

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES AGUARDANDO
INTERCONSULTA DE NUTRIÇÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO
ALEGRE**

Andreza de Oliveira Vasconcelos

PORTO ALEGRE

2017

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES AGUARDANDO
INTERCONSULTA DE NUTRIÇÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO
ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do grau de Nutricionista.

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Nut Jussara Carnevale de Almeida

Co-orientadora: Ma Nut Cíntia Corte Real Rodrigues

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

VASCONCELOS, Andreza de Oliveira
Motivos de encaminhamento dos pacientes
aguardando interconsulta de nutrição no Hospital de
Clínicas de Porto Alegre / Andreza de Oliveira
VASCONCELOS. -- 2017.

40 f.

Orientadora: Jussara Carnevale de Almeida.

Coorientadora: Cíntia Corte Real Rodrigues.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. nutrição. 2. interconsulta. 3. atenção primária à
saúde. I. Almeida, Jussara Carnevale de, orient.
II. Rodrigues, Cíntia Corte Real, coorient. III.
Título.

Andreza de Oliveira Vasconcelos

**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES AGUARDANDO
INTERCONSULTA DE NUTRIÇÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO
ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do grau de Nutricionista.

**Aprovado em:
BANCA EXAMINADORA**

Profa Dra Nut Jussara Carnevale de Almeida (UFRGS)

Orientadora

Profa Dra Michele Dremer (UFRGS)

Examinadora

Ma Nut Mariana Escobar (HCPA)

Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por toda luz que depositou em meu caminho, que me deu força, coragem e determinação para seguir em frente sempre.

À minha sustentação, meus queridos pais, Marcio e Janete, por todo apoio, incentivo e amor, por toda criação que me deram e por nunca terem medido esforços para que eu chegasse onde cheguei.

À meus irmãos, Bruna e Marcelo, por estarem sempre ao meu lado e partilharem dessa caminhada comigo com muito amor, alegria e cuidado.

Ao amor da minha vida, Tiago, pessoa maravilhosa que Deus colocou em minha vida, por todo carinho, paciência, compreensão, amor e por toda paz que sempre me trouxe nos momentos de turbulência.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de estudo tão grandiosa e pelas diversas oportunidades de crescimento profissional e pessoal que tive durante estes anos.

Aos meus professores por todos os preciosos ensinamentos.

À minha orientadora Prof.^a Dra. Jussara e minha coorientadora Ma Nut Cíntia por toda ajuda, paciência e atenção.

À todas as pessoas que conheci no decorrer da vida acadêmica, que me ajudaram muito e que se tornaram grandes amigos.

RESUMO

Introdução: a situação nutricional e alimentar atual demanda uma organização dos serviços de saúde, que atenda aos agravos relacionados à má alimentação, sendo o papel da nutrição essencial na prevenção de doenças e promoção à saúde. **Objetivo:** descrever os motivos de encaminhamento dos pacientes aguardando interconsulta de nutrição em um hospital universitário de atenção secundária e terciária. **Método:** estudo descritivo a partir das informações da solicitação de interconsulta para atendimento ambulatorial para a nutrição no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) por *Structured Query Language* (SQL). Cerca de 5.284 pacientes estavam em lista de espera, na agenda de nutrição geral de um hospital universitário, no período de maio de 2010 a setembro 2016. Destes, foram excluídos indivíduos com <18 anos, funcionários, aqueles que foram a óbito durante o período de espera e que foram encaminhados às nutricionistas vinculadas especialidades. A justificativa de encaminhamento, especialidade que fez a solicitação, procedência dos usuários e unidade de saúde a que eles eram adstritos (para aqueles do município de porto alegre) foram verificados. CEP HCPA nº 17-0538. **Resultados:** foram incluídos no presente trabalho 3.276 pacientes, sendo 70% mulheres. Os principais motivos de encaminhamento foram para perda de peso devido excesso de peso (41,76%), educação alimentar para o manejo do diabetes (19,57%) ou síndrome metabólica (10,01%) e para perda de peso devido obesidade grave (9,46%). As três principais especialidades médicas que encaminharam os pacientes foram Medicina Interna (23,21%), Endocrinologia (19,55%) e Cirurgia (12,24%). Metade dos pacientes (50,85%) era procedente do município de Porto Alegre. No município de Porto Alegre, das 124 unidades de saúde, somente 15 unidades possuem nutricionista. **Conclusão:** observou-se que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis representaram a maior parte dos encaminhamentos à agenda de nutrição. De acordo com a complexidade dos motivos, 2.679 pacientes (81,78%) poderiam ter sido encaminhados para a Atenção Primária à Saúde, 563 pacientes (17,19%) possivelmente poderiam ter sido encaminhados diretamente para agendas ambulatoriais de nutricionistas e somente 34 pacientes poderiam realmente ter sido encaminhados para a agenda de nutrição geral.

Palavras-chave: nutrição; interconsulta; atenção primária à saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HSP	Hospital Sanatório Partenon
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SQL	<i>Structured Query Language</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Motivos dos encaminhamentos para interconsulta com a nutrição (n=3.276).....	19
Tabela 2 - Procedência dos pacientes encaminhados à agenda nutrição de acordo com a região de saúde (n=3.276).....	21
Tabela 3 - Unidades de saúde de Porto Alegre que possuem nutricionista na equipe que os pacientes poderiam ser encaminhados (n=563).....	22

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA	8
1.1. Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)	8
1.2. Atenção Primária à Saúde	9
1.3. Transição nutricional	10
1.4. Doenças Crônicas não Transmissíveis	10
1.5. Situação do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	12
2. OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo geral	13
2.2. Objetivos específicos	13
3. METODOLOGIA	14
3.1. Delineamento	14
3.2. Local do estudo	14
3.3. População	14
3.4. Critérios de exclusão	14
3.5. Banco de dados	14
3.6. Aspectos éticos	14
3.7. Motivos de encaminhamento e especialidades	15
3.8. Procedência dos pacientes e Unidades de Saúde	17
3.9. Ações de nutrição nas Unidades de Saúde	17
3.10. Processamento e análise dos dados	18
4. RESULTADOS	19
5. DISCUSSÃO	23
6. CONCLUSÕES	28
7. REFERÊNCIAS	29
8. ANEXOS	33

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)

A situação nutricional e alimentar em que vivemos demanda organização dos serviços de saúde, para o atendimento dos agravos relacionados à má alimentação, tanto relacionada ao diagnóstico e tratamento, como à prevenção e promoção da saúde. (BRASIL, 2013).

A atenção nutricional faz parte das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS, segundo o anexo da Portaria GM nº 4.279/2010, são definidas como:

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As RAS têm como objetivo então promover a integração de ações e serviços de saúde para proporcionar uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2013). Uma das características das RAS é a organização de acordo com diferentes pontos de atenção, primário, secundário e terciário, ou seja, de acordo com o grau de complexidade do agravo à saúde (BRASIL, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde e tem como objetivo a promoção da saúde, prevenção e promoção de agravos específicos. Além disso, é responsável pelo encaminhamento dos usuários para outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS; e deve manter o vínculo com os usuários, com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos entre outros, mesmo que estes estejam também em outros pontos de atenção (BRASIL, 2010). A Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) são exemplos de atenção primária.

Os níveis de atenção terciários e secundários são serviços de apoio e complementação da APS. São níveis de atenção que possuem diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas tanto ambulatorial quanto hospitalar (BRASIL, 2010). A atenção secundária atende casos de média complexidade, e tem como função o diagnóstico e tratamento precoce. São exemplos as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os centros

de especialidades. A atenção terciária tem função de reabilitação, visando à recuperação e manutenção da saúde. Os hospitais são exemplos de atenção terciária (BRASIL, 2010).

Os serviços e sistemas integrados poderão ser capazes de dar atenção integral aos usuários na medida em que forem capazes de solucionar aproximadamente 80% dos problemas de saúde que são demandados pela APS. Os outros 20% dos casos seguirão um fluxo cuja demanda tecnológica pelo tratamento aumenta a cada nível de atenção que se sucede. Por fim, a continuidade da atenção deverá ser mantida pelas equipes da APS (STARFIELD, 2004).

1.2. Atenção Primária à Saúde

A adoção precoce pela população, de hábitos de vida voltados à manutenção da saúde, como dieta adequada e prática regular de atividade física, é essencial para prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2005). Nesse sentido, a APS desempenha papel central e de extrema importância na garantia à população ao acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Atua na promoção e proteção da saúde, na prevenção de agravos e redução de danos, no diagnóstico e no tratamento de problemas de saúde, tendo como objetivos o desenvolvimento de uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde, autonomia e nos determinantes sociais de saúde dos indivíduos. Além disso, atua no desenvolvimento social, quando evita que o mesmo procure os níveis de média e alta complexidade do sistema de saúde, que se sabe, são escassos e implica em gastos maiores para o sistema de saúde (BRASIL, 2012).

Diante desse contexto epidemiológico, consequência das transformações socioeconômicas que ocorreram mundialmente, do aumento da industrialização dos alimentos, do padrão de alimentação adotado pelas famílias brasileiras: rico em alimentos calóricos, com alto teor de açúcares, gorduras, sal e aditivos químicos e pobres em nutrientes, é perceptível a importância do papel da nutrição em uma equipe multiprofissional (RECINE, 2015). O nutricionista não faz parte das equipes básicas de saúde da família, mas se encontra no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e deve atuar indiretamente a partir de formação e educação continuada com os profissionais de saúde das suas ESFs, através do matriciamento, além de atuar efetivamente nos determinantes dos agravos e dos distúrbios alimentares e nutricionais que acometem seu território (PIMENTEL, *et al*, 2013; RECINE,

2015). Entretanto, segundo o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) “a atual inserção do nutricionista nesse nível de atenção à saúde ainda está longe do recomendado e do necessário para lidar com a realidade epidemiológica nacional” (RECINE, 2015).

1.3. Transição nutricional

Nas últimas décadas ocorreram diversas transformações sociais, que impactaram na redução da pobreza, exclusão social, fome e escassez de alimentos. Consequentemente houve melhoria no acesso e na quantidade dos alimentos, o que demarcou mudanças no consumo alimentar e na saúde da população brasileira. Em 1970 havia altas taxas de desnutrição e ao mesmo tempo em que a fome e a desnutrição foram diminuindo, percebeu-se um crescente aumento da obesidade, significando assim uma grande transição nutricional, sendo que em 2008 mais da metade da população já apresentava excesso de peso. O aumento na disponibilidade de alimentos, principalmente alimentos processados e ultraprocessados, com alta densidade energética, deu lugar, além da obesidade, a outras DCNT, como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia, sendo então um dos maiores problemas da saúde pública atualmente (BRASIL, 2013).

1.4. Doenças Crônicas não Transmissíveis

As DCNT representam um grande desafio para a APS e são um conjunto de doenças com origem multifatorial, que se desenvolvem no decorrer da vida (BRASIL, 2013a). São as maiores causadoras de morte no mundo. A estimativa é que cerca de 52 milhões de mortes em 2030 sejam devido a DCNT em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A prevalência de obesidade aumenta mundialmente, em 2014 atingiu 11% dos homens e 15% das mulheres, o dobro quando comparado ao ano de 1980. Dessa forma, mais de meio bilhão de adultos são considerados obesos, em todo o mundo. Em todas as regiões do mundo as mulheres possuem uma tendência maior a desenvolver obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). De acordo com dados do VIGITEL de 2016, o percentual de brasileiros adultos com obesidade foi de 18,9%, sendo maior em mulheres (19,6%) do que em homens (18,1%) (BRASIL, 2017). Além de ser fator de risco para mortalidade, a obesidade aumenta a probabilidade de o indivíduo desenvolver outras doenças crônicas, que inclui

hipertensão, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares, dislipidemia, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Quando um indivíduo possui um conjunto de fatores de risco associados, sendo a obesidade central como critério obrigatório, e dois dos critérios a seguir: triglicerídeos, glicemia de jejum e valores de pressão arterial aumentados e/ou além de HDL abaixo dos valores recomendados, ele pode ser diagnosticado com Síndrome Metabólica (SM) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016). Uma revisão sistemática realizada com 87 estudos concluiu que a síndrome metabólica está associada a um aumento de 2 vezes nos desfechos cardiovasculares e de 1,5 vezes em mortalidade por todas as causas essa que aumenta ainda mais o risco de eventos cardiovasculares (MOTTILLO, *et al.* 2010)

Em 2011, foi publicado o plano nacional de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT 2011 - 2022 que têm como objetivo promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas que auxiliem na prevenção, controle e redução de fatores de risco das DCNT, além de fortalecer os serviços de saúde quanto a este problema. Desse modo, a nutrição tem papel essencial tanto no rastreamento, prevenção e manejo dessas doenças, como na promoção de saúde, abordando integralmente o indivíduo em todas as fases da vida, através do fortalecimento da vigilância em saúde, ampliamiento das ações de alimentação saudável e participação nas ações de regulamentação, especialmente em espaços públicos (BRASIL, 2011).

Apesar do aumento da prevalência de DCNT, a desnutrição ainda está presente, especialmente, entre crianças indígenas (26%), quilombolas (16%), famílias em vulnerabilidade social (15%) (BRASIL, 2013) e foi detectada em cerca de 48% dos pacientes admitidos em hospital (WAITZBERG, 2001). A desnutrição ocasionada por inanição, doença ou envelhecimento pode ser definida como uma consequência advinda da falta de absorção ou ingestão de nutrição levando a diminuição da massa livre de gordura, alterando a composição corporal, além de alteração da massa celular corporal levando a redução da função física e mental e piora clínica da doença (SOBOTKA, 2012). Segundo levantamento multicêntrico realizado em hospitais de mais de 56 países, que descreveu o estado nutricional e o comportamento de mais de 150.000 pacientes hospitalizados e doentes, o estudo Nutrition Day, relatou que os pacientes desnutridos e as doenças relacionadas à nutrição acabam não sendo diagnosticados e muitas vezes não tratados (SCHINDLER *et al.*, 2017).

1.5. Situação do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um hospital universitário que oferece atendimentos a nível secundário e terciário. O Serviço de Nutrição e Dietética do HCPA atua na assistência nutricional de pacientes internados, funcionários e oferece atendimento ambulatorial vinculado aos ambulatórios de especialidades. As equipes de ambulatórios que possuem nutricionista são pré e pós-cirurgia bariátrica, cardiologia, cirurgia, diabetes (tipo 1, tipo 2 e diabetes gestacional), hemodiálise, oncologia pediátrica, nutrição enteral, fibrose cística, hepatologia, gastroenterologia (transplante), gastroenterologia pediátrica, mucoviscidose, nutrologia adultos, nutrologia pediátrica, nutrição ocupacional, oncologia adulto, nutrição para prematuros, nutrição pediátrica, pneumologia, erros inatos do metabolismo, doença renal crônica (pré-diálise), transplante de medula óssea e transtornos alimentares.

Existe uma agenda ambulatorial que atende as equipes que não possuem nutricionista específica em seus ambulatórios, chamada nutrição geral, com o código NUT. Esta agenda oferece oito atendimentos semanais, sendo parte deles destinados às interconsultas. Originária do campo da saúde mental, a interconsulta é uma ação de saúde que busca qualificar o atendimento do usuário, assim como aperfeiçoamento profissional, através da integralidade do cuidado aos pacientes, nos serviços de saúde (FARIAS, 2014). De acordo com Mello Filho e Silveira (2005) a interconsulta é

uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que tem por objetivo integrar e promover a troca de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, visando o aprimoramento da tarefa assistencial. Faz-se por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta (p. 148).

Porém, o Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do hospital constatou em abril de 2017 que havia uma lista de espera muito maior do que a capacidade de atendimento do serviço. Considerando essa lista de espera, o presente trabalho tem por objetivo identificar os motivos de encaminhamentos desses pacientes para a agenda de nutrição, bem como rastrear a UBS ou ESF adstrita a cada paciente residente em Porto Alegre e as ações de nutrição relacionadas aos principais motivos encontrados desenvolvidas no município.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Identificar os motivos de encaminhamento dos pacientes aguardando interconsulta de nutrição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar os pacientes que poderiam ser encaminhados para APS;
- Identificar as especialidades clínicas que encaminharam os pacientes;
- Identificar a procedência dos pacientes;
- Identificar as Unidades de Saúde de referência dos pacientes residentes em Porto Alegre e verificar quais possuem nutricionista, assim como a proporção de pacientes que poderiam ser encaminhados para suas unidades;
- Identificar ações de nutrição desenvolvidas no município de Porto Alegre.

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento

Estudo descritivo.

3.2. Local do estudo

Serviço de Nutrição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

3.3. População

Pacientes adultos, acima de 18 anos, assistidos no HCPA por diferentes especialidades médicas que foram encaminhados por interconsulta para agenda geral da nutrição no período de maio de 2010 a setembro de 2016.

3.4. Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que foram a óbito no período em que aguardavam atendimento, os pacientes adolescentes, funcionários do HCPA, e os pacientes que foram encaminhados para alguma agenda de nutrição vinculada às especialidades ou a equipe de nutrologia após a solicitação de interconsulta para a agenda NUT.

3.5. Banco de dados

Para extrair a lista de pacientes aguardando interconsulta no HCPA, foi utilizada uma linguagem de criação e gerenciamento de dados, chamada *Structured Query Language* (SQL) (DAMAS, 2007). A SQL possui algumas características principais que permite a criação de bases de dados; garante a segurança de acesso aos dados, além da integridade de transações e manipulação e controle de dados (MACORATTI, 2010). Esta lista foi solicitada via setor administrativo e a partir da solicitação de dados do prontuário eletrônico dos pacientes (ANEXO A) um banco de dados em planilha do Excel é gerado, com todos os dados da solicitação.

3.6. Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de

Clínicas de Porto Alegre, sob o número 17-0538, conforme carta aprovação (ANEXO B). Os autores do presente trabalho se responsabilizaram pelo sigilo e uso dos dados a partir do “Termo de compromisso para utilização de dados” (ANEXO C) e do “Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais” (ANEXO D). Todos os dados acessados foram utilizados apenas para fins de pesquisa e foram mantidos com privacidade e confidencialidade, sempre com a preservação do anonimato.

3.7. Motivos de encaminhamento e especialidades

A especialidade que solicitou a interconsulta foi identificada e os motivos de encaminhamentos dos pacientes aguardando interconsulta de nutrição foram verificados conforme a descrição realizada pelo profissional de saúde na justificativa do encaminhamento. Os pacientes foram agrupados de acordo com a proximidade de condição e, apesar de muitos pacientes apresentarem mais de uma comorbidade, cada paciente pertencia a apenas um grupo. Os motivos estão descritos a seguir:

Perda de peso devido excesso de peso: todos os pacientes em que o motivo de encaminhamento era perda de peso devido ao excesso de peso e/ou obesidade, independente de possuírem algum outro motivo associado ao excesso de peso como: diabetes, hipertensão, dislipidemia, esteatose hepática, transtornos alimentares, insuficiência renal crônica ou intolerância alimentar.

Educação alimentar para o manejo da diabetes: todos os pacientes encaminhados para controle da glicemia e/ou no controle alimentar.

Educação alimentar para o manejo da Síndrome Metabólica: foram considerados os pacientes em que a Síndrome Metabólica estava mencionada na justificativa do encaminhamento três componentes para a classificação de SM (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

Perda de peso devido obesidade grave e/ou com comorbidades: todos os pacientes em que no motivo de encaminhamento estava descrito o Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 40 kg/m², obesidade grau III ou obesidade mórbida. Aqueles que, possuíam além de obesidade grave, diabetes, hipertensão ou dislipidemia foram alocados neste grupo.

Educação alimentar para o manejo da dislipidemia: todos os pacientes em que no motivo havia descrito dislipidemia, trigliceridemia, colesterol elevado ou que os exames laboratoriais

apareciam descritos, justificando o encaminhamento, que não se encaixaram nos critérios de SM ou perda de peso devido excesso de peso.

Educação alimentar para o manejo da hipertensão: todos os pacientes que foram encaminhados para controle dos valores pressóricos, que não se encaixaram nos critérios de SM ou perda de peso devido excesso de peso.

Manejo nutricional para neoplasia: todos os pacientes encaminhados por qualquer tipo de neoplasia: câncer de cabeça e pescoço, colo retal, laringe, mama, esôfago, gástrico, cervical, cólon transversal, testículo, próstata. Os pacientes com neoplasia em uso de alimentação enteral foram alocados no grupo de nutrição enteral descrito a seguir.

Pneumopatia: todos os pacientes que apresentavam qualquer motivo de encaminhamento relacionado a doenças respiratórias, como asma, bronquite crônica, enfisema, entre outros.

Orientações alimentares devido à gestação: neste grupo foram alocadas todas as gestantes, inclusive aquelas com excesso de peso, hipertensão e diabetes gestacional.

Orientações alimentares para transtorno alimentar: pacientes com compulsão alimentar ou anorexia.

Manejo nutricional devido desnutrição: todos os pacientes em que no motivo havia descrito desnutrição ou baixo peso ou perda de peso significativa ou o valor do IMC ≤ 22 para idosos ou $\leq 18,5$ para adultos (VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

Manejo nutricional devido nutrição enteral: todos os pacientes em uso de nutrição enteral (exclusiva ou concomitante a via oral), seja sonda nasoesofágica, gastrostomia e jejunostomia.

Orientações alimentares para intolerâncias ou alergias alimentares: todos os pacientes com alergia à proteína do leite de vaca, dermatites, intolerância à lactose ou ao glúten.

Manejo nutricional para complicações gástricas: todos os pacientes com constipação, gastrite, incontinência fecal, doença de Crohn e Síndrome do intestino irritável.

Manejo nutricional para pacientes com disfagia: todos os pacientes em que a disfagia estava descrita no motivo e/ou que estava descrito a dificuldade para ingerir sólidos.

Manejo nutricional para complicações renais: pacientes que foram encaminhados por insuficiência renal crônica ou nefrolitíase.

Manejo nutricional para doenças hepáticas: pacientes com esteato hepatite não alcoólica, hepatite e cirrose.

Orientações alimentares para doenças genéticas, neurodegenerativas ou neuropsiquiátricas: pacientes com doença de Wilson, ataxia hereditária, Doença de

McArdle, Doença de Machado Joseph, Prader Willi, distrofia muscular do tipo Duchenne, encefalopatia de Wernicke Korsakoff ou Esclerose Lateral Amiotrófica.

Orientações alimentares no peri-operatório: pacientes em avaliação para pré ou pós transplante hepático ou pré ou pós transplante renal.

Orientações alimentares para pacientes portadores do vírus de imunodeficiência humana (HIV)

Orientações alimentares para doenças inflamatórias: pacientes com gonartrose bilateral ou Lúpus eritematoso sistêmico.

Orientações alimentares no hipotireoidismo

Orientações alimentares na menopausa

Orientações alimentares para pacientes com Transtorno do Espectro autista

Orientações alimentares não especificadas: todos os pacientes em que no motivo de encaminhamento estava escrito apenas orientações alimentares, sem outra especificação ou maior detalhamento do caso.

3.8. Procedência dos pacientes e Unidades de Saúde

A partir do endereço descrito no prontuário dos pacientes foi definido o município que eram procedentes e os municípios foram agrupados de acordo com a região de saúde, conforme a RESOLUÇÃO Nº 555/12 – CIB/RS (BRASIL 2012a). Para os pacientes de Porto Alegre, também foi verificada a Unidade de Saúde de referência de cada paciente a partir de uma lista disponível no site da Prefeitura de Porto Alegre (Prefeitura de Porto Alegre - Saiba qual sua unidade de saúde).

3.9. Ações de nutrição nas Unidades de Saúde

Para identificar as ações de nutrição e alimentação realizadas no município de Porto Alegre, foram utilizados dados referentes ao 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), realizado em 2014. O PMAQ, lançado em 2011, é um programa que acompanha e avalia o trabalho das ESF, a partir de questionários estruturados. Este programa tem o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Além disso, foram verificados programas, ações e políticas realizadas no município de Porto Alegre voltadas aos principais motivos de encaminhamento através de busca nos sites da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e da Prefeitura de Porto

Alegre.

3.10. Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos a partir da SQL foram extraídos 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 Software *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 25.0. Os resultados estão apresentados em tabelas.

4. RESULTADOS

Cerca de 5.284 pacientes foram encaminhados de especialidades médicas por interconsulta para receberem atendimento ambulatorial na agenda de nutrição geral, sigla NUT, do SND do HCPA e estavam aguardando atendimento em lista de espera desde maio de 2010 a setembro de 2016. Deste total, foram excluídos 41 funcionários do hospital e 72 adolescentes, pois a agenda é destinada somente para pacientes adultos. Além disso, o período de espera, 76 pacientes foram a óbito e 1.819 pacientes receberam atendimento ambulatorial por nutricionista em alguma equipe específica. Assim, também foram excluídos da presente análise. Desta forma, 3.276 pacientes foram incluídos no presente trabalho, sendo 70% mulheres.

Os principais motivos de encaminhamento dos pacientes à agenda de nutrição estão descritos na **Tabela 1**. É possível perceber que os motivos que levaram a um maior número de encaminhamentos são para perda de peso devido excesso de peso (41,76%), educação alimentar para o manejo do diabetes (19,57%), síndrome metabólica (10,01%) e obesidade grave (9,46%). Considerando os 1.368 pacientes encaminhados para perda de peso devido excesso de peso, 19,29% dos pacientes também apresentaram comorbidades tais como: diabetes, hipertensão, dislipidemia ou esteatose hepática. Ainda 80 pacientes necessitavam perder peso devido procedimento, como por exemplo, cirurgia de hérnia inguinal, mamoplastia, cirurgia plástica ou devido incontinência urinária. Ainda cinco pacientes apresentaram transtornos alimentares ou insuficiência renal crônica.

Tabela 1 - Motivos dos encaminhamentos para interconsulta com a nutrição (n=3.276)

Motivo de encaminhamento	Número de indivíduos	(%)
Perda de peso devido excesso de peso	1368	41,76
Educação alimentar para manejo do Diabetes	641	19,57
Educação alimentar para manejo de Síndrome metabólica	328	10,01
Educação alimentar para manejo de Dislipidemia	133	4,06
Educação alimentar para manejo de Hipertensão	35	1,07
Orientações alimentares para manejo de intolerâncias ou alergias alimentares	36	1,10
Orientações alimentares devido à gestação	36	1,10
Orientações alimentares no hipotireoidismo	2	0,06
Orientações alimentares na menopausa precoce	2	0,06
Orientações alimentares para pacientes com Transtorno do Espectro autista	2	0,06
Manejo nutricional para pacientes com complicações gástricas	18	0,55

Perda de peso devido obesidade grave com comorbidades	310	9,46
Manejo nutricional para Neoplasia	10	0,31
Manejo nutricional para Pneumopatia	1	0,03
Orientações alimentares para transtorno alimentar	8	0,24
Manejo nutricional devido Desnutrição	149	4,55
Manejo dietético devido Nutrição enteral	46	1,40
Manejo nutricional para Complicações renais	12	0,37
Manejo nutricional para Doenças hepáticas	8	0,24
Orientações alimentares para doenças genéticas, neurodegenerativas e neuropsiquiátricas	10	0,30
Orientações alimentares no peri-operatório	7	0,21
<i>Orientações alimentares para pacientes portadores do vírus de imunodeficiência humana (HIV)</i>	6	0,18
Orientações alimentares para doenças inflamatórias	4	0,12
Manejo nutricional para pacientes com disfagia	13	0,40
Motivos de encaminhamentos não especificados	4	0,12
Orientações alimentares não especificadas	87	2,66
Total	3.276	100

As três principais especialidades médicas que encaminharam a maior proporção de pacientes foram a Medicina Interna (23,21%), seguido de Endocrinologia (19,55%) e Cirurgia (12,24%). Os principais motivos dos 781 encaminhamentos do ambulatório de Medicina Interna foram orientações alimentares para componentes isolados (diabetes, hipertensão e dislipidemia) ou combinados da síndrome metabólica [n = 403 (51,60% do total e encaminhamentos da Medicina Interna)], perda de peso por excesso de peso [n = 217 (27,78% do total e encaminhamentos da Medicina Interna)], ou obesidade grave [n = 61 (7,81% do total e encaminhamentos da Medicina Interna)]. Os principais motivos dos 658 encaminhamentos do ambulatório de Endocrinologia foram diabetes [n = 262 (39,81% do total e encaminhamentos da endocrinologia)], seguido por perda de peso por excesso de peso [n=189 (28,72% do total e encaminhamentos da endocrinologia)] ou obesidade grave [n = 90 (13,67% do total e encaminhamentos da endocrinologia)], além de manejo para componentes da síndrome metabólica [n = 40 (6,07% do total e encaminhamentos da endocrinologia)]. Em relação aos 412 encaminhamentos pela equipe da cirurgia, os principais motivos foram perda de peso devido excesso de peso [n = 323 (78,39% do total de encaminhamento da cirurgia)], desnutrição [n = 27 (6,55% do total de encaminhamento da cirurgia)] e manejo nutricional devido ao uso de nutrição enteral [n = 13 (3,15% do total de encaminhamento da cirurgia)]. Dos 323 pacientes encaminhados para perda de peso devido excesso de peso pela equipe de cirurgia, somente 61 (14,8%) estavam em avaliação para cirurgia bariátrica.

Em relação à procedência dos pacientes, verificou-se que eles eram procedentes de diversos municípios do Rio Grande do Sul. Entretanto a maior procedência dos pacientes era do município de Porto Alegre com 1.666 pacientes (50,85%), seguido por 238 pacientes de Viamão (7,26%) e 106 pacientes de Alvorada (3,23%). A **Tabela 2** apresenta os municípios agrupados de acordo com sua região de saúde.

Tabela 2 - Procedência dos pacientes encaminhados à agenda nutrição de acordo com a região de saúde (n=3.276)

Região de saúde	Número de indivíduos	(%)
Porto Alegre	2194	66,97
Carbonífera/Costa Doce	249	7,60
Canoas/Vale do Caí	223	6,81
Vale dos Sinos	198	6,04
Bons Ventos	81	2,47
Paranhana	65	1,98
Belas Praias	39	1,19
Cachoeira do Sul	24	0,73
Estrela	22	0,67
Alegrete	22	0,67
Lajeado	18	0,55
Santa Cruz do Sul	17	0,52
Pelotas/Rio Grande	16	0,49
Vinhedos e Basalto	14	0,43
Uva e Vale	15	0,46
Cruz Alta	11	0,34
Caxias e Hortênsias	11	0,34
Santa Rosa	9	0,27
Carazinho	8	0,24
Bagé	7	0,21
Palmeira das Missões/Frederico Westphalen	5	0,15
Passo Fundo	5	0,15
Santa Maria	4	0,12
Santo Ângelo	4	0,12
Santiago	3	0,09
Sananduva/Lagoa Vermelha	3	0,09
Soledade	3	0,09
Ijuí	2	0,06
Erechim	2	0,06
Campos de Cima da Serra	2	0,06
Total	3.276	100

Cerca de 1.666 pacientes (50,85%) encaminhados para a nutrição do HCPA são do município de Porto Alegre. Assim, procurou-se realizar uma análise mais aprofundada das ações de nutrição em APS deste município. Dentre os pacientes residentes neste município, os motivos que levaram a um maior número de encaminhamentos foram perda de peso devido excesso de peso (44,30%), educação alimentar para o manejo do diabetes (21,49%) e síndrome metabólica (9,78%) e perda de peso devido obesidade grave com comorbidades (7,44%).

Considerando os 1.666 pacientes do município de Porto Alegre e as unidades de saúde em que eram adstritos, possivelmente 563 pacientes (33,79%) poderiam ser encaminhados a estas unidades para atendimento, afinal, 15 unidades possuem nutricionista. A **Tabela 3** descreve as Unidades de Saúde que possuem nutricionista e o número de pacientes de baixa complexidade que poderiam ser encaminhados para elas. Os motivos foram considerados de baixa complexidade foram perda de peso devido excesso de peso, orientações alimentares para o manejo da diabetes, síndrome metabólica, dislipidemia, hipertensão, gestação, intolerâncias e alergias alimentares, menopausa, Transtorno do Espectro Autista, gastrite, constipação, incontinência fecal e orientações alimentares não especificadas.

Tabela 3 - Unidades de saúde de Porto Alegre que possuem nutricionista na equipe que os pacientes poderiam ser encaminhados (n=563)

Gerência Distrital	Unidades	Número de indivíduos	(%)
NEB	US Rubem Berta	77	13,68
Centro	US Modelo	65	11,55
RES	US Restinga	59	10,48
SCS	US Camaquã	56	9,95
CENTR	CE Santa Marta	51	9,06
CENTRO	US Santa Cecília	45	7,99
GCC	CE Vila dos Comerciantes	45	7,99
SCS	US Monte Cristo	43	7,64
NHNI	CE IAPI	39	6,93
NHNI	US Navegantes	27	4,80
LENO	CE Bom Jesus	21	3,73
NEB	US Passo das Pedras	12	2,13
SCS	US Ipanema	12	2,13
SCS	US Guarujá	9	1,60
NEB	US Santa Rosa	2	0,36
Total		563	100

5. DISCUSSÃO

Foram incluídos no presente trabalho 3.276 pacientes, sendo 70% mulheres. Os principais motivos de encaminhamento foram perda de peso por excesso de peso (41,76%), educação alimentar para o manejo do diabetes (19,57%) ou síndrome metabólica (10,01%) e perda de peso devido obesidade grave (9,46%). Em torno de 563 pacientes (17,19%) possivelmente poderiam ter sido encaminhados diretamente para agendas ambulatoriais com nutricionistas. E, 2.679 pacientes (81,78%) poderiam ter sido encaminhados para a Atenção Primária a Saúde devido à baixa complexidade dos casos. Dessa forma, somente 34 pacientes poderiam realmente ter sido encaminhados para esta agenda de nutrição geral devido aos seguintes motivos: manejo nutricional para disfagia, orientações alimentares para doenças neurodegenerativas, neuropsiquiátricas, doenças inflamatórias, doença de Crohn e síndrome do intestino irritável, além dos motivos não especificados que precisariam ser esclarecidos. Metade dos pacientes (50,85%) era procedente do município de Porto Alegre e no município de Porto Alegre, das 124 unidades de saúde, somente 15 unidades possuem nutricionista.

Não foram encontrados estudos semelhantes ao presente trabalho, o que limita a comparação dos resultados encontrados. Entretanto, o presente estudo descritivo levanta informações pertinentes para a gestão dos atendimentos ambulatoriais do Serviço de Nutrição e Dietética do HCPA. A partir destes dados, ações educativas precisam ser adotadas, assim como uma reestruturação da gestão das interconsultas do serviço.

Foi possível verificar os principais motivos de encaminhamento foram referentes à perda de peso devido excesso de peso e educação alimentar para o manejo do diabetes ou síndrome metabólica, indo de encontro aos resultados obtidos por outros autores a partir de observações na APS (OLIVEIRA, *et al*, 2008; SILVA, 2011; SARAIVA, *et al*, 2014). Entretanto, é preciso lembrar que o presente estudo tem como cenário um hospital universitário, que oferece atendimento especializado (atenção secundária e terciária).

Considerando a complexidade dos casos descrita na justificativa dos encaminhamentos, observou-se que em torno de 247 pacientes (7,54%), possivelmente poderiam ter sido encaminhados diretamente para agendas ambulatoriais de nutricionistas inseridas nas equipes específicas do hospital, devido aos seguintes motivos: orientações alimentares devido diabetes gestacional, manejo nutricional para neoplasia, desnutrição, nutrição enteral, doença renal crônica, doenças hepáticas, genéticas, pneumopatia ou transtornos alimentares. Os 310 (9,46%) pacientes com obesidade grave poderiam ser

encaminhados para o Centro de Especialidade em Obesidade, localizado na UBS Santa Marta em Porto Alegre, o qual pacientes que estão na fila de espera para a cirurgia bariátrica.

Ainda, de acordo com os motivos de encaminhamento à agenda de nutrição, possivelmente cerca de 2.679 (81,78%) pacientes poderiam ter sido encaminhados para a APS, pois os motivos de encaminhamento foram perda de peso devido excesso de peso (exceto obesidade grave), educação alimentar para manejo do diabetes, síndrome metabólica, dislipidemia, hipertensão, nefrolitíase, constipação, gastrite, incontinência fecal, além de orientações alimentares devido à gestação, intolerâncias ou alergias alimentares, hipotireoidismo, menopausa precoce, transtorno do espectro autista e apenas orientações alimentares. Estas patologias/complicações podem e devem receber o manejo necessário na APS (BRASIL, 2015; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2012b). No município de Porto Alegre, há o Hospital Sanatório Partenon (HSP), que promove ações e serviços de promoção e recuperação da saúde com ênfase em tuberculose, HIV/AIDS, hepatite e doenças associadas, em âmbito ambulatorial e hospitalar, o qual os 6 pacientes com HIV poderiam ter sido encaminhados. Assim, somente 34 pacientes ficariam sem um local específico de referenciamento, ou seja, possivelmente não poderiam ser encaminhados para APS, pela complexidade do caso e nem para os ambulatórios, por não haver a especialidade. Estes pacientes poderiam então, ter sido encaminhados para esta agenda de nutrição geral, pelos seguintes motivos: manejo nutricional para disfagia, orientações alimentares para doenças neurodegenerativas, neuropsiquiátricas, doenças inflamatórias, doença de Crohn e síndrome do intestino irritável, além dos motivos não especificados. Acredita-se que isso possa ter acontecido devido à alta rotatividade de doutorandos e residentes nas equipes médicas. Neste sentido, sugere-se que ações educativas junto as equipes por parte da nutricionista integrante precisam ser realizadas a fim de esclarecer o adequado encaminhamento do paciente para minimizar o tempo de espera deste paciente ao atendimento nutricional adequado.

Entretanto, ao analisar as unidades de saúde dos pacientes residentes no município de Porto Alegre (que representa metade da amostra total deste estudo), verificou-se que somente 563 pacientes poderiam ser encaminhados às unidades de saúde. Afinal, das 124 unidades de saúde do município, somente 15 unidades possuem nutricionista. Infelizmente, o nutricionista não é profissional obrigatório na APS, apesar de seu papel ser extremamente importante, tanto no sentido de proporcionar o direito dos usuários a uma atenção integral, como no sentido de promover ações de saúde que possam atenuar a agudização de doenças, o que evitaria os

encaminhamentos aos níveis secundários e terciários (NEIS, *et al.*, 2012). Um estudo que avaliou a importância da inserção do nutricionista na Atenção Básica a partir da visão de médicos e enfermeiros constatou que todos os entrevistados consideraram que a inserção do nutricionista é fundamental, para a integralidade do cuidado, para atendimento e prevenção das demandas de DCNT e pela falta de conhecimento dos outros profissionais de saúde em questões relacionadas à nutrição (NEIS, *et al.*, 2012).

Cabe pensar que a inserção do profissional nutricionista na AB é muito importante, ao mesmo tempo que representa um desafio aos municípios devido ao quadro de profissionais. A abordagem deve ser técnica e também política, em busca da inserção do profissional na AB, nas ESF (NEIS, *et al.*, 2012). Sendo esta inserção fundamental para promover saúde em todas as fases da vida, ao abordar aspectos de alimentação saudável, segurança alimentar, cidadania e direito humano à alimentação adequada. Dessa forma, a ausência do nutricionista na equipe é uma limitação no princípio da integralidade das ações de saúde (GEUS, *et al.*, 2011). Há então a necessidade de fortalecer a rede de nutrição no APS do SUS, para que assim possa haver implementação do cuidado focado na promoção de saúde (COUTINHO, *et al.*, 2008).

Deve haver uma ação contínua de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para rastreamento, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado nos indivíduos com excesso de peso, por exemplo, (BRASIL, 2014). Então, considerando que APS é a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde e tem como objetivo a promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2010) foi possível verificar neste trabalho que, apesar de haver pacientes que realmente necessitam de atenção a nível secundário, devido à complexidade da doença, alguns possivelmente não necessitavam estar aguardando em uma fila de espera, para resolver problemas menos complexos. Além disso, foi possível verificar neste trabalho que as comorbidades relacionadas às DCNT representaram 86,27% dos motivos de encaminhamento dos pacientes, o que de fato, retrata a situação atual nutricional do Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; BRASIL, 2017).

De acordo com os dados do relatório do 2º ciclo do PMAQ realizado em 2014 foi possível identificar algumas ações realizadas nas ESFs do Município de Alegre, para pacientes com obesidade, diabetes, hipertensão e gestantes, como: realização de atendimentos, registro de saúde, programação de oferta de consultas para estes pacientes e utilização de protocolo para estratificação de risco dessas situações. Além disso, programação da agenda de acordo com o risco classificado desses públicos, monitoramento do peso corporal de todos os

pacientes, ações de promoção à saúde e atividades em grupo com o objetivo do autocuidado para doenças crônicas. Em relação à visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio, de acordo com os dados disponíveis, algumas ESFs possuem protocolos ou critérios para visita domiciliar de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade.

Ainda, é possível citar algumas políticas de alimentação e nutrição como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a qual define a prática da alimentação adequada e saudável, respeitando os aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos e uso sustentável do meio ambiente (BRASIL, 2012). O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que consiste na promoção de atividades continuadas e rotineiras de observação, através da coleta e análise de informações. Para assim fornecer subsídios para decisões políticas, de planejamento e gerenciamento de programas de melhorias (BRASIL, 2012). E, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), que compreende uma das diretrizes da PNAN e tem por objetivo apoiar Estados e municípios brasileiros no desenvolvimento da promoção e proteção à saúde da população, refletindo a preocupação com a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição com a contribuição para a redução da prevalência das DCNT, além de contemplar necessidades alimentares especiais tais como doença falciforme, hipertensão, diabetes, câncer, doença celíaca, entre outras (BRASIL, 2006).

Como limitações deste trabalho pode-se citar o fato de que se os prontuários tivessem sido acessados, possivelmente teríamos uma análise mais detalhada sobre a complexidade dos casos, uma vez que a justificativa do encaminhamento por vezes não é suficiente. Além disso, não foi possível obter uma relação mais aprofundada das ações de nutrição especificamente nas Unidades de Saúde de Porto Alegre a que os pacientes eram adstritos. Os dados disponíveis do 2º ciclo do PMAQ são referentes ao ano de 2014, o que representa um retrato de ações muito antigo. Neste sentido, a verificação das condições da atenção primária nas regiões de saúde do município de Porto Alegre e do estado do Rio Grande do Sul precisa ser feita, para uma melhor articulação do processo de referência e contrarreferência do paciente e fortalecimento da rede de atenção.

Sabe-se que para o correto referenciamento destes pacientes à sua unidade de saúde, redução das filas e do tempo de espera à consulta especializada, alguns obstáculos devem ser ultrapassados. Primeiramente, acredita-se que para que a APS possa exercer função na Rede de Atenção à Saúde, é indispensável que a população identifique sua unidade de saúde de

referência e reconheça o importante papel de resolutividade na saúde. Também, além da população entender a importância do seguimento com sua unidade de referência, é importante que os profissionais de saúde da atenção secundária identifiquem a real necessidade de encaminhamento desse paciente para outro ambulatório de especialidade, pois muitos problemas podem e devem ser resolvidos na atenção primária. Nesse caso, caberia realização de educação do próprio profissional de saúde, para melhor avaliação dos casos que chegam até ele (FRATINI, 2008).

Além disso, se a nutrição fosse focada na promoção de saúde e prevenção de doenças, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) acredita-se que teríamos um menor índice de DCNT, por exemplo, e diversas outras doenças poderiam ser evitadas. O governo economizaria nos gastos com saúde pública e pensando que o foco do tratamento é a mudança de hábitos de vida, o que possui um custo relativamente de baixo, o foco na prevenção e promoção seria uma estratégia relevante (CASTRO, 1996). A gestão da fila de espera é algo que poderia ser feito nestas situações e representa um grande desafio para o SUS. A gestão dessas filas e a redistribuição desses usuários para o nível de atenção correto geraria resultados positivos diante da ampliação da oferta de serviços, redução da fila de espera e aceleração do processo de cuidado em saúde do cidadão (MENDES, 2015). Conforme já discutido, a regionalização no Brasil é baixa, fato que se deve ao gerenciamento da saúde. Infelizmente a precariedade dos serviços de saúde em diversos locais, impactou em infraestrutura, nos equipamentos e no modelo de atenção e de cuidado. Por este motivo, muitos municípios procuram atendimento em outros municípios que não na sua região de saúde, por essa desregionalização, que precariza o SUS e não permite que o usuário tenha um atendimento integral na própria APS (SANTOS, 2015). E, além disso, o nutricionista não faz parte de todas as equipes de saúde, o que reduz a garantia de atendimento integral ao paciente, considerando que, conforme visto neste estudo, muitos profissionais apenas realizam atendimento nutricional quando há demanda por algum paciente, sendo que as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, raramente são realizadas.

6. CONCLUSÕES

No presente estudo descritivo de 3.276 pacientes aguardando atendimento ambulatorial para nutrição em hospital universitário, observou-se que as DCNT representaram a maior parte dos encaminhamentos dos pacientes a esta agenda e que maior parte destes pacientes possivelmente poderiam ter sido referenciado para sua unidade de saúde ou para o ambulatório de especialidade correto, quando casos mais complexos. Dessa forma, a maioria destes pacientes não precisaria estar aguardando por atendimento nutricional, por tanto tempo. Em contrapartida, um pequeno número de unidades de saúde de Porto Alegre possui nutricionista, o que dificulta o correto referenciamento para a rede e a garantia do atendimento integral, sendo necessário o fortalecimento do cuidado nutricional na AB, além da inserção do profissional nutricionista nas ESFs.

7. REFERÊNCIAS

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade. – 4.ed. - São Paulo, SP, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a. 28 p. : Il

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 212 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p.: il.

BRASIL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite/RS. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. RESOLUÇÃO Nº 555 de 12 de setembro de 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Castro PF, Magalhães L C. Recebimento e Dispendio das Famílias Brasileiras: evidências recentes da pesquisa de orçamentos familiares (POF) – 1995/1996. Brasília: IPEA.

Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cad Saude Publica. 2008;24(supl. 2):332-40.

DAMAS, L.; “Structured Query Language”. Editora Gen Ltc, ed. 6, 2007.

DIETITIANS OF CANADA. The role of the registered dietitian in primary health care: a national perspective. Canada, May, 2001.

FARIAS, Gabriely Buratto; FAJARDO, Ananyr Porto. A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde. Convibra, Porto Alegre, p.1-13, set. 2014.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A INTEGRALIDADE EM SAÚDE. Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.

Geus LMM, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. Ciênc saude coletiva. 2011;16(supl. 1):797-804.

I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, Suplemento I, Abril 2005.

MACORATTI, J. C.; “SQL - Conceitos, aplicações e algo mais”. 2010.

MELLO FILHO, Júlio de; SILVEIRA, Lia Márcia da. Consulta Conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. Revista Brasileira de

Educação Médica, Rio de Janeiro, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MOTTILLO, Salvatore et al. The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk. *Journal Of The American College Of Cardiology*, [s.l.], v. 56, n. 14, p.1113-1132, set. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2010.05.034>.

NEIS, Monique et al. A importância do nutricionista na atenção básica à saúde. *Revista de Ciências Humanas*, [s.l.], v. 46, n. 2, p.2178-4582, 7 mar. 2013. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://dx.doi.org/10.5007/2178-4582.2012v46n2p399>.

OLIVEIRA, A. F. de; LORENZATTO, S.; FATEL, E. C. de S. Perfil de Pacientes que procuram atendimento nutricional. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, v. 2, n.1, p.13-21, jan./jun. 2008.

PIMENTEL, Viviane Rangel de Muros, et al. Alimentação e nutrição no contexto da atenção básica e da promoção da saúde: a importância de um diálogo. *Demetra*; 2013; 8(3); 487-498.

Prefeitura de Porto Alegre - Saiba qual sua unidade de saúde Disponível em <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/v30_localizador.xls>

RECINE, Elisabetta, 1960- O papel do nutricionista na atenção primária à saúde/Elisabetta Recine, Marília Leão, Maria de Fátima Carvalho; [organização Conselho Federal de Nutricionistas]. - 3.ed. - Brasília, DF : Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.

SANTOS, Lenir et al. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, [s.l.], v. 24, n. 2, p.438-446, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015000200004>.

SARAIVA, I. D. Perfil nutricional de pacientes atendidos em um ambulatório de especialidades em nutrição. *Vivências*. Vol. 10, N.19: p.113-121, Outubro/2014.

SCHINDLER, Karin et al. NutritionDay: 10 years of growth. *Clinical Nutrition*, [s.l.], v. 36, n. 5, p.1207-1214, out. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.11.004>.

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.

Sobotka L, editor. *Basics in clinical nutrition*. 4th ed. Galen; 2012.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde,*

serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.


VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andhressa Araújo Fagundes et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

WAITZBERG, Dan L et al. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI). *Nutrition*, [s.l.], v. 17, n. 7-8, p.573-580, jul. 2001. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0899-9007\(01\)00573-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0899-9007(01)00573-1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2014. ISBN 978 92 4 156485 4.

8. ANEXOS

ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE DADOS DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DOS PACIENTES - QUERY

 HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE RS	Solicitação de Query
Enviar para L-CGTI-SOLIC-QUERY@hcpa.ufrgs.br após o preenchimento de todos os campos da solicitação.	
Entraremos em contato, caso seja necessário.	

Data Solicitação	Abril/2017		
Solicitante	Jussara Carnevale de Almeida		
E-mail	jcalmeida@hcpa.edu.br	Ramal /Fone	984517933

Finalidade	
Gestão Administrativa	Projeto de Pesquisa
Área: Nutrição	Número do Projeto:
Motivo: Avaliação da demanda reprimida para ações administrativas a fim de resolver a pendência de atendimentos	

Especificação da Query
Título: Interconsultas pendentes da Nutrição (agenda 342)
Período a ser analisado: Início até 26 de setembro de 2016
Filtros a serem aplicados: não se aplica
Colunas a serem recuperadas: Data da solicitação Nome Número do prontuário Telefone

Prioridade

Baixa

Moderada

Alta

Endereço

Relatório/pacientes com interconsultas pendentes/justificativa

Solicitada

Cadastro/visualizar histórico/óbito (interno ou externo)

Consulta agendada nas seguintes agendas (data ou SIM):

NUT cardiologia (NTC)

NUT cirúrgica (NUC)

NUT clínica hemodiálise (NUH)

NUT diabete gestação (NDG)

NUT fibrose cística (NFC)

NUT gastro pediátrica (NGP)

NUT gastro transplante (NGT)

NUT mucoviscidose (NUM)

NUT onco Pediátrica (NOP)

NUT para prematuros (NPP)

NUT pediátrica (NUP)

NUT pneumologia (NPN)

NUT programa erros inatos (NUE)

NUT transplante medula óssea (TMO NTM)

NUT transtornos alimentares (NTA)

NUT enteral (NEL)

NUT onco adulto (NOA)

NUT renais crônicos pré-diálise (NRC)

NUT gastro hepatologia (NGH)

END Nutrição (EDN)

NUT bariátrica pós (NBP)

NUT clinica diabete (DNC)

NUT diabete tipo I (NDB)

NUT obesidade endocrino (NOE)

GAS Nutrição (GNU)

Insuficiência cardíaca congestiva transplante nutrição (ICN)

Nutrologia Adulto (NNA)

Nutrologia Ped (NTP)

Avaliação do nutricionista (ANU)

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 170538

Data da Versão do Projeto: 03/10/2017

Pesquisadores:

JUSSARA CARNEVALE DE ALMEIDA

Título: MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES AGUARDANDO INTERCONSULTA DE NUTRIÇÃO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 10 de novembro de 2017.

Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA

ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

Motivos de encaminhamento dos pacientes aguardando interconsulta de nutrição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Cadastro no GPPG

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 26 de setembro de 2017

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Andrezza de Oliveira Vasconcelos	Andrezza Vasconcelos
Jussara Carnevale de Almeida	Jussara

ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

Motivos de encaminhamento dos pacientes aguardando interconsulta de nutrição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Cadastro no GPPG

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 26 de setembro de 2017.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Andruza de Oliveira Vasconcelos	Andruza Vasconcelos
Jussara Carnivale de Almeida	Jussara