer de forma de cuidado integral do indivíduo e do seu modo de vida.

No Brasil, a equipe de saúde da família deve trabalhar de forma integrada na abordagem da HAS, assim como na DM, enfatizando o controle dos fatores de risco, além de desenvolver ações, campanhas e atividades com o objetivo de prevenção e tratamento das doenças crônicas (BRASIL, 2001).

Na classificação nutricional dos adultos ficou evidente o alto número de usuários acima do peso, sendo que entre os adultos, mais de 50% se encontravam com algum grau de obesidade e apenas 9,2% estavam com o peso ideal. É importante destacar que a maioria dos usuários procurou o serviço de nutrição quando encaminhado por algum profissional da área da saúde, presumivelmente por já apresentar algum problema de saúde que precisasse do apoio nutricional.

Na comparação com dados nacionais, a prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos do presente estudo foi maior do que aquela observada na Pesquisa Vigitel de 2013 para Porto Alegre que apresentou uma prevalência de 54,1% de sobrepeso e 17,7% de obesidade (BRASIL, 2014a). Contudo, os dados encontrados refletem a tendência observada no Brasil. No ano de 2008, 64,9% da população se encontrava acima do peso, havendo um incremento de 6,9% de sobrepeso ou obesidade no país. (BRASIL, 2009)

O excesso de peso também foi observado em 60% dos idosos, dado condizente com o observado na Pesquisa Vigitel de 2013, onde 56,3% da população idosa se encontrava acima do peso ideal, assim como em estudo realizado em Vitória, ES, onde também foi encontrada uma alta prevalência de idosos acima do peso (ANDRADE et al., 2012)

É importante destacar a alta prevalência de sobrepeso e obesidade pre-gestacional do presente estudo, pois eles são relacionados com o desenvolvimento de complicações durante a gestação. Em um estudo realizado na maternidade escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Padilha (2007) observou que as mulheres que tinham o IMC pré-gestacional de obesidade apresentavam um risco aumentado de desenvolver síndromes hipertensivas na gravidez. Nucci et al. (2001) encontraram associação entre mães com IMC pré gestacional de sobrepeso e obesidade com o maior risco para desenvolver Diabetes Mellitus Gestacional e desordens hipertensivas.

Estes fatores demonstram a importância da avaliação e do acompanhamento nutricional antes e durante a gestação para prevenir os possíveis complicações. O presente estudo também mostrou uma inadequação no ganho de peso durante a gestação. Dado que também foi encontrado por Faio et al. (2011), que verificou que o ganho ponderal materno total das gestantes, principalmente aquelas com sobrepeso e obesidade foi excessivo.

Observamos o predomínio de sobrepeso e obesidade entre as crianças e adolescentes avaliadas, sendo importante destacar que estas foram encaminhadas ao serviço de nutrição por médicos ou familiares cientes do estado de saúde da criança ou do adolescente. O excesso de peso é um fator de risco presente em uma parcela significativa de crianças e adolescentes no Brasil e em outros países, representando um desafio para as equipes que atuam na saúde

pública. Conforme observado em outros estudos com escolares no Brasil (VENÂNCIO, 2013 e COELHO, 2012) a prevalência de sobrepeso e obesidade entre os jovens também é alta. A realidade de excesso de peso nas crianças brasileiras também é descrito na POF 2008 – 2009, onde consta a Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Nas crianças menores de 10 anos de idade o peso mediano, segundo as idades, ultrapassa o padrão esperado pela OMS. Mais de 40% das crianças até 10 anos de idade estavam acima do peso ideal e mais de 25% das crianças e adolescentes, entre 10 e 19 anos, também estavam acima do peso. (BRASIL, 2010d)

A presença da obesidade nesta faixa etária é frequentemente associada com o desenvolvimento precoce de outras doenças crônicas. Um estudo realizado em escolas públicas de Minas Gerais, mostrou que crianças com o IMC acima do percentil 75 apresentavam chances aumentadas para os fatores de risco para doenças cardiovasculares. O IMC elevado, também foi associado de forma positiva com a Pressão Arterial Sistólica e Diastólica, além de insulinemia e triglicéridos (GONÇALVES, 2014). O aumento da pressão arterial sistólica e diastólica associada a presença de obesidade também foi descrita por Iampolsky et al, em estudo realizado com escolares em escolas públicas do município de Santo André-SP.

Quando analisamos para que tipo de atendimento nutricional o usuário foi encaminhado percebemos uma importante indicação para a atenção nutricional realizada de forma coletiva no grupo de alimentação saudável. Esta estratégia pode apoiar de forma mais adequada os usuários a realizar escolhas mais saudáveis e ao autocuidado com a sua alimentação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou contribuir com a análise das características e demandas dos usuários da UBS Santa Cecília, em relação ao atendimento/cuidado nutricional. Os resultados demonstram claramente que a demanda maior é por parte dos usuários mais idosos, que apresentam doenças crônicas, que necessitam de um cuidado mais imediato de tratamento ou mudança na alimentação.

É importante destacar que quase a metade desta demanda é inicialmente encaminhada para o grupo de Alimentação Saudável, indicando que esta população necessita, além de cuidados específicos na dieta, àqueles cuidados básicos que se referem a uma reeducação alimentar e mudanças no estilo de vida.

A possibilidade de encaminhamento para o grupo favorece o cuidado e articula melhor a organização de atividades de promoção da saúde e tratamento dos adoecidos.



## 6 REFERÊNCIAS

ALVES, Railda Fernandes et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**, Paraíba, v. 13, n. 3, p.152-166, 2011.

ANDRADE, Fabíola Bof de et al. Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitória-ES, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vitória, v. 17, n. 3, p.749-765, 2012.

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.

——— Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.

——— HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas Instâncias do SUS. Brasília, 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde 20 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 114 p.

——— Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. 5 reimp. Série B. Textos Básicos de Saúde - Brasília, 2010a. 44 p.

——— Ministério da Saúde. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Avaliação Nutricional da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. 54 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 60 p.

——— Ministério da Saúde. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010d. 130 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. 114 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. 88 p.

——— Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012c. 138 p.

——— Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16 p.

——— Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 135 p.

——— Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, Brasil, Grandes regiões e Unidades de Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014b. 181 p.

Coelho LG, Cândido AP, Machado-Coelho GL, de Freitas SN. Association between nutritional status, food habits and physical activity level in schoolchildren. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.5, n.88. p.406 – 412, 2012

FAZIO, Eliener de Souza et al. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.87-92, 2011

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues and SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 14, suppl.1, p. 1421-1428, 2009. ISSN 1413-8123.

Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 2, n. 35, p. 144 – 149, 2014.

GONÇALVES, Reginaldo et al. Associação de índice de massa corporal e aptidão física aeróbica com fatores de risco cardiovascular em crianças. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 32, n. 3, p.208-214, 2014.

HASSAPIDOU, Maria et al. Association of physical activity and sedentary lifestyle patterns with obesity and cardiometabolic comorbidities in Greek adults: Data from the National Epidemiological Survey. **Hormones**, Athens, v. 2, n. 12, p. 265-274, abr. 2013.

LEÓN-LATRE, Montserrat et al. Sedentary Lifestyle and Its Relation to Cardiovascular Risk Factors, Insulin Resistance and Inflammatory Profile. **Rev Esp Cardiol**, Madrid, v. 67, n. 6, p.449-455, 2014.

LIPSCHITZ, DA. Screening for nutritional status in the elderly v. 21, n.1, 1994.

NUCCI, Luciana Bertoldi et al. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p.502-507, 2001.

PADILHA, Patricia de Carvalho et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p.511-518, 2007.

PIMENTEL, Ítalo Rossy Sousa et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 20, p.175-181, jul. 2011

RASMUSSEN, Kathleen M; YAKTINE, Ann L., editors; Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies, Washington (DC), 2009. p 854.

SCHOLZE, A.S; DUARTE JUNIOR, C.F; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em Saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeta, empatia ou alteridade?. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, [S.l.], v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SCHULZE, Matthias B. et al. Sugar-Sweetened Beverages, Weight Gain, and Incidence of Type 2 in Young and Middle-Aged Women. **Journal Of The American Medical Association**, Estados Unidos, v. 292, n. 8, p.927-934, ago. 2004

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 5, p.493-503, dez. 2005.

SOUSA, Lorena Margalho et al. Perfil dos Usuários Atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Ananindeua (Pará-Brasil). **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p.50-58, jul. 2011.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p.S100-S110, 2008.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasil: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p.331-340, fev. 2007.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 11, n. 5/6, p.365-373, 2002.

VENÂNCIO, Patricia Espindola Mota; TEIXEIRA, Cristina Gomes de Oliveira; SILVA, Francisco Martins da. Excesso de peso, nível de atividade física e hábitos alimentares em escolares da cidade de Anápolis-GO. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 35, n. 2, p.441-453, abr. 2013.

VENTURINI, Carina Duarte; ENGROFF, Paula; GOMES, Irenio and DE CARLI, Geraldo Attilio. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p. 591 – 601, 2013, ISSN 1809-9823.

WHO Growth Reference data for 5 – 19 years, 2007. Disponível em: <>. Acesso em: 05 mai. 2015.

WHO. World Health Organization. Cardiovascular disease. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. Geneva: WHO, 2013.

WHO. World Health Organization. WHO Guidelines for the Prevention, Management and Care of Diabetes Mellitus. EMRO Technical Publication Series, Nº 32; WHO, 2006

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

## 7 ANEXO I



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS  
Unidade Básica de Saúde - Santa Cecília  
ACOLHIMENTO NUTRICIONAL – ADULTO

Elaborado pelas Acadêmicas de Nutrição: Lais Cardoso Fagundes e Neusa Teresinha Klein. Fev./2014.

## I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Número do Prontuário Familiar/Individual: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: ( ) M ( ) F

Ocupação: \_\_\_\_\_ Encaminhado: ( ) médico ( ) livre ( ) Enf. ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Atividade Física: ( ) SIM ( ) NÃO Se SIM. Qual? \_\_\_\_\_

Patologias: ( ) DM2 ( ) HAS ( ) Obesidade ( ) Outra: Qual? \_\_\_\_\_

Medicações: ( ) SIM ( ) NÃO Se SIM: Quais? \_\_\_\_\_

Sintomas Gastrointestinais: ( ) náuseas ( ) vômito ( ) disfagia ( ) dificuldade para mastigar ( ) diarreia

Queixa principal: \_\_\_\_\_

## II – DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso Atual: \_\_\_\_\_ Peso Usual: \_\_\_\_\_ Peso Ideal: \_\_\_\_\_ Peso Desejado: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_ %PP: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Nutricional: \_\_\_\_\_

IMC adultos < 60 anos		IMC adultos > 60 anos		Circunferência da Cintura		
( ) Obesidade Grau III	≥ 40,0	( ) Excesso de peso	> 27,0	Risco Complicações	Elevado	Muito Elevado
( ) Obesidade Grau II	35,0 – 39,99	( ) Eutrofia	22 - 27,0	Homem	( ) ≥ 94 cm	( ) ≥ 102 cm
( ) Obesidade Grau I	30,0 – 34,99	( ) Magreza	< 22	Mulher	( ) ≥ 80 cm	( ) ≥ 88 cm
( ) Sobrepeso	25,0 – 29,99					
( ) Eutrofia	18,5 - 24,99					
( ) Desnutrição leve	17,0 – 18,49					
( ) Desnutrição Moderada	16,0 – 16,99					
( ) Desnutrição Grave	<16,0					

## III – HISTÓRIA SOCIAL

Com quem mora? \_\_\_\_\_

Quem prepara as refeições? \_\_\_\_\_

Breve Histórico (Condições de vida, fatos relevantes): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observações quanto à alimentação:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Encaminhamento: ( ) Agenda Individualizada ( ) Grupo