



Flávia Regina Alves Garcia Sacramento

**Gestão da clínica de nutrição em uma Policlínica da Marinha do Brasil**

Rio de Janeiro

2023

Flávia Regina Alves Garcia Sacramento

**Gestão da clínica de nutrição em uma Policlínica da Marinha do Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Helena Maria Seidl Fonseca

Rio de Janeiro

2023

*Este trabalho é dedicado a minha mãe, Elizabete, pelo exemplo de superação e por ter me ensinado a lutar e a ser, como ela, uma mulher guerreira que não desiste dos seus sonhos.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus que com seu infinito amor um dia se revelou a mim e me fez conhecer o amor dos amores. A Ele toda honra e glória, pois tudo vem dele e tudo é para Ele. Glória a Deus pela minha vida e por minha família.

Também agradeço ao meu filho que com apenas dez anos me apoiou todas as vezes em que precisei estar ausente, ainda que presente, para me dedicar aos estudos, bem como ao meu marido, por tantas vezes suportar meus pedidos de ajuda e ouvir sobre minha falta de tempo.

Foi um ano extremamente desafiador, mas debaixo da graça de Deus e com o apoio da minha família foi possível alcançar a vitória!

*O próprio Senhor irá à sua frente e estará com você; Ele nunca o deixará, nunca o abandonará. Não tenha medo! Não desanime!*

Deuteronômio 31:8.

## RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde no Brasil e no mundo, dentre elas o acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. A mudança do padrão comportamental dos brasileiros ocorrida junto ao acelerado processo de urbanização e modernização, especialmente as alterações nos padrões alimentares, com a inclusão de alimentos ultraprocessados e a redução do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, é fator de risco para o desenvolvimento de DNCT. A atuação do nutricionista na atenção primária, enquanto educador, pode favorecer a aquisição de hábitos alimentares saudáveis impactando positivamente na saúde da população e contribuindo para menores gastos na atenção terciária. A baixa disponibilidade de vagas para atenção primária impede o acesso de usuários dos sistemas de saúde ao serviço de nutrição em diferentes locais. Na Marinha do Brasil, o processo de reestruturação pelo qual vem passando, levando a redução do seu efetivo, requer a criação de estratégias a fim de evitar barreiras de acesso aos usuários do seu sistema de saúde. Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção realizado na Seção de Nutrição da Policlínica Naval de Niterói, após o desligamento do serviço ativo da Marinha do profissional nutricionista que era responsável exclusivamente pelos atendimentos ambulatoriais, sem que houvesse sua substituição. Dessa maneira foi necessário que a única profissional da especialidade passasse a distribuir carga horária entre atividades administrativas e assistenciais. Com o objetivo de minimizar a baixa disponibilidade de vagas de acesso ao serviço foi instituída a consulta em grupo como “porta de entrada”, além do desenvolvimento de protocolos de atendimento em grupo e individual. A nova sistemática de atendimento tem apresentado benefícios, favorecendo o acesso ao serviço e permitindo a priorização dos atendimentos individuais de usuários com maior risco. A participação nos grupos, com troca de informações e esclarecimentos por profissional especializado tem contribuído para que os usuários possam avaliar e reconhecer seus hábitos alimentares, compreender as alterações necessárias e serem sensibilizados para a adoção de mudanças capazes de gerar grandes impactos na qualidade de vida.

Palavras-chave: Acesso à atenção primária; Educação alimentar e nutricional; Gestão da saúde.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CISSFA	Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas
CMAM	Centro Médico Assistencial da Marinha
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ESF	Equipe de saúde da família
HNMD	Hospital Naval Marcílio Dias
MB	Marinha do Brasil
MEV	Mudança no estilo de vida
OM	Organização Militar
PLANO DE DANT	Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2022-2030
PNN	Policlínica Naval de Niterói
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
SAM	Serviço Ativo da Marinha
SSM	Sistema de Saúde da Marinha
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....</b>	<b>9</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E ALIMENTAÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3 O NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>12</b>
<b>2.4 ABSENTEÍSMO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>13</b>
<b>3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 GESTÃO DO PROJETO.....</b>	<b>19</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>



## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde no Brasil e no mundo. Dentre elas encontram-se o acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. No ano 2019 as DCNT foram responsáveis por cerca de 74% das causas de morte globalmente, e no Brasil por 54,7% das causas de morte, sendo que destes, 41,8% ocorreram prematuramente, em pessoas entre 30 e 69 anos de idade (BRASIL, 2021a). Os mais afetados são os grupos em situação de maior vulnerabilidade, como a população de baixa renda e escolaridade.

Ao longo dos anos o padrão comportamental dos brasileiros vem sofrendo alterações, com perceptíveis mudanças nos padrões alimentares. Os atuais hábitos alimentares, somados ao envelhecimento da população, ao sedentarismo e à obesidade tem contribuído substancialmente para aumento da incidência e prevalência de diversas DCNT.

Dentre as alterações no padrão alimentar, é observada a ingestão elevada de alimentos ultraprocessados, os quais possuem alta densidade calórica em detrimento da qualidade nutricional, possuindo poucas fibras e sendo ricos em açúcares, gorduras e sal, constituindo-se como fator de risco para o desenvolvimento de DCNT (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Em conjunto às mudanças comportamentais que favorecem o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, os avanços científicos e tecnológicos observados nas últimas décadas tornaram a medicina curativa muito dispendiosa, sendo imperativo que os gestores de saúde busquem desenvolver políticas voltadas à atenção primária, a fim de manter a saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2015).

No início do milênio houve uma redução de cerca de 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que poderia ser atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência, além da redução do consumo de tabaco desde os anos 1990 (BRASIL, 2011). Considerando que as atividades referentes à atenção primária sejam o primeiro nível de assistência à saúde, consistindo essencialmente em atendimento ambulatorial, a qual possui a capacidade de reduzir o aporte de pacientes aos hospitais, empregando baixa tecnologia, o que significa baixo custo, é possível compreender a importância de haver adequada oferta de vagas a nível da atenção primária aos usuários dos serviços de saúde.

Na Marinha do Brasil (MB), a prestação da assistência de saúde aos usuários de seu Sistema de Saúde (SSM) tem como um de seus desafios a manutenção do equilíbrio entre a demanda pelos serviços e a capacidade de oferta das Organizações Militares (OM) (BRASIL,

2012). O SSM possui como órgão executor do subsistema assistencial o Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), o qual possui algumas OM subordinadas, dentre essas a Policlínica Naval de Niterói (PNN), órgão técnico de execução das atividades que se referem à prestação de assistência médica hospitalar para prevenção e promoção de saúde, atenção primária, além de atenção especializada de média complexidade (BRASIL, 2012).

Ações de educação em saúde voltadas para a prevenção de doenças e sua detecção precoce podem proporcionar redução de encaminhamentos para serviços de atenção especializada de saúde, além disso, o estímulo ao autocuidado do usuário contribui tanto para a prevenção do aparecimento de comorbidades quanto para solidificar uma cultura de promoção à saúde e prevenção de doenças e para a construção de um estilo de vida saudável.

Nesse sentido o nutricionista, em parceria com os demais profissionais, tem papel fundamental na promoção de ações primárias de saúde, incentivando práticas alimentares saudáveis direcionadas à população atendida pelos serviços e equipes de saúde (JAIME; SANTOS, 2014). Promoção de saúde, desenvolvimento de ações com foco na atenção primária, dentre elas a educação alimentar e nutricional, o estímulo da criação de ambientes favoráveis à saúde, apoio aos indivíduos na adoção de modos de vida e comportamento alimentar saudáveis, realização de ações educativas para a prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição, bem como o apoio ao protagonismo da população nas ações em prol à saúde e à alimentação, facilitando a autonomia dos indivíduos para a produção de práticas alimentares adequadas e saudáveis são ações sob responsabilidade do nutricionista na atenção primária (ALVES *et al*, 2022; CFN, 2018; BRASIL, 2009).

A ampliação do acesso dos usuários e a manutenção da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde é uma oportunidade para estimular e apoiar a inclusão das práticas de promoção da saúde e a aquisição de hábitos nutricionais adequados (BRASIL, 2014). Faz-se imprescindível a manutenção dos serviços de nutrição ativos a fim de promover saúde aos usuários da atenção primária, contribuindo para a redução dos encaminhamentos para atendimento hospitalar e auxiliando na estabilização de doenças já instaladas.

No entanto, a MB vem passando por uma reestruturação, com previsão de redução do efetivo nos próximos anos, o que impôs grandes desafios à seção de nutrição da PNN devido a elevada demanda de pacientes frente ao número de vagas existentes para consulta de nutrição naquela Policlínica Naval.

Este projeto foi desenvolvido devido à redução de 87,5% das vagas para atendimento ambulatorial na clínica de nutrição da PNN, a partir do mês de maio de 2023, quando comparado aos períodos anteriores. A causa crítica identificada foi a ausência de profissional

nutricionista exclusivo para suprir as demandas ambulatoriais, após desligamento do Serviço Ativo da Marinha (SAM), por término de tempo de serviço, do profissional que era responsável pelas consultas de nutrição, sem que houvesse sua substituição.

### 1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

O objetivo geral deste trabalho é realizar gestões para minimizar a baixa disponibilidade de vagas de acesso ao serviço de nutrição na PNN, por meio dos objetivos específicos: instituir a consulta em grupo como “porta de entrada” para atendimento na clínica de nutrição; desenvolver protocolos de atendimento em grupo e de atendimento individual; e capacitar a equipe envolvida com a marcação das consultas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Desde a década de 1950 o mundo vem passando por diversas alterações, com grandes avanços no processo de urbanização e de globalização. Especificamente no Brasil, entre os anos 1960 e 1990, o processo de êxodo rural se intensificou o que provocou um aumento elevado do número de pessoas que residiam nas áreas urbanas, passando de 45% para 75% (BLEIL, 1998).

Como resultado da crescente urbanização e, conseqüentemente, modernização passou a haver consumo cada vez maior de produtos alimentícios industrializados (BLEIL, 1998). Muitos são os fatores que influenciam o comportamento alimentar. Tais fatores podem ser negativos, contribuindo para o ganho de peso e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, ou positivos, beneficiando os indivíduos que adotam um estilo de vida saudável como um possível protetor contra as DCNT (SOUZA; BACKES, 2020).

No Brasil, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) permitem que os padrões alimentares dos brasileiros sejam analisados. Ao longo dos anos foi observado, por meio da POF e VIGITEL, uma redução no consumo de cereais, tubérculos, feijões e fibras, a substituição dos carboidratos da dieta por lipídeos, além da substituição da gordura animal pela de origem vegetal, com a inclusão de margarina e de óleo de soja no dia a dia do brasileiro (BLEIL, 1998). Todas essas modificações favorecem o desenvolvimento de DCNT.

Santin *et al* (2022) observaram que houve manutenção da prevalência do consumo regular de frutas e hortaliças entre os habitantes das capitais brasileiras, descritos no VIGITEL 2019, com aumento de 3% e houve significativa redução no consumo de refrigerante quando comparado com os dados do ano 2010, o que poderia ser considerado um fator positivo na prevenção das DCNT. No entanto, relatam também a redução de 5,9% do consumo de feijão e aumento de 16,5% do consumo de alimentos prontos para o consumo. Foi realizada, também, a análise da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) dos anos 2013 e 2019, que tiveram como objetivo principal produzir dados em âmbito nacional sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira. Em seus achados verificaram que as pessoas com maiores rendimentos financeiros, bem como as de maior escolaridade e de maior idade consomem mais frutas e legumes do que as demais. A maior adequação do consumo de frutas, verduras e peixes ocorre entre aquelas com maiores níveis de renda e escolaridade, no entanto nesse grupo também foram encontrados os maiores percentuais de consumo de doces e consumo excessivo de sal. Ainda foram relatados os menores percentuais de consumo de bebidas açucaradas entre eles. Já no grupo de menor escolaridade e renda foram observadas as maiores adequações para carne vermelha e de feijão, bem como a adequação dos substitutos de refeições (SANTIN *et al*, 2022). Esses níveis de adequação da população de menor renda possivelmente se dão em virtude do maior custo das carnes vermelhas e dos itens que compõem os substitutos de refeições (lanches). Quanto ao feijão, seu custo menor possibilita que este grupo tenha acesso e se beneficie de seu consumo, uma vez que em combinação com o arroz (típico da culinária brasileira) possui excelente composição nutricional, com o fornecimento de proteína e fibras.

Outro estudo que analisou dados da POF e da VIGITEL observou que desde 1987 até 2009 houve uma redução do consumo dos alimentos *in natura* pelos brasileiros e o aumento significativo do consumo de alimentos ultraprocessados, com uma redução da qualidade da dieta (CANELA *et al*, 2018). Os mesmos autores observaram uma relação inversa entre o consumo insuficiente de hortaliças e o de ultraprocessados, além de uma monotonia em relação ao consumo de hortaliças, com a ingestão de apenas dez tipos delas representando mais de 80% do consumo dos brasileiros. Esses achados refletem uma baixa ingestão de fibras, micronutrientes e compostos bioativos e elevado consumo de aditivos e conservantes.

Essa rápida transição nutricional, com tamanhas modificações nos hábitos alimentares, teve como resultado o aumento pronunciado de sobrepeso e obesidade, inclusive nas crianças. A publicidade televisiva é outro fator que tem surtido efeitos como influenciadora das preferências alimentares das crianças entre 2 e 11 anos, grupo extremamente vulnerável por

não ter maturidade neurológica suficiente, sofrendo grande influência, sem a possibilidade de fazer escolhas por uma alimentação saudável (MALLARINO *et al*, 2013).

## 2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS E ALIMENTAÇÃO

As DCNT são o grupo de doenças de maior impacto no Brasil e são causadas por fatores relacionados com as condições de vida das pessoas. Entre os fatores de risco comportamentais estão o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação não saudável e inatividade física (BRASIL, 2021b).

Dentro do fator de risco “alimentação”, dois grupos são considerados indicadores de alimentação saudável ou não saudável, quais sejam: alimentos *in natura* e ultraprocessados, respectivamente (SANTIN *et al*, 2022).

De acordo com Canela *et al* (2018) os alimentos ultraprocessados:

[...] são formulações industriais prontas para consumo, feitas total ou predominantemente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes alimentares (gorduras hidrogenadas, amido modificado), ou sintetizadas em laboratório com base em materiais orgânicos (corantes, aromatizantes, intensificadores de sabor e diversos tipos de aditivos utilizados para fornecer produtos com propriedades sensoriais atrativas). Este grupo inclui os seguintes subgrupos de alimentos: biscoitos e salgadinhos; bolos, tortas e biscoitos; cereais; carnes processadas, hambúrgueres e salsichas; confeitos (doces, chocolate confete, bombons, gelatinas, pudins e sorvetes); *fast food* (hambúrgueres e *cheeseburgers*, salgadinhos fritos e assados e similares); margarina; molhos industriais; pães fatiados, pães de hambúrguer, pães de cachorro quente e produtos similares; pratos prontos ou semiprontos (pizza, massas congeladas ou pratos de carne, macarrão instantâneo e sopas em pó); queijos ultraprocessados; refrigerantes e outras bebidas açucaradas (CANELA *et al*, 2018, p.3-4).

Estes alimentos, em geral, possuem elevados teores de lipídeos, especialmente gorduras saturadas e *trans*, e carboidratos simples o que associado ao consumo insuficiente de vegetais e ao crescente sedentarismo proporciona o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outras DCNT (PINHO *et al*, 2012). O elevado teor de sódio presente nos alimentos ultraprocessados, além da elevada ingestão desse mineral nas próprias preparações culinárias, também apresenta importante papel no desenvolvimento das DCNT. Afshin *et al* (2019) coletaram sistematicamente dados dietéticos de 195 países no período de 1990 a 2017, que demonstraram relação causal entre fatores dietéticos específicos, como a ingestão de frutas, vegetais, carne processada e gordura *trans*, e DCNT, dentre elas doença cardíaca isquêmica, diabetes e câncer colorretal. Nesse mesmo estudo, a alta ingestão de sódio, a baixa

ingestão de grãos integrais, frutas, nozes e sementes, vegetais e ácidos graxos ômega-3 foram relatados como sendo os principais fatores de risco dietético para mortes em todo o mundo, representando mais de 2% das mortes globais (AFSHIN *et al*, 2019).

É nítido que a má alimentação, ou alimentação não saudável, possui grande impacto no desenvolvimento das DCNT. Silva (2021) relata que a boa alimentação é capaz de diminuir a predisposição genética das DCNT, além de aumentar a qualidade de vida. A melhoria da qualidade da alimentação pode prevenir uma em cada cinco mortes em todo o mundo (AFSHIN *et al*, 2019). O processo de mudança de hábitos alimentares não é uma tarefa simples, exigindo esforço próprio e o envolvimento da família para que haja resultados efetivos e duradouros (ALMEIDA-BITTENCOURT; RIBEIRO; NAVES, 2019).

O Ministério da Saúde, em 2014, disponibilizou a segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, que pode auxiliar os cidadãos a superar os obstáculos para uma alimentação saudável, dentre eles o acesso à informação sobre alimentação e saúde, a oferta de alimentos no ambiente alimentar, o custo das refeições dentro e fora do domicílio, as habilidades culinárias transmitidas entre gerações que possam favorecer a prática de cozinhar, o tempo dedicado à alimentação e a exposição às propagandas e publicidade de alimentos (BRASIL, 2014). O Guia recomenda uma alimentação baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados, principalmente de origem vegetal, evitando os alimentos ultraprocessados (SANTIN *et al*, 2022).

### 2.3 O NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Diante do cenário nacional, o nutricionista enfrenta um grande desafio na atenção primária. O sedentarismo somado às mudanças nos hábitos alimentares justifica o ambiente obesogênico atual, o que por si só é fator de risco para DCNT (SILVA, 2021). A mudança no estilo de vida (MEV) com seus três componentes, reeducação alimentar, combate ao sedentarismo e abordagem comportamental, é o método mais eficaz para prevenção e tratamento das doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que incluem as DCNT (COELHO, 2010). No Brasil, de acordo com dados publicados no VIGITEL-2017, mais da metade da população estava acima do peso e quase 19% foram classificados como obesos (ZUCCOLOTTO; PESSA, 2018). A ingestão inadequada de alimentos, tanto pela falta quanto pela elevada ingestão de alimentos não saudáveis é fator gerador de insegurança alimentar, com consequências como desnutrição e excesso de peso e DCNT (CAVALCANTE *et al*, 2021).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2022-2030 (Plano de Dant) estabelece indicadores e metas para fatores de risco das DCNT. Entre as dez metas estabelecidas, cinco estão diretamente relacionadas à alimentação e outras duas se relacionam às mudanças no estilo de vida (aumentar a prevalência de atividade física no lazer em 30% e reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas). As cinco metas são as seguintes:

- 1- reduzir em 2% da obesidade entre crianças e adolescentes;
- 2- deter o crescimento da obesidade entre adultos;
- 3- aumentar em 30% a prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças;
- 4- reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados; e
- 5- reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas (BRASIL, 2021b).

Como profissional capacitado a realizar a melhoria do perfil epidemiológico e nutricional através da orientação para adoção de hábitos alimentares saudáveis pelos indivíduos, o nutricionista, por meio de uma atuação efetiva na atenção primária, pode colaborar para a prevenção das DCNT, com conseqüente redução dos gastos públicos (SILVA, 2021). Os hábitos alimentares são construídos desde muito cedo e costumam persistir durante a vida adulta (MALLARINO *et al*, 2013), portanto a disseminação de boas práticas para a prevenção de DCNT e obesidade na atenção primária à saúde, com atividades de educação nutricional que estimulem a alimentação adequada e saudável é fundamental.

O desenvolvimento de competências relacionadas à comunicação e relações interpessoais são fundamentais para que o nutricionista possa realizar o atendimento ambulatorial, quer individual quer em grupo, com uma escuta qualificada para que seja capaz de promover o cuidado centrado na pessoa, de maneira humanizada e resolutiva. É necessário, ainda, que o profissional possua ou desenvolva de forma criativa a capacidade de negociar, motivar e de resolver conflitos para que possa atuar efetivamente na criação de novos hábitos alimentares, no âmbito da atenção primária, evitando as DCNT ou prevenindo seu agravamento (ALVES; LUZ; TÓFOLI, 2022).

#### 2.4 ABSENTEÍSMO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O absenteísmo dos usuários gera grandes prejuízos aos serviços de saúde. Farias *et al* (2020) relatam que se trata de uma barreira na extensão da cobertura e do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, representando prejuízos à resolutividade e integralidade do cuidado. Inúmeros fatores podem influenciar o absenteísmo, dentre eles barreiras geográficas e

dificuldades de transporte, horário limitado de funcionamento, redução da oferta de consultas e consequentes longas filas de espera (FARIAS *et al*, 2020).

O acesso e a utilização dos serviços sofrem interferências das crenças, atitudes, conhecimento, motivação e interpretação de doenças e bem-estar (FARIAS *et al*, 2020). Observa-se a preocupação com a ampliação dos serviços a fim de garantir o acesso, no entanto, de maneira contraditória ocorre uma subutilização dos serviços decorrente do absenteísmo dos usuários (TRISTÃO *et al*, 2016). Farias *et al* (2019) verificaram correlação entre o tempo de espera e o absenteísmo. Foi observado que o tempo de espera do usuário em relação a data de agendamento e a data em que a consulta será realizada, sendo longo, pode levar a desistência por parte dos usuários ou gerar uma espera por meses para aqueles que não tem outra opção (FARIAS *et al*, 2019).

Tristão *et al* (2016) relatam que o absenteísmo se configura numa realidade usual, podendo atingir grandes proporções, com até 50% de faltas. Os autores citam que no ano de 2014, no estado do Rio de Janeiro, 48,9% das consultas em duas equipes de saúde da família (ESF) foram desperdiçadas pelo não comparecimento dos usuários. Tais faltas impactam negativamente nas filas de espera o que é extremamente danoso tanto para o usuário, que muitas vezes pode ter o agravamento de sua doença, quanto para a sociedade, quando custos para o pagamento de auxílio-doença são gerados pelo afastamento do usuário não atendido, e para as famílias, devido aos problemas psicológicos de demais repercussões (FARIAS *et al*, 2019).

### 3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção realizado na PNN, ancorado nos conceitos e ferramentas do enfoque estratégico situacional.

A Policlínica Naval de Niterói é uma OM sediada na cidade de Niterói, com semiautonomia administrativa e subordinada diretamente ao Centro Médico Assistencial da Marinha. Possui como missão contribuir para eficácia do SSM, executando as atividades atinentes ao subsistema assistencial, no que se refere à prestação de Assistência Médico Hospitalar para prevenção e promoção de saúde, atenção primária e atenção especializada de média complexidade. Com sua localização estratégica é capaz de atender militares que servem no Complexo Naval da Ponta da Armação, Base Naval do Rio de Janeiro, Base de Fuzileiros Navais da Ilha das Flores, e seus dependentes, além dos militares da ativa e veteranos



residentes em Niterói, São Gonçalo e adjacências e demais municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e até mesmo da Região dos Lagos. Possui como visão de futuro ser reconhecida, até 2025, pelos usuários do SSM, pela excelência no atendimento de atenção primária e de média complexidade, bem como nos serviços de apoio ao diagnóstico, além de ampliar o reconhecimento na MB e de instituições extra MB pela qualidade em gestão em virtude das boas práticas implementadas.

Fundamentos como pensamentos sistêmico, aprendizado organizacional, cultura da inovação, liderança e constância de propósitos, orientação por processos e informações, visão de futuro, gestão de valor, comprometimento com as pessoas, foco no cidadão e na sociedade, desenvolvimento de parcerias, responsabilidade social, controle social e gestão participativa, todos previstos no Programa Netuno, devem ser observados para que a PNN possa alcançar sua visão. Ainda, a atuação de todos que servem na PNN deve ser orientada por valores como hierarquia e disciplina, lealdade, iniciativa, cooperação, tenacidade, honra, foco na saúde e transparência, que servem como guias genéricos para a decisão e a ação.

Para o cumprimento de sua missão e alcançar a sua visão de futuro, a Policlínica Naval de Niterói necessita que todos os seus integrantes estejam definitivamente comprometidos e tenham pleno conhecimento da estratégia da instituição e da importância dos seus respectivos papéis em um sistema integrado, cujo funcionamento depende do resultado individual e coletivo de todos os focos de atividade.

Além das diversas especialidades médicas, a PNN conta com atendimento de enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. A Seção de Nutrição presta atendimento ambulatorial em todas as áreas clínicas, sem limite de idade, com uma elevada demanda para o serviço.

### 3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

No ano 2019, a PNN contava com três profissionais nutricionistas para atender a elevada demanda. Com a pandemia de COVID-19 e consequente suspensão dos atendimentos ambulatoriais, momentaneamente, uma das profissionais foi movimentada para o Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) a fim de suprir necessidades urgentes daquela OM. A partir de então a PNN passou a contar apenas com dois profissionais, um militar temporário com carga horária exclusiva para as atividades ambulatoriais, e uma militar de carreira que dividia sua carga horária entre atividades assistenciais e administrativas, enquanto Encarregada de

Divisão, possuindo subordinada a si os serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e serviço social, além da própria nutrição.

No final do ano 2022, ao assumir mais uma função administrativa, foi necessário que a profissional deixasse momentaneamente as atividades ambulatoriais, e o setor passou a contar apenas com um militar que, em abril de 2023, foi desligado do SAM, por término de tempo de serviço, após os oito anos de serviço militar voluntário, sem que houvesse reposição de nutricionista.

A seção de nutrição da PNN historicamente possui elevada demanda e aprazamento, com consequente elevado absenteísmo. Uma possível interrupção do atendimento de nutrição traria impactos negativos para os usuários, tendo em vista essa elevada demanda, e poderia favorecer o agravamento das doenças, além de sobrecarga das demais Policlínicas subordinadas ao CMAM e até mesmo do HNMD. A fim de não interromper as atividades da seção e dar continuidade aos benefícios provenientes do atendimento de nutrição para a manutenção e recuperação da saúde dos usuários do SSM, a profissional que havia se afastado das atividades assistenciais as retomou, porém com oferta reduzida de vagas, a fim de dar continuidade às demais atividades. Dessa maneira, houve a redução de 87,5% do total de vagas para atendimento de nutrição e aumento de 100% no aprazamento para marcação de consulta para esta clínica.

Levando em consideração o histórico de elevado absenteísmo existente na seção de nutrição da PNN, a abertura de poucas vagas individuais não beneficiaria os usuários pois muitas poderiam ficar ociosas e o aprazamento seria mais alto do que o habitual. Assim, foi necessário reestruturar o atendimento ambulatorial no setor, para solucionar a situação-problema apresentada, uma vez que não havia a previsão de recompletamento da força de trabalho.

Dentro da governabilidade da seção de nutrição, visando equacionar o problema da baixa disponibilidade de vagas para consulta, a causa crítica “ausência de um profissional exclusivo responsável pelas consultas daquele setor” foi selecionada como objeto deste projeto de intervenção.

### 3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Diante da situação-problema relatada o presente projeto de intervenção foi estruturado tendo como meta aumentar a oferta de vagas disponíveis para 75% do número de vagas oferecidas inicialmente, nos primeiros 8 meses, e nos quatro meses subsequentes para 100% do anteriormente disponibilizado. Dessa maneira, nos primeiros oito meses a redução das vagas disponíveis (87,5%) passará para apenas 25%, e ao findar de um ano haverá a totalidade das vagas de nutrição dos primeiros meses de 2023. O indicador utilizado será o percentual de vagas disponíveis para atendimento de nutrição.

A fim de alcançar a meta estabelecida e oferecer um maior número de vagas para atendimento de nutrição, mesmo diante da baixa disponibilidade de horários da profissional, foi instituída a consulta em grupo como “porta de entrada”, com previsão de conclusão até o mês de julho de 2023. Outras ações estabelecidas foram a capacitação dos profissionais envolvidos na marcação de consultas, a fim de efetuarem o agendamento dos pacientes encaminhados para a seção de nutrição somente no grupo de tratamento; o estabelecimento de protocolos de atendimento em grupo e individual; e a quantificação do percentual de vagas disponibilizadas para atendimento.

As ações a serem realizadas estão descritas na Matriz de Programação das Ações, abaixo:

#### Matriz de Programação das Ações:

<b>Problema a ser enfrentado</b>	Baixa disponibilidade de vagas para consulta de nutrição na Policlínica Naval de Niterói (PNN).
<b>Causa:</b>	Ausência de profissional exclusivo responsável pelas consultas de nutrição.
<b>Descritor:</b>	Redução de 87,5% de vagas disponíveis para atendimento de nutrição.
<b>Indicador:</b>	% de vagas disponíveis para atendimento de nutrição.
<b>Meta:</b>	Aumentar a oferta de vagas disponíveis para 75% do número de vagas oferecidas inicialmente nos primeiros 8 meses, ou seja, a redução de vagas passará de 87,5% para 25%. Nos quatro meses seguintes, aumentar a oferta de vagas para 100% do ofertado inicialmente.
<b>Resultado esperado:</b>	Ofertar número de vagas semelhantes aos anteriormente ofertados a fim de que os usuários do SSM possam ter maior acesso às consultas no serviço de nutrição na PNN.

<b>Ações</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Produtos a serem alcançados</b>	<b>Prazo de conclusão</b>	<b>Responsável (nome da pessoa e não do setor em que trabalha)</b>
Instituir a consulta em grupo como “porta de entrada” para o atendimento no serviço de nutrição.	Cognitivo e organizacional.	Consulta em grupo instituída como “porta de entrada”.	JUN/2023	CC Flávia
Capacitar os profissionais envolvidos na marcação de consultas para agendarem os pacientes encaminhados para a seção de nutrição no grupo de tratamento.	Cognitivo.	Profissionais capacitados.	JUN/2023	Tereza (responsável pelas recepcionistas) e SC Marina (responsável pelo registro das vagas disponíveis no sistema de marcação de consultas).
Estabelecer os protocolos de atendimento em grupo e individual, e de prioridades para inclusão no tratamento individual.	Cognitivo e organizacional.	Protocolos estabelecidos.	JUL/2023	CC Flávia
Quantificar o percentual de vagas disponibilizadas semanalmente para atendimento, a fim de aferir os resultados das ações.	Cognitivo e organizacional.	Percentual de vagas disponibilizadas quantificado.	JAN/2024	CC Flávia
Quantificar o percentual de vagas disponibilizadas semanalmente para atendimento, a fim de aferir os resultados das ações.	Cognitivo e organizacional.	Percentual de vagas disponibilizadas quantificado.	MAI/2024	CC Flávia

### 3.3 GESTÃO DO PROJETO

O projeto foi programado para iniciar os atendimentos em maio, a fim de viabilizar o acesso dos usuários do SSM ao atendimento de nutrição o quanto antes. Inicialmente houve orientação da servidora civil responsável pelo setor de marcação de consultas e da funcionária responsável pela empresa terceirizada de recepcionistas quanto a nova metodologia para o agendamento na seção de nutrição, a fim de que pudessem realizar reuniões com suas equipes padronizando o procedimento. Posteriormente, foi padronizado que os grupos aconteceriam em três consultas, com periodicidade mensal, com até 20 pacientes, estimando que cerca de metade deles estariam presentes, levando em consideração o absenteísmo da seção de nutrição da PNN.

O protocolo de atendimento foi estabelecido da seguinte maneira. Na primeira consulta em grupo o paciente recebe um Termo de Consentimento, no qual consta o período de tratamento, os termos para desligamento do paciente (em caso de faltas não justificadas) e os valores referentes a indenização para consulta com avaliação da composição corporal por antropometria e por bioimpedanciometria, conforme previsto na tabela CISSFA (Catálogo de Indenizações dos Serviços de Saúde das Forças Armadas). Durante o período de acompanhamento em grupo é realizado o aconselhamento nutricional, por meio de palestras, com livre diálogo entre os participantes e a profissional de maneira a permitir o esclarecimento de dúvidas gerais. São abordados assuntos de relevância para a população em geral, baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira, tais como comportamentos alimentares mais adequados para a promoção da saúde; diferença entre alimentos *in natura*, minimamente processados, processados e ultraprocessados e as consequências do consumo de cada um; consumo adequado de sódio; consumo de diferentes tipos de açúcar e adoçantes; ingestão de alimentos integrais e alimentos fonte de fibras; ingestão adequada de frutas, legumes e verduras; ingestão de tipos diferentes de óleos e gorduras e necessidade de redução de gorduras saturadas e *trans*; grupos alimentares; ingestão de água; leitura de rótulos; comer com atenção plena; comportamento ao se alimentar fora de casa e em festas, dentre outros assuntos pertinentes. As informações foram programadas para serem transmitidas ao longo das três consultas programadas, havendo a padronização dos assuntos tratados em cada uma delas, de maneira a gerar o entendimento dos pacientes em relação às medidas que podem ser adotadas, desde a primeira consulta, a fim de que hábitos saudáveis sejam implementados ao longo do tratamento, trazendo grandes benefícios para a saúde e qualidade de vida dos usuários.

O objetivo do tratamento em grupo é dar autonomia ao paciente e incentivar o autocuidado, propiciando boas escolhas em relação a própria alimentação, sem a dependência de consultas mensais ou bimestrais com o nutricionista, o que prejudica o fluxo de pacientes frente a baixa disponibilidade de vagas e elevada demanda.

Ainda na primeira consulta em grupo, os pacientes recebem um *link* para acessar um formulário eletrônico de anamnese nutricional, por meio do qual a profissional tem acesso a informações fundamentais para auxiliar na intervenção nutricional a ser realizada durante a consulta individual, bem como na elaboração do plano alimentar. As prioridades para o atendimento individual são definidas após o preenchimento do formulário, por meio de informações como motivo do encaminhamento para o serviço e presença de comorbidades. Os critérios para prioridade de consulta individual estabelecidos foram os seguintes: pacientes diabéticos descompensados e/ou insulino dependentes, oncológicos, gestantes, cardiopatas graves, renais, bariátricos e crianças. De acordo com a disponibilidade de vagas, todos os pacientes serão atendidos individualmente até a última consulta do grupo. Os agendamentos individuais e os retornos necessários para acompanhamento serão realizados pela própria profissional, de acordo com sua disponibilidade de horários. Com a maior autonomia dos pacientes, após as consultas em grupo, é possível que os retornos aconteçam com maior espaçamento, viabilizando o fluxo de pacientes. Assim, retornos ocorrerão em quatro a seis meses após a consulta individual.

Ao serem disponibilizadas as vagas para consulta em grupo, houve o preenchimento de todas rapidamente, por um período de três meses. Observando um elevado absenteísmo na primeira das três consultas em grupo (consulta 1), de mais de 40%, foi repensado o número de vagas para cada consulta inicial, tendo sido realizado aumento de 25% (5) do total das vagas disponibilizadas, levando em consideração a capacidade instalada. Nas consultas 2 e 3 do mesmo grupo o absenteísmo era menor e, a fim de disponibilizar mais horários da profissional, foi definido que dois grupos diferentes teriam o retorno agendado em um único dia para estas consultas. Por exemplo: os pacientes que tiveram a consulta 1 na primeira semana de junho e os pacientes que tiveram a consulta 1 na segunda semana de junho tiveram o retorno agendado para a consulta 2, juntos, na primeira semana de julho e a consulta 3 na primeira semana de agosto. Essa estratégia permitiu que os grupos funcionassem com cerca de 10 a 15 usuários.

As consultas individuais foram idealizadas para realizar toda a avaliação antropométrica dos pacientes, análise dos exames bioquímicos, planejamento e entrega do plano alimentar individualizado de acordo com as necessidades de cada um.

Com o intuito de facilitar a comunicação entre os usuários e a seção de nutrição, para comunicações de possíveis alterações de data da consulta, confirmação da data de retorno e encaminhamento de orientações e receitas saudáveis foi disponibilizado um grupo no aplicativo TELEGRAM para os pacientes que desejassem ser incluídos.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do cenário nacional de transição nutricional, em que os novos hábitos alimentares, adquiridos pelas facilidades da vida moderna e por grande influência da *mídia*, somados ao aumento da expectativa de vida com conseqüente elevação do número de casos de sobrepeso e obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis, muitas delas relacionadas diretamente com a baixa qualidade da alimentação, a manutenção de serviços de nutrição na atenção primária é extremamente relevante com o intuito de reduzir impactos das DCNT na atenção terciária.

A implantação da consulta em grupo como “porta de entrada” para o serviço de nutrição da PNN tem apresentado benefícios como redução de barreiras de acesso dos usuários do SSM, diante da baixa disponibilidade de vagas existentes, por meio da abertura de um número de vagas maior do que seria possível caso fossem disponibilizadas somente consultas individuais. Essa nova sistemática de atendimento ainda permitiu a priorização do acesso de casos mais graves, que possivelmente teriam aprazamento para a consulta individual maior do que o atual, bem como a redução do absenteísmo nos atendimentos individuais gerando melhor utilização dos horários disponíveis.

A definição de assuntos específicos em cada consulta nos grupos (consultas 1, 2 e 3) permite que pacientes que não tenham disponibilidade de comparecer às consultas 2 ou 3 sejam remanejados para outro grupo de tratamento, recebendo as mesmas orientações previstas, podendo dar continuidade ao tratamento, e favorecendo o entendimento quanto aos motivos das indicações de mudanças de hábitos. A educação nutricional é capaz de informar e trazer entendimento acerca do que determinadas escolhas alimentares podem trazer de benefício ou malefício para cada um, dando aos pacientes autonomia em suas escolhas.

O aconselhamento nutricional é um desafio devido às dificuldades que os indivíduos possuem em lidar com mudanças de longo prazo, no entanto, até o momento, o retorno trazido pelos próprios pacientes têm demonstrado que os momentos de troca de informações, as dúvidas de outros e os questionamentos realizados no grupo, com a possibilidade de um profissional habilitado a esclarecer tais dúvidas e remover conceitos equivocados têm

contribuído para que as pessoas possam avaliar e reconhecer seus hábitos alimentares e as necessidades de mudanças diante das suas condições de saúde, e tem funcionado como fator motivador e sensibilizador para que sejam capazes de realizar mudanças, ainda que pequenas, que geram grandes benefícios.

A utilização do Guia Alimentar para a população brasileira, ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde pouco conhecida e difundida no Brasil, tem contribuído sobremaneira para a elucidação de dúvidas gerais dos pacientes e colaborado para que o papel de educador do nutricionista seja efetivo. Além disso, por meio dessa ferramenta e dos grupos tem sido possível estimular os pacientes para que as metas traçadas no Plano de Dant 2022-2030, relativas à nutrição, sejam alcançadas.

Sugere-se a manutenção da nova sistemática de atendimento, ainda que ocorra o embarque de outro profissional nutricionista na PNN, em virtude dos benefícios já observados. No entanto, será fundamental o monitoramento dos resultados e a utilização de competências técnicas e interpessoais que serão cruciais para o bom entrosamento da equipe, buscando valorizar a flexibilidade, o aprendizado contínuo, a autonomia e a habilidade em lidar com as diferenças. Uma escuta ativa que estimule a participação de cada membro da equipe, desde aqueles responsáveis pela marcação das consultas até os próprios profissionais que realizarão os atendimentos em grupo e os individuais e a manutenção de um bom relacionamento, tratamento justo, respeitoso e ético podem ser capazes de motivar cada colaborador a entender a necessidade de manutenção da nova sistemática, com o objetivo único de contribuir para que a PNN promova saúde aos usuários, alcançando a excelência na atenção primária.



## 5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA-BITTENCOURT, P. A. *et al.* Estratégias de Atuação do Nutricionista em Consultoria Alimentar e Nutricional da Família. *Revista de Nutrição*, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 919–927, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/xfD9WYXZSYC6VNSzSv4WCNS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2023.

AFSHIN, A. *et al.* Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, [S. l.], v. 393, p. 1958–1972, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(19\)30041-8/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(19)30041-8/fulltext#%20) Acesso em: 30 out. 2023.

ALVES, C. G. L. *et al.* Competências do Nutricionista para a Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. e320304, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/QVjwm5Nbp3xSHsxwtkjdwnB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2023.

BLEIL, S.I. *et al.* O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cadernos de Debate*, São Paulo, v. 6, 1998. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3322764/mod\\_resource/content/1/o-padroo-alimentar-ocidental-consideracoes-sobre-a-mudanca-de-habitos-no-brasil.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3322764/mod_resource/content/1/o-padroo-alimentar-ocidental-consideracoes-sobre-a-mudanca-de-habitos-no-brasil.pdf). Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_alimentacao_nutricao.pdf). Acesso em: 15 jul. 2023

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) Brasil 2011-2022 Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília-DF 2011 Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em 15 jul.2023.

BRASIL. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. DGPM-401: Normas para Assistência Médico Hospitalar. Rev3-Mod5. Rio de Janeiro, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view). Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. DSM-2006: Manual de Programas de Saúde da Marinha. Rio de Janeiro, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2021: 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 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas>. Acesso em 15 jul.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]. Brasília, 2021b. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf). Acesso em: 22 out 2023

CANELA, D.S. *et al.* Consumo de hortaliças e sua relação com alimentos ultraprocessados no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52:50, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mpNDDFxBDBjFth78tmPhVGD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2023.

CAVALCANTE, J. L. R. *et al.* Perspectiva e desafios de nutricionistas vinculados ao núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (nasf-ab). *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 4, n. 5, p. 20528–20535, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/36761>. Acesso em: 15 out. 2023.

COELHO, C. de F. *et al.* Impacto de um programa de intervenção para mudança do estilo de vida sobre indicadores de aptidão física, obesidade e ingestão alimentar de indivíduos adultos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 21–27, 2012. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/676>. Acesso em: 15 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Disponível em: <http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=600>. Acesso em: 15 jul. 2023.

FARIAS, C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 190-204, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/190-204/pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

FARIAS, C. M. L. *et al.* Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2239, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2239>. Acesso em: 15 out. 2023.

JAIME, P. C.; SANTOS, L. M. P. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. *Divulg. saúde debate*, p. 72-85, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em 15 jul. 2023.

MALLARINO, C. *et al.* Advertising of ultra-processed foods and beverages: children as a vulnerable population. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47,5, p. 1006-1010, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rQpr5MvJbFnY3ksFx9pgGMp/?lang=en>. Acesso em: 20 out. 2023.

PINHO, C. P. S. *et al.* Consumo de Alimentos Protetores e Preditores do Risco Cardiovascular em Adultos do Estado de Pernambuco. *Revista De Nutrição*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 341-351, 2012. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rn/a/MfXwD4yBpnqW6rTXfJgHqTz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2023.

SANTIN, F. *et al.* Food Consumption Markers and Associated Factors in Brazil: Distribution and Evolution, brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. *Cadernos De Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, supl. 1, p. e00118821, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vhwPpwVtLhLVMLvS6mVhw9s/#>. Acesso em: 20 out. 2023.

SILVA, E. A. *et al.* A importância do nutricionista na atenção primária na prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v.7 n.10, p.1539-151546, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2679>. Acesso em: 22 out. 2023.

SOUZA, R. K. de; V. BACKES. Autopercepção do Consumo Alimentar e Adesão aos dez Passos para Alimentação Saudável entre Universitários de Porto Alegre, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 25, n. 11, p. 4463-4472, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZzMLsShvSMNPwPttjKqtGSC/>. Acesso em: 15 out. 2023.

TRISTÃO, F.I. *et al.* Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absenteísmo dos usuários. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 54-61, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15134>. Acesso em: 20 out. 2023.

ZUCCOLOTTO, A. C. D.; PESSA, R. P. Impacto de um programa de educação nutricional em adultos: antropometria e mudanças alimentares. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 12, n. 70, p. 253-264, 2018. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/690>. Acesso em: 23 out. 2023.