

PERFIL DE SAÚDE DE PACIENTES DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO EM RONDONÓPOLIS-MT

HEALTH PROFILE OF PATIENTS AT THE NUTRITION SERVICE IN RONDONÓPOLIS-MT

PERFIL DE SALUD DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN DE RONDONÓPOLIS-MT

 *Juliana Rosa Salvador da Cunha*¹,  *Bárbara Grassi Prado*² e  *Sabrina Neves Casarotti*³

RESUMO

O objetivo foi caracterizar as condições de saúde dos pacientes acometidos por doenças crônicas não transmissíveis e atendidos no Ambulatório de Nutrição da rede municipal de saúde. Estudo transversal a partir da análise de 729 prontuários eletrônicos de pacientes, de maio a setembro de 2019 e 2020. Analisou-se sexo, idade, cor, data da primeira consulta, número de agendamentos de consultas, período, faltas em consulta, peso e altura, pressão arterial diastólica e sistólica, glicemia em jejum, perfil lipídico e comorbidades. Resultados apontam para pacientes adultos (65,5%) e do sexo feminino (74%) com parâmetros bioquímicos normais, exceto colesterol total e glicemia de jejum. Excesso de peso mais prevalente entre os adultos e redução do IMC entre a primeira e última consultas. A maioria apresentou de duas a quatro comorbidades. Menor número de atendimentos e mais faltas em 2020. Esse estudo fornece subsídios para otimizar e implementar adequações no serviço, a fim de responder de forma mais apropriada às necessidades de saúde da população.

Descritores: *Assistência Ambulatorial; Comorbidade; COVID-19; Doenças Crônicas não Transmissíveis; Estado Nutricional.*

ABSTRACT

The objective was to characterize as health conditions of patients affected by chronic non-communicable diseases and treated at the nutrition service of the municipal health network. Cross-sectional study based on the analysis of 729 electronic medical records of patients from May to September 2019 and 2020. Gender, age, color, date of first consultation, number of appointments scheduled, period, missed appointments, weight and height were analyzed, diastolic and systolic blood pressure, fasting blood glucose, lipid profile and comorbidities. Results point to adult (65.5%) and female (74%) patients with normal biochemical parameters, except for total cholesterol and fasting glucose. Excess weight more prevalent among adults and reduction in BMI between the first and last consultation. Most had two to four comorbidities. Lower number of appointments and more absences in 2020. This study provides benefits to optimize and implement adjustments in the service, in order to respond more appropriately to the health needs of the population.

Descriptors: *Ambulatory Care; Comorbidity; COVID-19; Noncommunicable Diseases; Nutritional Status.*

RESUMEN

El objetivo fue caracterizar las condiciones de salud de los pacientes afectados por enfermedades crónicas no transmisibles y atendidos en el Ambulatorio de Nutrición de la red municipal de salud. Estudio transversal basado en el análisis de 729 historias clínicas electrónicas de pacientes de mayo a septiembre de 2019 y 2020. Se analizó sexo, edad, color, fecha de primera consulta, número de citas programadas, período, citas perdidas, peso y talla, presión arterial diastólica y sistólica, glucemia en ayunas, perfil lipídico y comorbidades. Los resultados apuntan a pacientes adultos (65,5%), mujeres (74%) con parámetros bioquímicos normales, excepto colesterol total y glucosa en ayunas. Exceso de peso más prevalente entre adultos y reducción del IMC entre la primera y la última consulta. La mayoría tenía de dos a cuatro comorbidades. Menor número de citas y más ausencias en 2020. Este estudio brinda beneficios para optimizar e implementar ajustes en el servicio, con el fin de responder de manera más adecuada a las necesidades de salud de la población.

Descritores: *Atención Ambulatoria; Comorbilidad; COVID-19; Enfermedades Crónicas No Transmisibles; Estado Nutricional.*

¹ Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, MT - Brasil. 

² Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, MT - Brasil. 

³ Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, MT - Brasil. 

INTRODUÇÃO

As modificações sociais e econômicas, o envelhecimento e a urbanização levaram a importantes mudanças no estilo de vida da população nas últimas décadas. Como consequência, houve aumento da prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que são, atualmente, as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e doenças respiratórias crônicas são as principais DCNT; porém, obesidade, doenças musculoesqueléticas, como alterações posturais e dores, hipertensão arterial e dislipidemia também são consideradas neste grupo de doenças^{1,2}.

No mundo, cerca de 74% dos óbitos são relacionados às DCNT. No Brasil, 75% dos óbitos entre pessoas de 30 a 70 anos, em 2019, foram por DCNT e a probabilidade de morte prematura por DCNT foi de 15%. Devido à preocupação global sobre os impactos causados pelas consequências das DCNT, durante a Cúpula de Desenvolvimento Sustentável da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), de 2015, foram criadas metas a serem realizadas até 2030. No contexto da DCNT, a meta é reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de ações de prevenção e tratamento³.

As DCNT estão relacionadas a múltiplas causas e apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, dependendo do autocuidado e do cuidado que o indivíduo recebe dos profissionais de saúde, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades e perda de qualidade de vida. Seu tratamento deve ser contínuo e nem sempre leva à cura. Estas doenças representam custos para o sistema de saúde, uma vez que são responsáveis por uma parcela significativa das internações e demais intervenções intrahospitalares, além de absenteísmo, aposentadorias precoces e morte da população economicamente ativa⁴.

As DCNT possuem fatores de risco em comum e modificáveis, como excesso de peso, tabagismo, sedentarismo, inatividade física e má alimentação⁴. Sendo assim, é crucial adotar hábitos saudáveis de vida, incluindo a alimentação saudável, de forma a contribuir na promoção à saúde e prevenção e tratamento destas doenças⁵. Neste contexto, o profissional nutricionista é essencial no cuidado nutricional, produzindo resultados satisfatórios na perda e manutenção do peso saudável⁶.

Recentemente, além das já reconhecidas implicações à saúde, as DCNT foram associadas com o agravamento e complicações da COVID-19, uma doença causada pelo novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2⁷. Segundo dados do Ministério da Saúde, 61% das pessoas que evoluíram para óbito, devido ao SARS-CoV-2, possuíam alguma comorbidade, sendo a cardiopatia a principal comorbidade associada, seguida de diabetes⁸. Como consequência da pandemia, muitos serviços de saúde foram suspensos ou tiveram sua oferta reduzida a fim de reduzir aglomerações e a propagação do coronavírus. Além disso, em virtude às incertezas da doença, a procura por serviços de saúde reduziu devido ao elevado risco de contágio⁹.

Dessa forma, considerando o prejuízo à saúde dos indivíduos causado pelas DCNT e o seu impacto social, este estudo teve como objetivo caracterizar as condições de saúde dos pacientes acometidos por DCNT e atendidos no Ambulatório de Nutrição da rede municipal de saúde. Além disso, o atendimento no período anterior e durante a pandemia foram comparados, de forma a contribuir com o serviço e com futuros estudos nos impactos da pandemia sobre o atendimento nutricional. Assim sendo, considerando que até este momento nenhum estudo acerca das características dos pacientes atendidos no ambulatório de nutrição foi realizado na instituição, foi delineada a presente pesquisa.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de caráter quantitativo e de natureza analítica. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Rondonópolis, com o parecer número 4.880.907, CAAE: 48281421.9.0000.0126.

O estudo foi realizado em um centro de especialidades da rede municipal de saúde, que fornece atendimento de especialidades médicas e nutricional gratuito à comunidade, mediante agendamento na Unidade Básica de Saúde, fornece orientações e condutas nutricionais na alimentação saudável/ou tratamento e controle de patologias de cada indivíduo, considerando-se suas necessidades nutricionais.

O estudo compreendeu a análise de prontuários eletrônicos de pacientes atendidos pelo serviço de Nutrição nos meses de maio a setembro dos anos de 2019 e 2020. A coleta de dados se deu durante o mês de agosto de 2021. Foram incluídos todos os prontuários que apresentaram pelo menos um registro de atendimento nutricional nos meses de maio a setembro de 2019 e/ou 2020, e foram excluídos os que não contiveram registro deste atendimento neste período e/ou que foram pertencentes à pacientes menores de 18 anos ou gestantes.

Considerando que a coleta de dados foi realizada em período pandêmico, foram empregadas medidas para evitar a transmissão do vírus. Assim, os equipamentos e materiais utilizados foram higienizados com álcool 70% e, durante a utilização de materiais impressos, foi empregado o uso de luvas para a sua manipulação durante a coleta dos dados.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento previamente elaborado, contendo as seguintes informações: sexo, idade, cor, data da primeira consulta realizada no período, número de agendamento de consultas e consultas realizadas no período, número de faltas em consulta ou absenteísmo ambulatorial no período, peso e altura (coletados na primeira e última consulta realizada no período), pressão arterial diastólica (PAD) e sistólica (PAS), glicemia em jejum, perfil lipídico e comorbidades. Os parâmetros bioquímicos (glicemia, colesterol e suas frações, triglicerídeos) foram coletados de acordo com a sua disponibilidade no sistema interno de informação do estabelecimento de saúde.

A partir do peso e da altura, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo orientações da OMS¹⁰. A classificação do estado nutricional dos pacientes adultos foi determinada de acordo com a classificação antropométrica da OMS¹⁰ e a classificação do estado nutricional dos pacientes idosos por Lipschitz¹¹.

Os dados coletados foram tabelados utilizando o Microsoft Excel[®]. A análise dos dados foi realizada no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0. As variáveis categóricas (sexo, faixa etária, cor, comorbidades, estado nutricional) foram descritas através das frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas (idade, IMC, pressão arterial, glicemia em jejum e perfil lipídico) foram descritas por meio de mediana, mínimo e máximo, devido à distribuição assimétrica, identificado através do teste *Kolmogorov Smirnov* para variáveis quantitativas, considerando nível de significância de 5%. Para a comparação dos grupos de categorias de IMC, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal Wallis, ao nível de significância de 5%. Para verificar se houve diferença significativa do IMC, entre primeira e última consulta, foi utilizado o teste não paramétrico para amostras dependentes ou pareadas de *Wilcoxon* para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram analisados os prontuários de 729 pacientes, sendo 74,9% do sexo feminino, 65,5% adultos e 67,4% se autodeclararam de cor parda (Tabela 1).

A mediana de idade dos pacientes atendidos foi de 52 anos (mínimo: 18 e máximo: 94), e as medianas da PAS e da PAD foram de 120 mmHg (mínimo: 70 e máximo: 220) e 80 mmHg (mínimo: 40 e máximo: 140), respectivamente (Tabela 2).

Os exames bioquímicos estavam disponíveis em 89,4% dos prontuários eletrônicos. A glicemia de jejum teve mediana de 102 mg/dl (mínimo: 59 e máximo: 423), caracterizando hiperglicemia. Quanto ao perfil lipídico, as medianas encontradas para colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL e triglicerídeos foram 194,0 mg/dl (mínimo: 64,00 e máximo: 1196,0), 46,0 mg/dl (mínimo: 15,0 e máximo: 100,0), 110,0 mg/dl (mínimo: 12,0 e máximo: 468,0) e 141,0 mg/dl (mínimo: 34,0 e máximo: 844,0), respectivamente (Tabela 2).

Tabela 1: Características biológicas dos indivíduos atendidos no Ambulatório de Nutrição. Rondonópolis, 2019-2020.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	546	74,9
Masculino	183	25,1
Faixa etária		
18 a 59 anos	478	65,5
60 ou mais anos	251	34,5
Cor		
Branco	127	18,0
Pardo	475	67,4
Preto	77	10,9
Amarelo	26	3,7

Fonte: elaboração própria.

Durante a triagem, 2,6% (n=19) dos pacientes não realizaram a aferição do peso ou altura, devido à mobilidade reduzida, impossibilitando a classificação do estado nutricional pelo IMC. A mediana obtida para o IMC na primeira consulta foi de 32,0 kg/m² (mínimo: 14,0 e máximo: 61,0) e apenas 30,9% dos pacientes que passaram por atendimento nutricional se apresentaram no retorno para dar continuidade ao tratamento. Foi identificada redução da mediana de IMC de 32,0 kg/m² para 29,4 kg/m² entre a primeira e última consultas (Tabela 2). Apesar da melhoria do estado nutricional, após aplicar o teste não paramétrico para amostras dependentes ou pareadas de *Wilcoxon*, não foi identificada diferença significativa (p=0,456) de IMC entre as consultas.

Tabela 2 - Características de saúde dos indivíduos atendidos no Ambulatório de Nutrição. Rondonópolis, MT, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	n	Mediana	Mínimo-máximo	IQ
Idade (anos)	729	52,0	18-94	38,0-63,0
PAS (mmHg)	726	120,0	70-220	110,0-140,0
PAD (mmHg)	726	80,0	40-140	60,0-80,0
Colesterol total (mg/dl)	644	194,0	64-1196	162,0-225,75
HDL-c (mg/dl)	644	46,0	15-100	38,0-55,0
LDL-c (mg/dl)	622	110,5	12-468	85,7-140,0
Triglicerídeos (mg/dl)	645	141,0	34-844	96,5-200,0
Glicemia de jejum (mg/dl)	663	102,0	59-423	92,0-127,0
IMC (kg/m ²) 1º atendimento	710	32,0	14,0-61,0	28,0-36,0
IMC (kg/m ²) retorno	220	29,4	14,9-54,1	26,5-34,7

Legenda: PAS- Pressão Arterial Sistólica; PAD- Pressão Arterial Diastólica; HDL-c – *high density lipoproteins*; LDL-c – *Low density lipoproteins*; IMC – Índice de Massa Corporal.

Fonte: elaboração própria.

Observou-se que 2,6% dos indivíduos foram classificados como desnutridos, 15,6% eutróficos e 81,8% apresentavam excesso de peso. Ao considerar o estado nutricional para cada faixa etária de forma isolada, 87,9% dos adultos foram classificados como tendo excesso de peso, e essa frequência foi de 70,1% entre os idosos (dados não apresentados em tabela).

Ao aplicar o teste não paramétrico de Kruskal Wallis, ao nível de significância a 5% (Tabela 3), foi observado que os grupos de categorias de IMC apresentaram diferenças significativas (p<0,05) para colesterol total, HDL, triglicerídeos, PAS e PAD. Os grupos não diferiram significativamente para glicemia de jejum (p=0,055) e LDL-c (p=0,151).

Tabela 3 - Comparação inferencial dos níveis de IMC para parâmetros bioquímicos e níveis pressóricos dos indivíduos atendidos no Ambulatório de Nutrição, Rondonópolis, MT, Brasil, 2019-2020.

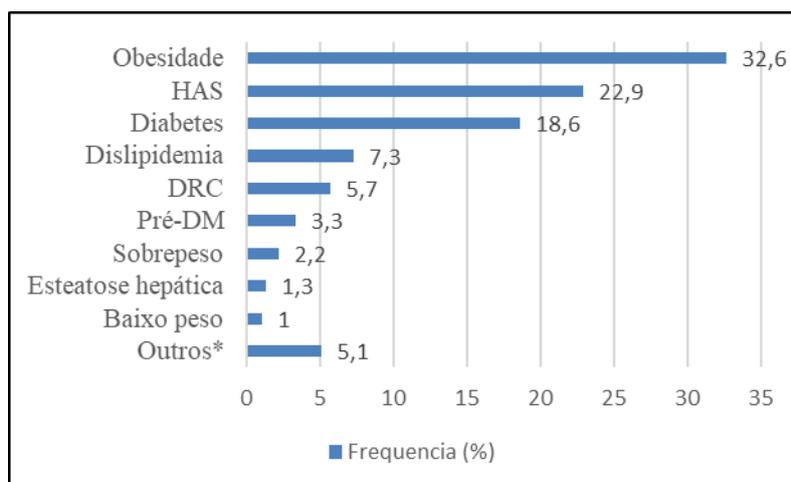
Variáveis	Baixo Peso (n=16)		Eutrófico (n=80)		Excesso de peso (n=614)		valor p*
	Mediana	IQ	Mediana	IQ	Mediana	IQ	
CT (mg/dl)	160,0 ^b	151,0-188,5	195,0 ^a	163,0-237,0	194,0 ^a	164,0-224,0	0,027
HDL-c (mg/dl)	54,0 ^a	46,0-60,5	46,0 ^b	38,3-59,5	46,0 ^b	38,0-54,0	0,023
LDL-c (mg/dl)	93,0 ^a	81,0-120,0	109,0 ^a	78,0-151,0	112,0 ^a	87,0-140,0	0,151
TG (mg/dl)	72,0 ^b	55,5-84,0	147,0 ^a	87,5-211,0	144,0 ^a	102,0-201,0	<0,001
GJ (mg/dl)	95,0 ^a	84,0-111,0	108,0 ^a	89,8-172,0	102,0 ^a	92,0-123,0	0,055
PAS (mmHg)	110,0 ^c	100,0-120,0	120,0 ^b	110,0-140,0	130,0 ^a	120,0-140,0	<0,001
PAD(mmHg)	60,0 ^b	60,0-70,0	70,0 ^b	60,0-80,0	80,0 ^a	70,0-90,0	<0,001

Legenda: a,b,c: Letras diferentes na mesma linha indicam diferença significativa pelo teste de Kruskal Wallis ($p < 0,05$). IQ: intervalo de confiança; CT: colesterol total; TG: triglicerídeos; GJ: glicemia de jejum; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

Fonte: elaboração própria.

A maioria dos participantes da pesquisa apresentou de duas a quatro comorbidades (Figura 1). Entre as principais comorbidades identificadas, estão as DCNT, entre elas, obesidade (32,6%), HAS (22,9%), DM (18,6%) e dislipidemia (7,3%).

Ao total, foram realizados 729 atendimentos, sendo 589 atendimentos (80,8%) no ano de 2019 e 140 (18,2%) em 2020. Em 2019 foram registradas 245 faltas (29,54%) de um total de 834 agendamentos e 72 faltas (33,96%), de um total de 212 agendamentos em 2020.

Figura 1 - Frequência de patologias relatadas pelos pacientes em prontuário. Rondonópolis, MT, Brasil, 2019-2020.

Legenda: HAS: hipertensão arterial sistêmica; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes mellitus. *Outros: motivos indicados para consulta com frequência menor que 1% - hiperuricemia, hernia, doença cardiovascular, constipação, gastrite, lúpus, colecistectomia, anemia, hipotireoidismo, síndrome do intestino irritável, megaesôfago chagásico, ganho muscular, ileíte distal, talassemia minortideoidite, acidente vascular cerebral, câncer de estômago, ansiedade, diarreia, doença pulmonar obstrutiva crônica, febre reumática, paralisia cerebral, síndrome do ovário policístico, veganismo/vegetarianismo, cirrose, osteoporose, baixa imunidade, angioplastia.

Fonte: elaboração própria.

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes atendidos no período estudado é do sexo feminino, evidenciando que as mulheres se mostram mais preocupadas com a saúde e com fatores relacionados à alimentação e nutrição. Esse achado é similar ao relatado por Pereira et al.¹² que, ao caracterizar o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de nutrição de uma clínica escola em São Luís –MA, relataram que 74,1% também eram do sexo feminino.

As medianas da PAS e da PAD indicam que a pressão arterial da amostra pode ser classificada como normal¹³. A mediana da glicemia de jejum da amostra foi caracterizada como hiperglicemia. O estudo

desenvolvido por Iser et al.¹⁴ buscou avaliar a prevalência de pré-diabetes e hiperglicemia em adultos brasileiros e apontou que 7,5 a 17,5% dos adultos brasileiros apresentaram hiperglicemia. O resultado foi diretamente relacionado com excesso de peso, assim como o aumento da circunferência abdominal, a presença de hipertensão arterial e o baixo colesterol HDL associados à maior prevalência de pré-diabetes/hiperglicemia intermediária¹⁴.

Em relação ao perfil lipídico, apenas a mediana de colesterol total foi classificada como elevada, de acordo com parâmetros propostos por Faludi et al.¹⁵. O estudo de Ribeiro e Shauren¹⁶, realizado com 57 participantes em um ambulatório de saúde em Santa Maria-RS, identificou que a maioria deles apresentou hipercolesterolemia (50,9%) e baixo HDL (59,6%). Por outro lado, segundo os autores, os demais parâmetros do perfil lipídico apresentaram-se dentro das faixas de normalidade, resultados semelhantes ao da presente pesquisa.

A mediana de IMC obtida para a primeira consulta neste estudo foi de 32 kg/m², o que indica excesso de peso. A maioria dos idosos do estudo era eutróficos, o que pode estar relacionado ao próprio processo do envelhecimento, uma vez que existe a redistribuição da composição corporal, fazendo com que exista redução de peso entre os idosos¹⁷. Por outro lado, a maioria dos adultos apresentou excesso de peso. A partir de resultados dos inquéritos populacionais de saúde, é possível identificar que excesso de peso está presente na maior parte da população brasileira (55,4%)⁷. Esse perfil nutricional pode estar associado com o consumo alimentar da população. Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), disponibilizada em 2018, houve aumento do consumo de açúcar de adição, seja açúcar de mesa ou adicionado em alimentos industrializados e ultraprocessados, baixa ingestão de vitaminas e minerais e baixa ingestão de frutas, legumes e verduras pela população (22,9%)^{18,19}. Outro ponto importante é que o fato de se tratar de um ambulatório de nutrição, o excesso de peso pode ser o principal motivo da procura por atendimento, como também relatado por Ribeiro e Shauren¹⁶.

No presente estudo, apesar de não significativa, houve redução de IMC entre a primeira e última consultas. No estudo de Jesus et al.²⁰, foi comparado o IMC de 51 pacientes antes e após o atendimento nutricional no período de 30 a 90 dias. Os autores concluíram que a alimentação com restrição calórica foi responsável pela redução média de 5% do peso corporal dos pacientes, contribuindo para a melhoria de parâmetros marcadores de inflamação, como proteína C-reativa, colesterol total, triglicerídeos e hemoglobina glicosilada.

Para os exames bioquímicos, observou-se que os grupos de IMC eutrófico e excesso de peso não apresentaram diferença significativa ($p > 0,05$) entre si para as variáveis colesterol total e triglicerídeos; porém, esses grupos diferiram significativamente ($p < 0,05$) do grupo de IMC baixo peso. De acordo com Valença et al.²¹, as alterações do colesterol total e triglicerídeos estão relacionadas à alimentação, principalmente sobre o consumo inadequado de gorduras saturadas, gorduras *trans*, colesterol, carboidratos e de excessiva quantidade de calorias. Essas alterações podem ser encontradas em um padrão alimentar com quantidade aumentada de alimentos ultraprocessados. Caetano et al.²² observou que o excesso de peso está relacionado com consumo de produtos ultraprocessados, hipercalóricos, com alto teor de açúcares e gorduras e baixo teor de fibras. Dessa forma, as alterações de colesterol total e triglicerídeos se relacionam com o ganho de peso.

Foi encontrada diferença estatística para HDL-c ($p < 0,05$) entre o grupo baixo peso e os grupos eutrófico e excesso de peso. Apesar dos valores de mediana encontrados nos três grupos de IMC serem classificados como normalidade¹⁵, é possível identificar que, para baixo peso, o HDL-c se apresenta em maior valor quando comparado aos dois outros grupos de IMC. Valença et al.²¹ descrevem HDL-c e colesterol total sendo inversamente proporcionais e identificam alimentos fontes de gorduras monoinsaturadas e ômega-3 como protetores à saúde, relacionado-os com a redução de colesterol total, LDL-c, triglicerídeos e aumento da HDL-c.

Apesar de não ter sido encontrada diferença estatística entre os grupos para a glicemia de jejum, a nível de significância de 5%, observou-se esta diferença a nível de significância de 10%, uma vez que o valor de p foi 0,055. Dessa forma, a elevação da glicemia de jejum está relacionada com a elevação do IMC.

Para os níveis pressóricos, foi observado que os três grupos de IMC apresentaram diferença significativa ($p < 0,05$) entre si para a PAS, sendo diretamente proporcional ao aumento dos valores de PAS e IMC. Já para a PAD, houve diferença significativa ($p < 0,05$) apenas para o grupo de IMC excesso de peso em relação aos demais grupos de IMC. O estudo de Lima et al.²³ analisou 277 obesos em uma clínica de Aracaju-SE e observou correlação positiva entre IMC e os níveis pressóricos (PAS e PAD). Ou seja, o aumento do IMC está relacionado com o aumento das pressões arteriais. Também foram encontradas correlações entre circunferência de cintura e razão cintura-quadril com os níveis pressóricos. Corrêa et al.²⁴ explicam que a distribuição da gordura corpórea, com foco na adiposidade abdominal, está relacionada com o risco de morbidades como doenças cardiovasculares, resistência à insulina e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Os pacientes deste estudo relataram uma ou mais patologias para intervenção nutricional, que se enquadram na classificação de DCNT. O inquérito populacional Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), identificou no Brasil maior prevalência de HAS (24,5%), seguida de obesidade (20,3%) e diabetes (7,4%), em 2020. Estudos revelam a relação das DCNT com hábitos de vida, como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, consumo abusivo de álcool^{7,19,22}. Os alimentos ultraprocessados estão relacionados com o excesso de peso e o desenvolvimento de comorbidades crônicas como diabetes, HAS, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer, uma vez que possuem quantidades elevadas de açúcar livre, gordura total, *trans* e saturada e teores reduzidos de fibras²².

Diversos estudos sobre DCNT, como diabetes e HAS, concordam que entre as formas de prevenção estão a adoção de hábitos saudáveis, a partir da prática de atividade física, controle do peso, alimentação saudável, ingestão reduzida de sódio e aumentada de potássio, redução do consumo do álcool, controle de fatores psicossociais, consumo de suplementos alimentares, combate ao tabagismo e espiritualidade^{13,25}. No presente estudo, fica evidente o baixo percentual de consultas de retorno, o que pode ser um fator negativo para o processo de reeducação alimentar, cessando vínculo entre profissional e paciente.

Nesse estudo, ficou evidente a maior quantidade de atendimentos nutricionais realizados em 2019 em relação ao ano de 2020. Essa discrepância pode ser explicada pelas medidas de segurança para controle da disseminação do SARS-CoV-2 em 2020, que incluíram a suspensão de agenda no serviço nos meses de maio e julho de 2020, mediante a gravidade da pandemia, e o retorno ao atendimento com 50% da agenda habitual, o que significou a redução de atendimento de 20 para 10 pessoas por dia. Silva, Moroço e Carneiro⁹ relataram a redução do volume de atendimentos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP durante o período pandêmico, seguindo as medidas sanitárias para prevenção de contágio pelo coronavírus. A pesquisa de Monteiro et al.²⁶, realizada em ambulatório de oncologia, afirma que as medidas de prevenção do COVID-19 são necessárias, porém a falta de assistência dos pacientes pode gerar impacto na sobrevivência desses pacientes. A redução de atendimentos, diagnósticos, procedimentos cirúrgicos e tratamento pode trazer agravos negativos e mortalidade futuramente.

Em relação às faltas, observou-se que elas foram superiores no ano de 2020 em comparação ao ano de 2019. Apesar de terem sido superiores em 2020, a quantidade de faltas em 2019 também é preocupante e pode ter ocorrido devido à falha na comunicação entre serviço e usuário, agendamento em horário de trabalho, bem como esquecimento, adocimento e dificuldade de transporte²⁷. A insegurança causada pela pandemia do COVID-19, o receio da população em contrair o vírus, pode ser um dos motivos citados como justificativa da falta ao agendamento²⁸. As faltas às consultas agendadas causam prejuízo ao serviço, tanto do ponto de vista financeiro quanto sobre a fila de espera, devido à necessidade de remarcação da consulta.

A ausência do acompanhamento ambulatorial pode ainda se relacionar ao aumento de atendimentos em unidades de emergência devido à agudização da condição crônica²⁹. Uma revisão integrativa de literatura³⁰,

sobre absenteísmo dos pacientes em consultas ambulatoriais, cita um estudo desenvolvido na Argentina, onde associaram, em sistema integrado de prontuários eletrônicos, os dados dos pacientes faltosos dos atendimentos de especialidades médicas com a procura em pronto socorro e mortalidade com agravos das patologias em hospital de alta complexidade. Foi identificado o absenteísmo de 20% em especialidades médicas, desses, 10% foram associados a agravamentos e mortalidade nos serviços de pronto-socorro e hospital. O estudo de Normando et al.²⁸, realizado no Brasil, identificou a redução do número de internações e o aumento da taxa de mortalidade causada por doença cardiovascular no Sistema Único de Saúde (SUS) devido à redução da assistência de saúde cardiovascular no período da pandemia de COVID-19. Esses dados mostram a importância do atendimento ambulatorial sobre a prevenção de agravamentos das patologias já instaladas.

Baptista et al.³⁰ apresentaram estratégias realizadas por diversos serviços de saúde pelo mundo para prevenir as faltas. Entre elas, a técnica de *overbooking* foi utilizada em estudo nos Estados Unidos e no Brasil. Para isso, foi calculada a probabilidade de faltas e, posteriormente, o valor encontrado foi adicionado à quantidade de vagas disponíveis, otimizando a sistematização de agendamentos, o que pode constituir estratégia no município.

É importante destacar que os serviços ofertados pelo município, por meio do SUS, podem auxiliar na prevenção ou redução de agravos decorrentes das alterações bioquímicas associadas às DCNT. Ações de prevenção de doenças e promoção da saúde devem ser prioridades, uma vez que a utilização de serviços de saúde de nível secundário e terciário geram gastos públicos e repercussões sociais e econômicas. A possível incapacidade dos pacientes pode levar à aposentadoria precoce e/ou insuficiência no trabalho, elevando a vulnerabilidade econômica, social e a autonomia dos pacientes. E neste ínterim, o governo, por meio do plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 direciona ações para a prevenção dos fatores de risco e para a promoção da saúde da população, amenizando as desigualdades em saúde^{5,31}.

Portanto, o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde, servirão de escopo para este enfrentamento³¹, corroborando com as demandas observadas neste estudo.

CONCLUSÃO

A população atendida no ambulatório de nutrição caracterizou-se predominantemente por mulheres adultas, que se declararam de cor parda. Foram observados normalidade nos níveis pressóricos a partir da mediana da PAS e da PA. Quanto aos exames bioquímicos, apenas glicemia de jejum e colesterol apresentaram alterações, sendo classificados como hiperglicemia e hipercolesterolemia, respectivamente. O estado nutricional melhorou ao se comparar a primeira e a última consultas, e os adultos apresentaram maior prevalência de excesso de peso do que os idosos. As principais patologias relatadas foram obesidade, HAS e diabetes. O atendimento nutricional foi influenciado pela pandemia, com redução no número de atendimentos realizados, além do aumento percentual de faltas pelos usuários do ambulatório.

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, os prontuários eletrônicos podem conter informações incompletas ou inconsistentes, impactando a confiabilidade dos dados e prejudicando a precisão das conclusões. Vale ressaltar que essa limitação é usual em estudos retrospectivos e que utilizam registros de prontuários. Além disso, foram observados que alguns prontuários apresentavam informações incompletas, sobretudo aquelas relacionadas aos dados dos exames laboratoriais de colesterol total e suas frações, glicemia de jejum e IMC no retorno. Por fim, a seleção dos pacientes acometidos por DCNT, que procuraram atendimento no ambulatório, pode introduzir um viés de seleção, tornando os resultados não necessariamente representativos de toda a população afetada por essas condições. Estudos futuros, combinando dados de prontuários com outros métodos de coleta de dados, como entrevistas ou questionários, poderão enriquecer as

informações e proporcionar uma visão mais completa das condições de saúde dos pacientes. Adicionalmente, é interessante realizar estudos prospectivos que permitirão um acompanhamento mais detalhado dos pacientes ao longo do tempo.

Ao identificar as condições de saúde da população assistida pelo serviço de nutrição, esse estudo torna possível otimizar e implementar adequações no serviço, a fim de responder de forma mais apropriada às necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Porto TNRS, Cardoso CLR, Balduino LS, Martins VS, Alcântara SML, Carvalho DP. Prevalência do Excesso de Peso e Fatores de Risco para a Obesidade em Adultos. REASEJACH. 2019;22:1-11.
2. Souza EB. Transição Nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. Cadernos UniFOA. 2017;5(13):49-53.
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases - Progress Monitor. Geneva: World Health Organization, 2022. 225 p.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2014. 162 p.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2014. 214 p.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2013. 160 p.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: 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 2019. Ministério da Saúde; 2020.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 58: doença pelo coronavírus COVID-19. Ministério da Saúde. 2021.
9. Silva NCA, Carneiro PS, Moroço DM. O impacto da pandemia de COVID-19 no atendimento eletivo: experiência de um hospital de nível terciário e Centro de Referência para a doença. Rev Qualidade HC. 2021;2:70-80.
10. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. World Health, 1995.
11. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care. 1994;21(1):55-67.
12. Pereira VFGB, Mendes RSO, Dias PP, Coimbra LMPL. Perfil de pacientes atendidos no Ambulatório de Nutrição de uma Clínica Escola em uma universidade particular de São Luís –MA. Rev Cereus. 2021;13(1):127-37.
13. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658.
14. Iser BPM, Pinheiro PC, Malta DC, Duncan BD, Schmidt MI. Prevalência de pré-diabetes e hiperglicemia intermediária em adultos e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde. Ciên Saúde Col. 2021;26(2):531-40.
15. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Neto AA, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq Bras Cardiol. 2017;109(2):1-76.
16. Ribeiro JD, Schauen BC. Relação entre parâmetros antropométricos, bioquímicos e estilo de vida de indivíduos atendidos em um ambulatório de saúde. Uningá Journal. 2021;58:1-11.
17. Scortegagna SA, Pichler NA, Bettinelli, Migot AMB. O cuidado na multidimensionalidade do envelhecimento humano. Passo Fundo: Méritos, 2015. 59-74p.
18. Brasil. Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. Brasília: DOU, 2020.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
20. Jesus KCR, Pinho CPS, Arruda IKG, Diniz AS, Rodrigues IG. Impacto da restrição calórica no perfil metabólico e parâmetros antropométricos com excesso de peso. RBONE. 2020;43(3):355-62.
21. Valença SEO, Brito ADM, Dilva DCG, Ferreira FG, Novaes JF, Longo GZ. Prevalência de dislipidemias e consumo alimentar: um estudo de base populacional. Ciên Saúde Col. 2021;26(11):5765-76.
22. Caetano VC, Alvim BF, Silva BEC, Ribeiro RS, Neves FS, Luquetti SCPD. Consumo de alimentos processados e ultraprocessados em indivíduos adultos com excesso de peso. HU Revista. 2017;43(4):355-62.

23. Lima JS, Bezerra LA, Gomes RMOP, et al. Correlação entre indicadores antropométricos de obesidade e níveis pressóricos. *BJHR*. 2021;4(4):14725-35.
24. Corrêa MM, Facchini LA, Thumé E, Oliveira ERA, Tomasi E. Habilidade da razão cintura-estatura na identificação de risco à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2019;53-66.
25. Sociedade Brasileira de Diabetes-SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. São Paulo: Clannad, 2019.
26. Monteiro MCC, Pantoja RE de L, Miranda AL de A, Couceiro F de AV, Magalhães LW, Cruvinel MMC, et al. Impacts of the COVID-19 pandemic on the diagnosis, care and mortality of oncological patients in Brazil: a literature review. *Res Soc Develop*. 2021;10(13):350101321235.
27. Farias MLF, Giovanella L, Oliveira AE, Neto ETS. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(5):190-204.
28. Normando PG, Araujo-Filho JA, Fonseca GA, Rodrigues REF, Oliveira VA, Hajjar LA, et al. Redução na hospitalização e aumento na mortalidade por doenças cardiovasculares durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):371-80.
29. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Neto TS. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafios para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1015-30.
30. Baptista SCPD, Juliani CMCM, Lima SGS, Martin LB, Silva KAB, Cirne MR. O absenteísmo dos pacientes em consultas ambulatoriais: revisão integrativa de literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:1-9.
31. Ministério da Saúde (BR). 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.