

Consumo alimentar de usuários de uma Clínica-Escola de Nutrição do interior paulista

Food consumption of users of a School of Nutrition Clinic in the interior of São Paulo

Camila Ferraz Marinho¹, Márcia Aparecida Silva Beltrame¹, Karen Kathellin Ferreira¹, MSc. Joseane Almeida Santos Nobre², Glenys Mabel Caballero Córdoba¹

¹Faculdade de Americana – FAM

²Universidade Federal de Viçosa – UFV

Endereço para correspondência: Camila Ferraz Marinho -camilaferrazmarinho@hotmail.com

Palavras-chave

Perfil alimentar
Doenças Crônicas não
Transmissíveis
Macronutrientes
Micronutrientes

Introdução: Os maus hábitos alimentares adotados pela população brasileira, provenientes do consumo de alimentos hipercalóricos e de baixo valor nutricional, têm refletido diretamente na saúde e no estado nutricional das pessoas, aumentando ou agravando a prevalência de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis. **Objetivo:** Determinar o perfil de usuários atendidos em uma clínica-escola de nutrição. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e analítico. A análise de 96 prontuários foi utilizada como base deste estudo. Recordatórios de 24 horas que constavam nos prontuários dos pacientes, com idade entre 40 e 59 anos, foram utilizados, além de respostas da anamnese. Os nutrientes avaliados foram: carboidratos, proteínas, lipídios, cálcio, zinco, ferro, magnésio, sódio e fibras, sendo os valores encontrados comparados com o preconizado pelas *Dietary Reference Intakes* - DRIs (Ingestão Dietética de Referência - IDR). **Resultados:** A maior procura pelos serviços da clínica-escola de nutrição foi de mulheres (80,2%); entre 40 e 50 anos (62,5%); com excesso de peso (94,8%) e com pelo menos uma doença crônica relatada (83,35%). Quanto ao consumo alimentar, as mulheres apresentaram um consumo significativamente menor de fibras e ferro ($p=0,045$ e $p=0,012$, respectivamente), quando comparado ao dos homens. Um consumo inadequado dos nutrientes avaliados conforme os valores de EAR foi encontrado para ferro (19,8%; $n=19$), magnésio (88,54%, $n=85$) e zinco (39,58%; $n=38$). **Conclusão:** Conclui-se que a alimentação dos usuários atendidos por uma clínica-escola de nutrição caracterizou-se por baixa ingestão de ferro e fibra entre as mulheres, quando comparada à dos homens. O consumo de sódio foi superior ao estabelecido no valor máximo tolerável (UL) das recomendações de ingestão de nutrientes. O consumo energético foi indiferente quanto ao estado nutricional, o que pode promover o agravamento do estado nutricional na população.

Keywords

Food profile
Chronic Non-communicable
Diseases
Macronutrients
Micronutrients

Introduction: The poor eating habits adopted by the Brazilian population, coming from hypercaloric foods and low nutritional value, have directly reflected on health and nutritional status, increasing or aggravating the prevalence of obesity and chronic non-communicable diseases. **Objective:** To determine the profile of users served at a Clinical School of Nutrition. **Materials and methods:** This is a cross-sectional study, observational, descriptive and analytical data. The analysis of 96 records were used as basis for this study. 24-hour reminders that appeared in patients' charts, aged between 40 and 59 years, were used, in addition to anamnesis responses. The evaluated nutrients were carbohydrates, proteins, lipids, calcium, zinc, iron, magnesium, sodium and fibers; being the values found compared to that recommended by the Dietary Reference Intakes. **Results:** The highest demand for the services of the nursing school clinic was for women (80.2%); Between 40 and 50 years old (62.5%); with overweight (94.8%) and with at least 1 chronic illness reported (83.35%). Regarding food consumption, women presented significantly lower intakes of fiber and iron ($p = 0.045$ and $p = 0.012$, respectively), when compared to men. An inadequate intake of nutrients evaluated according to the RAS values were found for iron (19.8%; $n = 19$); Magnesium (88.54%, $n = 85$) and zinc (39.58%, $n = 38$). **Conclusion:** Women presented lower iron intake; both sexes had higher sodium intakes than UL. The consumption of carbohydrates and lipids was high, being above the recommended limits.

INTRODUÇÃO

A modificação da alimentação do brasileiro dos últimos 35 anos, conforme estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, demonstrou um aumento de consumo de produtos industrializados, ultraprocessados e de alimentação fora do lar, e como consequência houve queda do consumo de frutas e hortaliças¹.

Essa alteração do padrão alimentar provocou o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade e a queda da desnutrição, a denominada transição nutricional². Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas ao aumento do peso tais como diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemias, entre outras, também aumentaram sua prevalência nos últimos anos³.

A abordagem multiprofissional é uma importante ferramenta para o tratamento desse tipo de paciente, em que nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, entre outros profissionais, conseguem atuar de várias maneiras durante o tratamento dos pacientes, sendo muito comum em faculdades por meio de suas clínicas-escolas, onde o atendimento à população é debatido com supervisores, docentes, profissionais, visando ao melhor atendimento do paciente⁴.

Dentre as clínicas-escolas que mais se destacaram na literatura, encontram-se as de psicologia e medicina⁵. Entretanto, ainda existem poucos resultados em relação às clínicas-escolas de nutrição⁶. Os atendimentos oferecidos pelas clínicas têm como objetivo a capacitação do aluno, estudante em formação, que ali recebe treinamento e orientação na forma de supervisão nos atendimentos clínicos, oferecidos gratuitamente ou a baixo custo^{7,8}.

Para maior eficiência nos atendimentos é imprescindível conhecer as características da população que busca pelo atendimento na clínica-escola⁹. Faz-se necessário entender cada vez melhor o perfil do paciente atendido, que busca esse tipo de serviço de uma forma espontânea, para que os nutricionistas consigam, na verdade, elaborar melhores protocolos para o atendimento desses¹⁰. Diante disso, o objetivo desse estudo foi determinar o consumo alimentar de usuários de uma clínica-escola de nutrição do interior paulista.

MÉTODOS

O estudo realizado foi transversal, observacional, descritivo e analítico. Os dados para sua elaboração foram

obtidos do primeiro Recordatório de 24h (R24h) de prontuários de pacientes atendidos em uma clínica-escola de nutrição, situada na cidade de Americana – SP. Adultos, de ambos os gêneros, entre 40 e 59 anos de idade, com ou sem patologias relatadas, constituíram o critério de inclusão para a amostra desse estudo. Excluíram-se pacientes usuários de medicamentos para inibição de apetite, gestantes e lactantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, sob o CAAE 44765515.1.0000.5374.

Até o desenvolvimento do estudo, a clínica-escola possuía 2038 pacientes cadastrados. Para a seleção da amostra, optou-se pelo critério probabilístico, de amostragem simples aleatória com reposição de unidades. Os prontuários foram numerados de 1 a 2038, e realizou-se o sorteio dos prontuários participantes, excluindo os que não apresentavam os critérios de inclusão, até obter 96 prontuários.

Para o cálculo da composição química do cardápio do paciente foi utilizado o programa DietSmart, usando como padrão a tabela do USDA (*United States Department of Agriculture* – Departamento de Agricultura dos Estados Unidos). Os nutrientes avaliados foram: carboidrato, lipídio, proteína, fibras, cálcio, ferro, sódio, magnésio e zinco, além do valor energético. Os valores de referências propostos pelas *Dietary Reference Intakes- DRIs* (Ingestão Dietética de Referência- IDR)¹¹⁻¹⁵ foram utilizados para verificar se os pacientes realizavam o consumo abaixo da EAR/AI (Necessidade Média Estimada/Ingestão Adequada); entre a EAR/AI e a RDA (Ingestão Média Recomendada); ou entre a RDA e a UL (Nível Superior ao Tolerável de Ingestão)¹⁶.

Outras variáveis foram coletadas dos prontuários dos pacientes. Foram elas: sexo, idade, presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), quantidade de morbidades referidas na primeira consulta e estado nutricional. Para determinação do estado nutricional, consideraram-se os pontos de corte do Índice de Massa Corporal (IMC) propostos pela Organização Mundial de Saúde¹⁸.

Os dados foram apresentados em média, desvio padrão, frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi realizado para detectar a normalidade (ou não) dos dados. Para verificar a diferença entre as médias de dois grupos independentes, utilizaram-se o teste t de Student e o teste de Mann-Whitney. Foram considerados valores significantes aqueles com resultados de $p < 0,05$. Os softwares Epi Info (versão 7.2) e SPSS (versão 19) foram utilizados para a análise dos dados.

RESULTADOS

O grupo amostral do estudo foi constituído por 96 pacientes de ambos os sexos, com faixa etária entre 40 e 59 anos. A maior parte da amostra foi composta por mulheres (n=77; 80,2%), com idade entre 40 e 50 anos (n=55; 57,3% predominando a população com obesidade (n=55; 57,3%). A hipertensão arterial foi a doença crônica não transmissível mais encontrada entre os usuários da clínica-escola (n=32; 33,3%). A maioria dos usuários atendidos relataram sofrer de uma doença crônica, pelo menos (n=36; 37,5%). Os dados estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos usuários de uma clínica escola de nutrição do interior paulista. Americana-SP. 2015.

Indicadores	N	%
Faixa etária		
40 a 50 anos	60	62,5
51 a 59 anos	36	37,5
Gênero		
Feminino	77	80,2
Masculino	19	19,8
Classificação nutricional		
Eutrofia	5	5,2
Sobrepeso	36	37,5
Obesidade	55	57,3
Principal DCNT* referida		
Hipertensão	32	33,3
Diabetes Mellitus	16	16,6
Dislipidemias	21	21,9
Número de doenças por paciente		
Nenhuma	16	16,65
Uma	36	37,5
Duas	18	18,75
Três ou mais	26	27,1

*DCNT: Doença Crônica Não Transmissível

Ao analisar o consumo de energia, macronutrientes e minerais – que se encontram destacados nas tabelas 2, 3 e 4 –, foi possível identificar que não houve diferença estatisticamente significativa quanto a nenhuma das variáveis analisadas (com exceção de ferro e energia, entre os sexos), quando avaliado segundo o sexo, o estado nutricional e a presença ou não de doenças crônicas não transmissíveis.

A tabela 5 indica consumo acima dos valores recomendados para carboidratos (n=73; 76,02%), baixo consumo de fibras totais (n=90; 93,75%), inadequação quanto ao consumo de cálcio entre a grande maioria dos usuários (n=85; 85,42%), consumo acima dos níveis tolerados de sódio em aproximadamente 1/5 dos usuários (n=18; 18,765); também é possível verificar consumo inadequado de magnésio na maioria da população (n=88; 88,54%). Já o

consumo de zinco atingiu os valores superiores aos estabelecidos na EAR/RDA em 60,42% (n=58) dos pacientes da clínica-escola.

Tabela 2. Consumo de energia, macronutrientes, minerais e fibras, de usuários de uma clínica escola de nutrição do interior paulista, segundo o sexo. Americana/SP. 2015.

Variáveis	Feminino	Masculino	p value
	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	
Energia (kcal)	1514,46±444,28	1530,3±419,97	0,584 ^b
Carboidrato (g)	174±70,69	171,63±38,89	0,689 ^b
Proteína (g)	70,88±28,42	74,21±28,9	0,063 ^b
Lípidios (g)	61,71±32,88	51±26,72	0,193 ^b
Fibra (g)	13,94±7,74	19,31±17,43	0,045 ^{#a}
Cálcio (mg)	608,77±597,36	538±261	0,610 ^a
Ferro (mg)	10,72±3,83	14,51±10,56	0,012 ^{#a}
Sódio (mg)	1858,95±1034,59	1412,3±522,43	0,552 ^a
Magnésio (mg)	205,97±95,62	252,47±224,49	0,168 ^b
Zinco (mg)	8,84±4,19	11,28±8,93	0,083 ^b

Legenda

\bar{x} = média aritmética; dp=desvio-padrão amostral

$p < 0,05$

^a Teste t de Student

^b Teste de Mann-Whitney

Tabela 3. Consumo de energia, macronutrientes, minerais e fibras, de usuários de uma clínica escola de nutrição do interior paulista, segundo o estado nutricional. Americana/SP. 2015.

	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	p value
	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	
Energia	1329,2±388,08	1540,03±418,55	1520±456,44	0,116 ^b
Carboidrato (g)	156,25±77,96	163,49±54,56	181,78±70,68	0,540 ^b
Proteína (g)	64,76±26,46	66,26±19,84	75,61±32,74	0,186 ^b
Lípidios (g)	50,18±10,43	62,21±33,70	58,75±32,16	0,795 ^b
Fibras (g)	19±16,39	14,35±4,56	15±12,59	0,807 ^a
Cálcio (mg)	420,68±310,46	505,41±237,48	669,1±684,76	0,310 ^a
Ferro (mg)	8,82±2,24	11±3,79	11,99±7,15	0,560 ^a
Sódio (mg)	1767±1051,4	1572,37±637,26	1901,35±1126,44	0,827 ^a
Magnésio (mg)	189,31±39,54	195,45±75,96	230,44±160,81	0,577 ^b
Zinco (mg)	7,02±3,37	8,62±4,43	10±6,17	0,313 ^b

Legenda

\bar{x} = média aritmética; dp=desvio-padrão amostral

^a Teste t de Student

^b Teste de Mann-Whitney

Tabela 4. Consumo de energia, macronutrientes, minerais e fibras, de usuários de uma clínica escola de nutrição do interior paulista, segundo a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Americana/SP. 2015.

Variáveis	Sem DCNT $\bar{x} \pm dp$	Com DCNT $\bar{x} \pm dp$	p value
Energia	1490±416,25	1531,4±450,26	0,663 ^b
Carboidrato (g)	159,95±56,41	180,41±68,96	0,172 ^b
Proteína (g)	70,26±23,34	72,18±30,78	0,953 ^b
Lipídios (g)	56,12±34,36	59,84±30,9	0,677 ^b
Fibra (g)	15,97±8,16	14,57±10,83	0,752 ^a
Cálcio (mg)	484,36±264,45	649,98±638,32	0,209 ^a
Ferro (mg)	10,81±3,58	11,80±6,81	0,901 ^a
Sódio (mg)	1688,42±669,51	1808,83±1083,98	0,959 ^a
Magnésio (mg)	189,40±72,59	228,06±151,17	0,329 ^b
Zinco (mg)	8±3,54	9,98±6,16	0,833 ^b

Legenda

DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis)

 \bar{x} = média aritmética; dp = desvio-padrão amostral^a Teste t de Student^b Teste de Mann-WhitneyTabela 5. Adequação dos níveis de consumo recomendados pelas *Dietary Reference Intakes (DRIs)*, dos usuários de uma clínica escola de nutrição do interior paulista. Americana. 2015.

	< EAR n (%)	≥ EAR/AI e ≤ RDA/AI n (%)	> RDA/AI e < UL n (%)	≥ UL n (%)
Carboidrato	9 (9,4)	14 (14,58)	73 (76,02)	*
Proteína	19 (19,8)	77 (80,2)	*	*
Fibras totais	*	6 (6,2)	*	*
Cálcio	82 (85,42)	5 (5,3)	7 (7,3)	2 (2,08)
Ferro	21 (21,88)	52 (54,17)	23 (23,95)	0
Sódio	**	46 (47,91)	32 (33,33)	18 (18,76)
Magnésio	85 (88,54)	4 (4,16)	2(2,08)	5 (5,22)
Zinco	38 (39,58)	11 (11,46)	47 (48,96)	0 (0)

Legenda:

* Carboidratos e proteínas: Valores disponíveis somente de EAR.

Considerou-se 100g como valor de EAR e 130g como o valor de RDA, para carboidratos; Fibras: apresentam somente os valores de RDA. Os demais usuários (n=90; 93,75%) apresentaram valores inferiores a 25g (mulheres) e 38g (homens).

** Sódio: Não possui valores de EAR

DISCUSSÃO

O consumo de ferro e fibras alimentares foi significativamente maior entre os homens, quando comparado ao consumo entre as mulheres; porém, ambos

os sexos apresentaram ingestão superior ao limite máximo tolerável (UL) de sódio, o que é de grande relevância, uma vez que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a doença crônica não transmissível mais prevalente entre os usuários da clínica-escola. Destaca-se ainda, a similaridade no consumo energético entre os diferentes estados nutricionais, o que pode promover o agravamento do ganho de peso e da obesidade, já prevalente entre os pacientes da clínica-escola.

A principal função do ferro no organismo é participar da formação da hemoglobina, porém este micromineral possui inúmeras outras funções de importância, como servir de catalisador da oxidação, nas células e nas moléculas livres de heme e atuar como constituinte das diástases oxidantes (catalase, peroxidase, citocromos), intervindo em numerosas reações de oxidação, por meio das quais se libera energia dos constituintes alimentares¹⁷.

Assim, a necessidade aumentada, a baixa ingestão, a absorção ineficiente e as perdas sanguíneas podem levar ao desenvolvimento da anemia ferropriva¹⁸. Ressalta-se, também, a questão da biodisponibilidade do ferro, que não foi objeto deste trabalho, mas é de grande relevância, já que pode existir o consumo de alimentos que reduzem a sua absorção, ou até maior quantidade de fontes alimentares de ferro não heme em detrimento do ferro heme na alimentação cotidiana.

A orientação nutricional e a fortificação de alimentos, como no caso das farinhas de trigo e milho e seus derivados, que já é obrigatória no Brasil, são consideradas ações preventivas para o desenvolvimento de anemia ferropriva, segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁸.

Os dados do Inquérito Nacional de Alimentação da Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009 foram avaliados por Araújo et. al (2013) quanto ao consumo de energia e nutrientes. Os resultados corroboram os achados desse estudo, já que os pesquisadores encontraram que a maioria dos brasileiros avaliados também possuíam um alto consumo energético. Os autores também encontraram maior prevalência de inadequação de ferro entre as mulheres, atribuindo esta diferença ao maior consumo de carnes vermelhas pelos homens¹⁹.

Além do ferro, outro constituinte mineral que apresentou baixo consumo entre as mulheres foram as fibras. Esse componente é importante para a melhoria do trato intestinal, saciedade, aumento da viscosidade do conteúdo intestinal, redução do colesterol plasmático e redução do tempo de trânsito intestinal na região do intestino grosso, dentre outras funções²⁰. O menor consumo de fibras também foi relatado entre pacientes diabéticos e hipertensos, sendo que estes últimos, foram prevalentes em

nosso estudo. Estudo publicado em 2015 por Lima e colaboradores foi desenvolvido com 2482 indivíduos, sendo que 66,5% desses eram hipertensos, e apresentou como resultado o baixo consumo de fibra dietética pela população e uma alta inadequação dos hábitos alimentares. Em nosso estudo, o percentual de hipertensos foi o mais prevalente, assim como a inadequação do consumo de fibras, principalmente entre as mulheres.

Contrapondo ao ferro e a fibra, tem-se a ingestão elevada de sódio e calorias, além da alta prevalência de hipertensão arterial. Estes três possuem uma intrínseca relação entre eles, já que o consumo elevado de sódio e o excesso de peso são fatores de risco para o desenvolvimento ou a piora da pressão arterial sistêmica.

A orientação para a redução do consumo de sal foi a segunda mais citada por adultos entrevistados sobre o recebimento de orientação sobre o consumo alimentar, em uma pesquisa publicada em 2013. Dentre os 12.402 entrevistados, 16,3% afirmaram apresentar hipertensão arterial; e destes, 73,3% também já ter recebido orientações sobre a redução do consumo de sal²¹.

O Brasil faz parte do quadro de países inscritos na Estratégia de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com metas estabelecidas para os anos de 2011 e 2122. Dentre estas estratégias, está a redução da comercialização e do consumo de sódio em produtos industrializados. A meta global da OMS é uma redução relativa de 30% do consumo per capita/diário. O relatório publicado em junho de 2016, entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais, indicou que o alcance da meta proposta foi atendido em 80,8% dos produtos no primeiro termo de compromisso, e 99,0% no segundo termo de compromisso com as indústrias do setor alimentício²².

O monitoramento, portanto, mostrou resultados positivos e fortalecedores da estratégia para redução do consumo de sódio pela população, fazendo do Brasil um país de referência para essa agenda nas Américas, junto à Argentina e ao Canadá. Mais informações sobre os alimentos monitorados e os resultados encontrados podem ser vistos na Figura 3, juntamente com outras ações relacionadas à promoção da alimentação saudável²³.

Deve-se ressaltar que as clínicas-escolas representam uma parte importante do aprendizado do estagiário que consegue de forma prática trazer para a sua rotina escolar os conhecimentos obtidos na teoria e vivenciar um pouco da realidade de sua futura vida profissional²⁴. Além disso, é um local aberto para atendimento de toda a população, onde os serviços prestados são de baixo custo ou totalmente gratuitos, beneficiando grande parte da população, principalmente as de baixa renda⁷.

No caso das clínicas-escolas de nutrição, esse atendimento de baixo custo ou gratuito oferecido para a população é importante, pois uma orientação nutricional e um acompanhamento clínico adequado são fundamentais para a prevenção e o controle de doenças, além da promoção de uma vida mais saudável²⁵.

Em grande parte dos estudos realizados em clínicas-escolas, mesmo que de outras especialidades, a procura pelo atendimento é predominantemente de mulheres^{24,25}. Muitas vezes, essa população busca atendimento preventivo, antes do agravamento de doenças e comorbidades associadas, evitando a piora do estado nutricional e da saúde no geral.

Conclui-se que a alimentação dos usuários atendidos por uma clínica-escola de nutrição caracterizou-se por baixa ingestão de ferro e fibra entre as mulheres, quando a ingestão foi comparada à dos homens. O consumo de sódio foi superior ao estabelecido no valor máximo tolerável (UL) das recomendações de ingestão de nutrientes. O consumo energético foi indiferente quanto ao estado nutricional, o que pode promover o agravamento do estado nutricional na população.

REFERÊNCIAS

1. Levy RB, Claro RM, Mondini L, Sichieri R, Monteiro CA. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):6-15.
2. Perez Cueto Eulert A, Almanza-López M, Pérez-Cueto J, Eulert M. *Estado nutricional y características de la dieta de un grupo de adolescentes de la localidad rural de Calama, Bolivia*. *INDUSTRIA ALIMENTARIA (MEXICO)*. 2010;32(1):20-6.
3. da Silva Sousa A, Kling MRS, Navarro F. A importância da orientação e reeducação nutricional no tratamento da obesidade. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2012;1(5).
4. Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:1685-98.
5. Amaral AEV, Luca L, Rodrigues TdC, Leite CdA, Lopes FL, Silva MAd. Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. *Boletim de Psicologia*. 2012;62:37-52.
6. Pimenta CDZ, Paixão MPCP. Análise da Adesão da Terapêutica Nutricional Proposta aos Pacientes Atendidos na Clínica Integrada de Nutrição de Uma Faculdade Particular em Vitória-ES. *Saúde e Pesquisa*. 2012;6(1).
7. Oliveira TRPR, Pereira CG. Perfil de Pacientes que Procuram a Clínica de Nutrição da PUC MINAS e Satisfação quanto ao Atendimento. *Percurso Acadêmico*. 2014.

8. Alves MDA, Costa WC, Sequeira BJ. Fatores que influenciam na busca do atendimento psicológico na Clínica-Escola da Faculdade Cathedral. *Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde*. 2014(4).
9. de Souza FP, Santos DdFG, Vivian AG. Motivos da busca de atendimento psicológico em uma clínica-escola da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS—Pesquisa documental. *Consultores* 2014. 2014;43(44):24-36.
10. Callejon KS, Colucci Paternez ACA. Adesão ao tratamento nutricional por pacientes atendidos na clínica de nutrição docente-assistencial da universidade municipal de são caetano do sul (uscs) adherence to nutritional treatment among clinical of nutrition clients in the university of São Paulo. *Rev Bras Ciên Saúde/Revista de Atenção à Saúde*. 2010;6(17).
11. Institute of Medicine. *Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride*. Washington (DC): National Academy Press; 1997.
12. Institute of Medicine. *Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc*. Washington (DC): National Academy Press; 2002.
13. Institute of Medicine. *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids*. Washington (DC): National Academy Press; 2005.
14. Institute of Medicine. *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids*. Washington (DC): National Academy Press; 2005.
15. Institute of Medicine. *Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate*. Washington (DC): National Academy Press; 2004.
16. Padovani RM, Amaya-Farfán J, Colugnati FAB, Domene SMA. *Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais*. *Revista de Nutrição*. 2006;19(6):741-760.
17. Germano, R.M.A.; Canniatti - Brazaca, S.G. *Importance of iron in human nutrition*, *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v.24, p.85-104, dez., 2002.
18. Rodrigues, Lilian P.; Jorge, S. R. P. F. Deficiência de ferro na mulher adulta. *Rev Bras Hematol Hemoter*, v. 32, n. 2, p. 49-52, 2010.
19. Araujo, Marina Campos et al. Consumo de macronutrientes e ingestão inadequada de micronutrientes em adultos. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. suppl. 1, p. 177-189, 2013.
20. De Mattos, Lúcia Leal; MARTINS, Ignez Salas. Consumo de fibras alimentares em população adulta. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, p. 50-55, 2000.
21. Silva, S. M. et al. Recebimento de orientação sobre consumo de sal, açúcar e gorduras em adultos: um estudo de base nacional. *Rev Bras Epidemiol*, v. 16, n. 4, p. 995-1004, 2013.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos básicos de saúde).
23. Malta, Deborah Carvalho et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Cien Saude Colet*, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, 2014.
24. Benito GAV, Tristão KM, Paula ACSFd, Santos MAd, Ataíde LJ, Lima RdCD. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012; 65:172-8.
25. Oliveira, Tatiana Resende Prado Rangel; PEREIRA, Crislei Gonçalves. Perfil de Pacientes que Procuram a Clínica de Nutrição da PUC MINAS e Satisfação quanto ao Atendimento. *Percurso Acadêmico*, p. 268-282, 2014.

Submissão: 13/11/2015

Aprovado para publicação: 04/05/2017