

Perfil e evolução do estado nutricional de pacientes que frequentam um ambulatório de nutrição do Sul do Brasil

Profile and challenges of nutritional status of patients attending an out patient nutrition southern Brazil

Dandolini Saccon, Tatiana¹; Doumid Borges Pretto, Alessandra²; Guimarães César, Josi¹; Demoliner, Fernanda¹; Ribeiro Bampi, Suely¹; Fagundes Conter, Leila³; Bandeira Andersson, Giovana³; Nunes Moreira, Ângela⁴

1 Mestranda do Programa de Pós Graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas, RS.

2 Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, RS.

3 Professora Assistente da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, RS.

4 Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal de Pelotas, Professora Adjunta da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, RS.

Recibido: 16/diciembre/2014. Aceptado: 14/octubre/2015.

RESUMO

Introdução: O acompanhamento nutricional e modificações nos hábitos de vida são fundamentais para a prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Objetivo: Avaliar o perfil e a evolução do estado nutricional de pacientes atendidos em um Ambulatório de Nutrição do Sul do Brasil.

Métodos: Foi realizado um estudo analítico que utilizou dados secundários, obtidos através da análise dos prontuários dos pacientes atendidos entre janeiro de 2007 e junho de 2012. Foram incluídos no estudo 785 pacientes, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos. As análises estatísticas foram realizadas através do pacote estatístico Stata[®] 11.1 e foram considerados significativos valores de $p \leq 0,05$.

Resultados e discussão: Dos 785 pacientes, 578 (73,7%) era do sexo feminino, com idade média de $46,4 \pm 15,4$ anos. A prevalência de sobrepeso/obesidade foi de mais de 85%, tanto na primeira, quanto na última consulta. Cerca de 18% das mulheres e 20% dos homens melhoraram seu estado nutricional. A porcentagem de perda ou ganho de peso variou significativamente de acordo com o número de consultas ($p = 0,008$), com o intervalo de tempo entre a 1^a e última consulta ($p = 0,012$) e com o IMC inicial ($p = 0,003$). Tanto o IMC inicial quanto o final variaram significativamente de acordo com o sexo ($p = 0,003$ e $0,026$, respectivamente).

Conclusão: Os resultados demonstram a importância da orientação nutricional e da inserção do profissional nutricionista no ambiente ambulatorial, onde a mudança de hábitos deve ser propagada entre os pacientes, diminuindo e prevenindo a ocorrência e as consequências de doenças crônicas.

Correspondencia:

Alessandra Doumid Borges Pretto
alidoumid@yahoo.com.br

PALAVRAS-CHAVE

Prontuários, estado nutricional, atividade física.

ABSTRACT

Introduction: The nutritional and changes in life habits are key to the prevention and treatment of non-communicable chronic diseases.

Objective: To evaluate the characteristics and evolution of the nutritional status of patients seen in an Outpatient Nutrition in Southern Brazil.

Methods: Analytical study using secondary data obtained through analysis of medical records of patients treated between January 2007 and June 2012, 785 patients of both sexes, aged were included in the study was performed 18 years. Statistical analyzes were performed using Stata ® 11.1 and values were considered significant at $p \leq 0.05$.

Results e discussion: Most patients (73.7%) were female, mean age 46.4 ± 15.4 years. The prevalence of overweight / obesity was more than 85% in both the first and in the last query. About 18% of women and 20% men improved their nutritional status. The percentage of loss or weight gain varied significantly according to the number of consultations ($p = 0.008$), with the time interval between the 1st and last visit ($p = 0.012$), and the initial BMI ($p = 0.003$). Both the initial BMI as the final varied significantly according to sex ($p = 0.003$ and 0.026 , respectively).

Conclusion: The results demonstrate the importance of nutritional counseling and insertion of professional dietitian in an outpatient setting, where the change of habits should be propagated among patients, reducing and preventing the occurrence and consequences of chronic diseases.

KEYWORDS

Medical records, nutritional status, physical activity.

LISTA DE ABREVIATURAS

Doenças Crônicas Não Transmissíveis: DCNT.

Universidade Federal de Pelotas: UFPEL.

Índice de Massa Corporal: IMC.

Organização Mundial da Saúde: OMS.

INTRODUÇÃO

A demanda por orientação alimentar tem crescido muito nos últimos anos, face ao diagnóstico precoce das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e ao

reconhecimento da influência da alimentação sobre as mesmas^{1,2}. Dentre as DCNT destaca-se a obesidade, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e associada a várias complicações, tais como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia, aumento da incidência de alguns tipos de câncer e mortalidade precoce³⁻⁵. O excesso de peso e a obesidade atingem mais de 50% da população adulta brasileira⁶. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a obesidade está diretamente relacionada ao surgimento das DCNT e que estas representam a principal causa de mortalidade, sendo responsáveis por 63% de todas as mortes no mundo⁴. Entre as principais causas de DCNT, está a alimentação inadequada⁴.

No Brasil as DCNT correspondem a 62,8% das mortes por causas conhecidas^{7,8}. Vários fatores de risco causam a maioria das mortes por DCNT, como o tabagismo, a obesidade, o consumo excessivo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas, a ingestão insuficiente de frutas e vegetais e o sedentarismo⁷.

Os padrões alimentares da população vêm sendo descritos como fatores de risco para a obesidade e as DCV. Percebe-se um elevado consumo energético e de alimentos fontes de carboidratos simples, gorduras saturadas e sal, assim como dietas com reduzido valor de fibras alimentares¹. No Brasil o consumo de doces e refrigerantes aumenta anualmente, enquanto a de frutas e hortaliças manteve-se estável na última década, não atingindo metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira⁸. A dietoterapia e a reeducação alimentar são indispensáveis no tratamento da obesidade e de suas doenças associadas⁹.

A prática de atividade física propicia uma série de benefícios à saúde, como melhor controle da obesidade, da hipertensão arterial, do diabetes *mellitus*, da hipercolesterolemia, e a melhora da auto-estima¹⁰. A associação entre intervenção nutricional, exercício físico e tratamento comportamental vem mostrando resultados efetivos na redução de peso e modificações favoráveis no perfil metabólico¹¹.

O estilo de vida e as mudanças nos hábitos alimentares são fatores que interferem na manutenção do peso corporal e conseqüentemente nas DCNT. Diante disso, o acompanhamento e cuidado nutricional são importantes para auxiliar os indivíduos na prevenção destas doenças.

Pacientes submetidos a intervenções nutricionais, tanto a curto como a longo prazo, frequentemente têm

baixa adesão ao tratamento¹². O percentual de desistência ao tratamento ambulatorial chega a 69,7%¹³. Independentemente do tipo de acompanhamento nutricional que é proposto, sejam atendimentos em grupo ou consultas individuais, a mudança nos hábitos alimentares ainda é muito limitada¹⁴.

OBJETIVOS

Este estudo teve por objetivo avaliar o perfil e a evolução do estado nutricional de pacientes atendidos em um Ambulatório de Nutrição do Sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, com dados de fonte secundária. Foram analisados prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal (UFPEL) de Pelotas/Rio Grande do Sul/ Brasil no período de janeiro de 2007 a junho de 2012, sendo incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, encaminhados para acompanhamento dietoterápico e excluídos do estudo apenas os pacientes menores de 18 anos de idade. O ambulatório da Nutrição atende semanalmente cerca de 30 pacientes, encaminhados por diversas especialidades médicas. Nele atuam nutricionistas, professores e alunos da Faculdade de Nutrição da UFPEL.

O desfecho do estudo foi à porcentagem de variação de peso entre a primeira e a última consulta no período. As variáveis referentes ao desfecho principal foram agrupadas em três grandes categorias: perda de peso, manutenção e ganho de peso e essas foram subdivididas em sete categorias: perda de peso maior que 10%, perda de peso de 5% a 10%, perda de peso de até 5%, manutenção do peso, ganho de peso de até 5%, ganho de peso de 5 a 10% e ganho de peso maior que 10% do peso inicial.

As informações obtidas dos prontuários de consulta de nutrição foram: sexo, data de nascimento, data da primeira e última consulta, número de consultas no Ambulatório de Nutrição, diagnóstico (diabetes *mellitus*, hipertensão, doenças cardiovasculares, dislipidemia, vírus da imunodeficiência adquirida e outras doenças), história familiar (diabetes *mellitus*, hipertensão, doenças cardiovasculares, dislipidemia, câncer e outras doenças), vícios (tabagistae/ou etilista), funcionamento intestinal (normal, constipação, diarreia), estatura (em metros), peso (em quilos) e prática de atividade física (sim ou não). A análise foi reali-

zada com base na primeira e na última consulta destes pacientes.

O estado nutricional foi determinado de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) 1995-1997 e categorizado em: baixo peso ($IMC \leq 18,4 \text{ Kg/m}^2$), eutrofia (entre 18,5 e 24,9 Kg/m^2), sobrepeso (entre 25 e 29,9 Kg/m^2), obesidade grau I (entre 30,0 e 34,9 Kg/m^2), obesidade grau II (entre 35,0 e 39,9 Kg/m^2) e obesidade grau III ($\geq 40,0 \text{ Kg/m}^2$). O tempo de intervenção foi considerado como o intervalo de tempo (em meses) transcorrido entre a primeira e a última consulta de cada paciente, no período de janeiro de 2007 a junho de 2012, e foi agrupado em quatro categorias: 1 a 5 meses, 6 a 11 meses, 12 a 23 meses e igual ou maior que 24 meses. O número de consultas que os pacientes realizaram no período foi agrupado em quatro categorias: 1 consulta, 2 a 4 consultas, 5 a 9 consultas, maior ou igual a 10 consultas. A idade dos pacientes (em anos) foi calculada a partir da data de nascimento e foi agrupada em quatro categorias: 18 a 34 anos, 35 a 49, 50 a 64 e igual ou maior que 65 anos.

Para avaliar a medida antropométrica peso, foi utilizada uma balança de marca Filizola, com capacidade de 200 kg e precisão de 100g, e para avaliar a estatura, o estadiômetro acoplado a mesma, com capacidade de 2,2 m e precisão de 0,5 cm. A medida foi feita com os indivíduos descalços, em posição ereta, de modo que os olhos formassem um ângulo de 180° com as orelhas.

A prática de atividade física e a presença de vícios foram questionados ao paciente e coletados dos prontuários. O paciente respondia se fazia atividade física, quantas vezes por semana e quanto tempo era despendido para esta prática. Sendo considerado prática regular, aquela praticada diariamente por 30 minutos ou três vezes na semana de 1 hora. A presença de vícios era questionado para o paciente, se o mesmo fumava, bebia ou tinha outros vícios como o uso de drogas.

Os dados foram digitados em banco no *software* Microsoft Excel®, e as análises estatísticas foram realizadas através do pacote estatístico Stata® 11.1, utilizando os Testes de qui-quadrado, Exato de Fisher e de Tendência Linear. Foram considerados níveis de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL sob o número 107.114 e a realização do estudo está em conform-

midade com a Declaração de Helsinque e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

RESULTADOS

Do total de 1030 prontuários analisados, 245 foram excluídos por serem referentes à pacientes menores de 18 anos. Assim, dos 785 pacientes incluídos no estudo, 73,7% era do sexo feminino, com idade média de 46,4 ± 15,4 anos, sendo a idade mínima de 18 e a máxima de 85 anos. Dentre as patologias analisadas, a mais prevalente entre os pacientes avaliados foi a HAS (45,4%). Aproximadamente 52% (413) dos pacientes, apresentava outro tipo de doença, sendo elas: hipo ou hipertireoidismo, doenças hepáticas como hepatite e esteatose hepática, doenças do trato gastrointestinal como gastrite, diverticulite, entre outras, doenças renais como a insuficiência renal crônica, doenças respiratórias como bronquites e rinites, doenças ósseas como osteoporose e osteoartrose, além de transtornos psicológicos como a depressão. (Tabela 1).

Dentre o relato de histórico familiar, as patologias mais prevalentes foram HAS relatada por 59% (463) dos pacientes, seguido por DM (47,6%). Na primeira consulta, 31,6% dos pacientes relatou praticar algum tipo de atividade física e, na última consulta, 38,1% dos pacientes relatou praticar, sendo mais frequente a prática de atividade física na faixa etária de 35 a 49 anos. (Tabela 1)

O número de consultas e o intervalo de tempo entre a primeira e a última consulta, obtiveram medianas de 1,7 a 3,9, respectivamente, sendo o número mínimo de consultas 1 e o máximo 47, e o intervalo mínimo entre a primeira e última consulta 1 e o máximo de 66 meses. (Tabela 2) Dos pacientes, 85% são encaminhados para acompanhamento para perda de peso (dado não apresentado em tabela).

Tabela 1. Caracterização da amostra de pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição de uma universidade de Pelotas, RS, entre janeiro de 2007 e junho de 2012, na primeira (n=785) e última consulta (n=351).

Variáveis n (%)	Pacientes na primeira consulta (n=785) n (%)	Pacientes na última consulta (n=351) n (%)
Diagnóstico		
Diabetes <i>mellitus</i>	241 (30,7)	117 (33,3)
Hipertensão Arterial	357 (45,5)	186 (53)
Doença Cardiovascular	76 (9,7)	38 (10,8)
Dislipidemia	196 (25)	104 (29,6)
AIDS	40 (5,1)	15 (4,3)
Outras doenças ^a	413 (52,6)	191 (54,4)
Histórico familiar		
Diabetes <i>mellitus</i>	374 (47,6)	173 (49,3)
Hipertensão Arterial	463 (59)	195 (55,6)
Doença cardiovascular	233 (29,7)	100 (28,5)
Câncer	116 (14,8)	62 (17,7)
Dislipidemia	76 (9,7)	31 (8,8)
Outras doenças ^b	95 (12,1)	40 (11,4)
Vícios		
Fumo	96 (12,2)	29 (8,3)
Álcool	7 (0,9)	0 (0)
Função intestinal		
Normal	566 (72,1)	253 (72,1)
Constipação	205 (26,1)	94 (26,8)
Diarreia	13 (1,7)	3 (0,9)
Atividade física		
Sim	244 (31,1)	114 (32)
Não	541 (68,9)	242 (68)

^a Hipotireoidismo ou hipertireoidismo, doenças hepáticas como hepatite e esteatose hepática, doenças do trato gastrointestinal como gastrite, diverticulite, entre outras, doenças renais como a insuficiência renal crônica, doenças respiratórias como bronquites e rinites, doenças ósseas como osteoporose e osteoartrose, além de transtornos psicológicos como a depressão.

^b Hipotireoidismo ou hipertireoidismo, doenças hepáticas (cirrose), doenças do trato gastrointestinal (diverticulite, gastrite), doenças renais (insuficiência renal crônica).

Tabela 2. Porcentagem de variação do peso entre a primeira e última consultas de pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição de uma universidade de Pelotas, RS, entre janeiro de 2007 e junho de 2012, de acordo com o número de consultas, tempo de intervenção e estado nutricional na primeira consulta (n=351).

Porcentagem de variação de peso				
	Mediana (%)	Intervalo interquartil (%)	Mínimo/máximo (%)	p*
Número de consultas				0,008
2 a 4	-1,79	-9,79; 4,71	-14,94/ 42,71	
5 a 9	-3,20	-18,75; 3,79	-22,52/ 12,53	
≥ 10	-4,20	-11,93; 10,72	-15,81/ 20,61	
Tempo de intervenção				0,012
1 a 5 meses	-1,70	-10,71; 5,66	-16,68/ 42,71	
6 a 11 meses	-3,12	-16,61; 2,47	-21,98/ 12,53	
12 a 23 meses	-3,64	-10,34; 8,37	-22,53/ 20,61	
≥ 24 meses	-3,9	-11,93; 1,64	-15,81/ 10,72	
Estado nutricional na 1ª consulta				0,003
Baixo peso	3,81	11,84; 0,60	-0,59/ 12,53	
Eutrofia	-0,66	-4,88; 4,30	-8,72/ 20,61	
Sobrepeso	-2,36	-9,79; 6,94	-16,62/ 11,75	
Obesidade grau I	-2,04	-14,95; 4,71	-22,53/ 42,71	
Obesidade grau II	-3,14	-9,89; 0,49	-21,42/ 2,92	
Obesidade grau III	-1,48	-10,21; 1,72	-18,75/ 4,16	

* Teste de Tendência linear.

Aproximadamente 55% (434) dos pacientes não retornou após a primeira consulta. Dos 351 pacientes que retornaram à primeira consulta, 76% (267) era do sexo feminino. A maioria dos pacientes que consultaram de 2 a 4 vezes no serviço (62,3%), e que tiveram intervalo de 1 a 5 meses entre a primeira e última consulta (59,9%) apresentou perda de peso de até 5%. Entretanto, 45,7% dos pacientes que consultaram mais de 10 vezes e 50% dos pacientes cujo intervalo entre a primeira e última consulta foi maior do que dois anos, apresentaram perda de mais de 5% do seu peso inicial e, 33% dos que apresentaram intervalo entre as consultas maior do que 24 meses, perderam mais que 10% do peso.

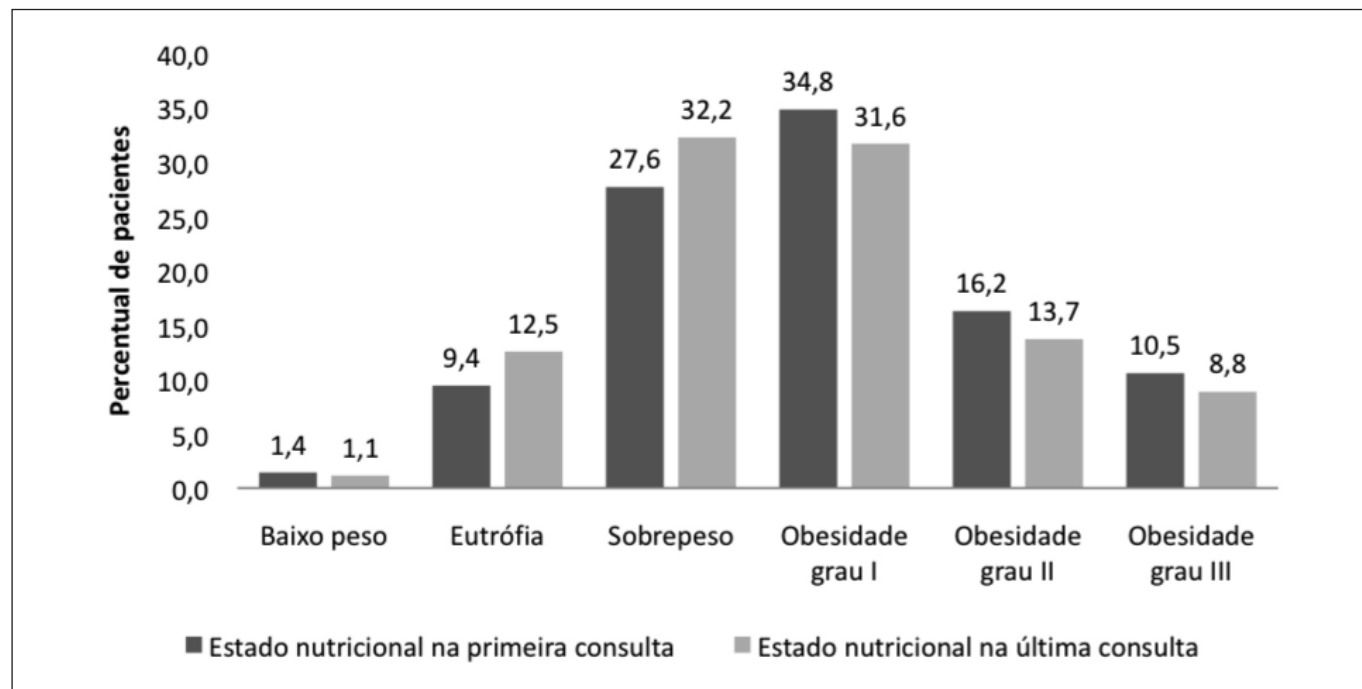
A mediana da variação de peso e da porcentagem de variação de peso foram de - 1,8 kg e - 2,1%Kg, res-

pectivamente (Tabela 2). Na primeira consulta 57,5% eram obesos. A porcentagem de perda ou ganho de peso variou significativamente de acordo com o IMC inicial ($p = 0,02$).

Tanto o IMC inicial quanto o final variaram significativamente de acordo com o sexo ($p = 0,003$ e $0,026$, respectivamente). A maioria das mulheres apresentava obesidade grau 1 na primeira (35%) e na última consulta (34%), enquanto a maioria dos homens apresentava sobrepeso em ambas consultas (36 e 28%, respectivamente). Entretanto, um maior percentual de homens apresentou-se eutrófico na última consulta (21% dos homens comparados a 10% das mulheres). (Figura 1).

O IMC final variou significativamente de acordo com a idade, 45% dos pacientes com mais de 65 anos apre-

Figura 1. Proporção de pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição de uma Universidade de Pelotas, RS, entre janeiro de 2007 e junho de 2012, conforme o estado nutricional de acordo com o Índice de massa corporal (IMC, OMS 1995-1997), na primeira e última consulta (n=351).

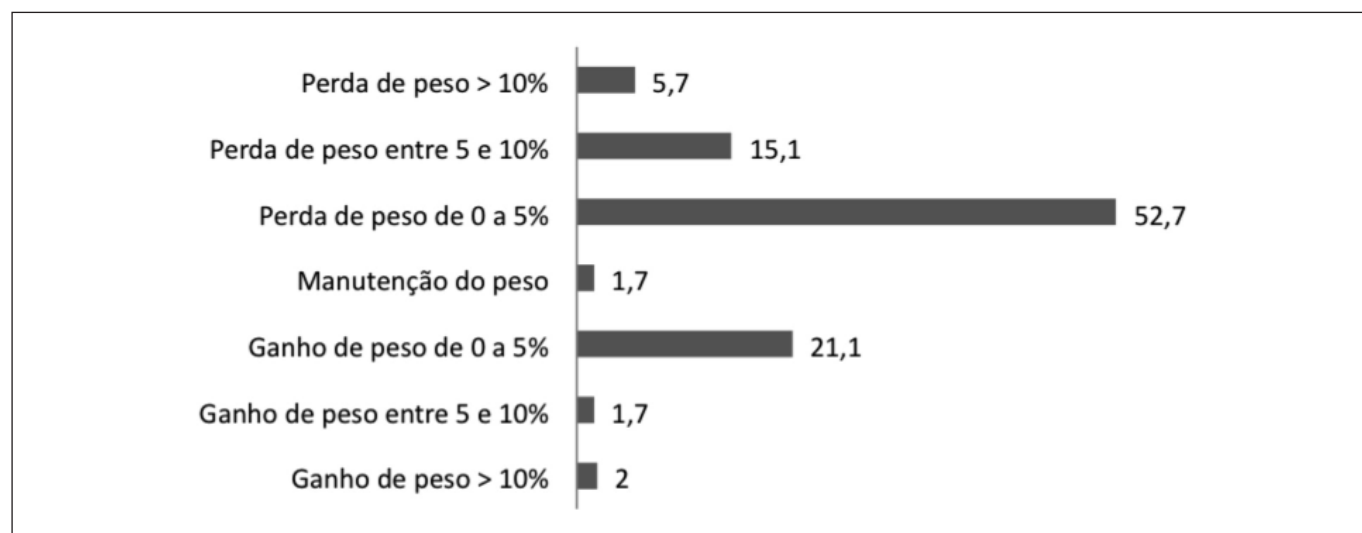


sentou sobrepeso na última consulta, enquanto que pacientes de outras faixas etárias apresentaram de 24,7 a 33 kg/m². O IMC na última consulta variou significativamente de acordo com a prática de exercício físico na primeira ($p = 0,006$) e na última consulta ($p = 0,013$).

Conforme pode ser observado na Figura 2, dos 351 pacientes que retornaram à primeira consulta, a maioria

(73,5%) apresentou perda de peso, sendo que 52,7% (185) perdeu até 5% do peso inicial. Como esperado, a evolução do estado nutricional apresentou associação com a variação de peso ($p < 0,001$). Entretanto, 74,4% dos pacientes que perderam peso, mantiveram seu estado nutricional. A evolução do estado nutricional variou significativamente de acordo com o número de

Figura 2. Proporção de pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição de uma universidade de Pelotas, RS, entre janeiro de 2007 e junho de 2012, conforme a porcentagem de variação de peso entre a primeira e última consultas (n=351).



consultas ($p= 0,046$ e $0,027$, respectivamente). Aproximadamente 77% dos pacientes que ficaram eutróficos na última consulta e 56,7% dos pacientes que melhoraram seu estado nutricional, consultaram entre 2 e 4 vezes.

DISCUSSÃO

Diversos estudos¹⁵⁻¹⁷ que avaliaram o atendimento nutricional constataram que a maioria dos pacientes que frequentam este tipo de serviço são mulheres. Estes resultados corroboram ao encontrado neste estudo.

Com relação ao histórico de doença familiar foi mais frequente a hipertensão arterial (59%) e diabetes *mellitus* (47,6%). Resultados semelhantes foram encontrados para o grupo de pacientes que retornou no mínimo a uma consulta. No estudo de Oliveira et al.¹⁵ as doenças mais citadas foram hipertensão arterial (33,7%), hipercolesterolemia (16,9%), diabetes *mellitus* (14,2%) e hipertrigliceridemia (9,4%). A maioria dos pacientes hipertensos ($p<0,001$), com dislipidemia ($p=0,004$) e com histórico familiar de câncer ($p=0,026$) retornaram ao ambulatório. Já a maioria dos pacientes com histórico familiar de hipertensão arterial ($p=0,046$), fumantes ($p=0,001$) e todos os etilistas ($p=0,015$) não retornaram (testes de qui-quadrado ou Fischer).

Os dados encontrados confirmam com os resultados de outros estudos, demonstrando que as DCNT presentes na população são um problema de saúde pública^{15,16}. A hipertensão arterial é um fator de origem para doenças cardiovasculares e é caracterizada como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos^{17,18}. No estudo realizado por Teixeira et al.¹⁹ que avaliaram fatores de riscos cardiovasculares em pacientes atendidos em ambulatório de nutrição, encontraram 57,28% da amostra total com evento cardiovascular no histórico familiar. Segundo Cuppari²⁰ modificando o estilo de vida e reduzindo os fatores de risco para doenças cardiovasculares possivelmente o desenvolvimento da doença será tardio. Portanto, controlando os níveis da pressão arterial do indivíduo, possivelmente doenças cardiovasculares serão evitadas ou adiadas. Além disso, é consenso na literatura que dieta e atividade física são fatores importantes na promoção e manutenção da saúde durante a vida, sendo essenciais para prevenir qualquer DCNT²⁰⁻²³.

A maioria dos pacientes não realizava atividade física tanto na primeira (68,9%) e quanto na última consulta (68%). Castanheira et al.²⁴ em um estudo realizado na Região Sul do Brasil, constataram que a maioria da população não praticava exercícios físicos (60% homens e 67,9% mulheres). Resultados semelhantes foram encontrados por Geraldo et al.²⁵, que observaram um maior percentual de indivíduos sedentários (54,76%) ao avaliarem o alcance da intervenção nutricional sobre medidas antropométricas e glicemia de jejum dos participantes do projeto de atendimento nutricional a pacientes diabéticos. Resultados que estão concordantes com o encontrado neste estudo.

Quanto à evolução do estado nutricional dos pacientes da primeira para a última consulta, percebe-se que apesar do aumento da proporção de pacientes com sobrepeso da primeira para última consulta, houve redução em todos os graus de obesidade.

As medianas de IMC, tanto na primeira consulta quanto na última, foram inferiores para as mulheres ($p= 0,001$ e $0,014$) e para os praticantes de atividade física ($p= 0,013$ e $<0,001$) e superiores para pacientes hipertensos ($p< 0,001$ e $0,044$). Já a mediana do IMC na última consulta foi inferior para os pacientes com mais de 65 anos ($p<0,001$) e para pacientes com IMC inicial que não retornam ao ambulatório ($p= 0,019$) (teste de tendência linear).

A maioria da amostra (52,7%) apresentou perda de peso até 5%. Este resultado demonstra que ocorreu uma boa adesão ao tratamento nutricional. A obesidade e o excesso de peso são problemas mundiais que ocorrem devido à transição nutricional. As causas mais prováveis são a má alimentação e o sedentarismo^{17,18}. A obesidade é o fator de risco mais presente em todas as faixas etárias e está associada ao surgimento de outras DCNT^{17,26}. A perda de peso traz benefícios para o paciente, desde a redução nos sinais e sintomas das doenças associadas à obesidade até a melhora na qualidade de vida em geral²⁷. É consenso na literatura que uma dieta balanceada e adequada resulta na perda de peso^{28,29}.

As medianas do número de consultas (um) e tempo intervenção (três meses) demonstram uma elevada taxa de abandono ao tratamento. Entretanto, a mediana de porcentagem de variação de peso em Kg (-1,8) demonstra uma boa adesão ao tratamento (dados não mostrados em tabela). O estudo de Oliveira et al.¹⁵ mostrou que a maioria dos pacientes foi espontaneamente ao

atendimento nutricional e sugere que o paciente reconhece a necessidade de auxílio e busca solução para o tratamento de suas eventuais doenças. Os resultados deste estudo sugerem que, pela alta taxa de abandono ao tratamento, os pacientes não demonstram o mesmo interesse por sua saúde, podendo apenas estar seguindo recomendação médica. E mesmo assim, para aqueles pacientes que aderiram ao tratamento o resultado foi positivo, com relação à perda de peso. Neste estudo, dos pacientes acompanhados pelo ambulatório de nutrição, cerca de 95% foram encaminhados para perda de peso, o que pode ter contribuído para maior adesão na perda de peso.

Quanto maior o número de consultas e o tempo de intervenção, maior a mediana de percentual de perda de peso ($p=0,008$ e $p=0,012$, respectivamente). Além disso, os pacientes que iniciaram o tratamento nutricional com obesidade grau II e que não eram hipertensos apresentaram uma mediana maior de percentual de perda de peso (teste de tendência linear).

Como limitações do estudo tem-se o fato de ser uma análise de prontuários e não contar com algumas variáveis importantes ao estudo, como dados bioquímicos e análise dietética.

CONCLUSÃO

De acordo com os dados estudados, a maior demanda por atendimento nutricional foi pela população do sexo feminino que apresentou uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade, além de DCNT. A prevalência de sobrepeso/obesidade foi alta, tanta na primeira quanto na última consulta. Entretanto, a proporção de pacientes com algum grau de obesidade reduziu entre a primeira e última consulta.

Embora a taxa de abandono do tratamento tenha sido elevada, a maioria dos pacientes que retornaram as consultas apresentam perda de peso, demonstrando que a intervenção nutricional realizada foi positiva. Além disso, quanto maior o número de consultas e o tempo de intervenção, maior o percentual de perda de peso. Portanto, o tratamento nutricional contínuo se faz necessário para melhorar a qualidade de vida.

São necessárias novas pesquisas na área em estudo, a fim de contribuir para um maior acompanhamento nutricional, levando a modificações nos hábitos de vida da população, fundamentais para a prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis.

REFERÊNCIAS

1. Gimeno SGA, Mondini L, Moraes AS, Freitas ICM. Padrões de consumo de alimentos e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: Projeto OBEDIARP. Cadernos de Saúde Pública, 2007; 27 (3): 533-45.
2. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. Rev Nutr, 2005; 18:119-28.
3. Thompson D, Wolf AM. The medical-care cost burden of obesity. Obes Rev, 2001; 2: 189-97.
4. Pretto ADB, Pastore CA, Assunção MCF. Comportamentos relacionados à saúde entre profissionais de ambulatórios do Sistema Único de Saúde no município de Pelotas-RS. Epidemiol Serv Saúde, 2014; 23 (4).
5. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev Nutr, 2004; 17: 523-33.
6. Mendes MJFL, Alves JGB, Alves AV, Siqueira PP, Freire EFC. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. Rev Bras Saude Mater Infant, 2006; 6: 49-54.
7. World Health Organization. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>.
10. Varela AL, Quintans CC, Tranqueira APM, Gasparotto R, Isaac IAS, Estrela RAM, et al. Programa de emagrecimento para mulheres obesas envolvendo variáveis nutricionais, psicológicas e exercício físico. Rev Bras Obes Nutr Emagrec, 2007; 1 (6): 12-27.
11. Barbato KBG, Martins RCV, Rodrigues MLG, Braga JU, Francischetti EA, Genelhu V. Efeitos da Redução de Peso Superior a 5% nos Perfis Hemodinâmico, Metabólico e Neuroendócrino de Obesos Grau I. Arq Bras de Cardiol, 2006; 87 (1): 12-21.
12. Corica F, Corsonello A, Apolone G, Mannucci E, Lucchetti M, Bonfiglio C, et al. Metabolic syndrome, psychological status and quality of life in obesity: the QUOVADIS study. Int J Obes, 2008; 32: 185-91.
13. Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. Int J Obes, 2005; 29(1): 122-8.
14. Guimarães NG, Dutra ES, Eliane S, Ito MK, Carvalho KMB. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. Rev nut, 2010; 23(3):323-33.
15. Oliveira AF, Lorenzatto S, Fatel ECS. Perfil de pacientes que procuram atendimento nutricional. Revista Salus-Guarapuava-PR, 2008; 2: 13-21.

16. Batista MCR, Franceschini SCC. Impacto da atenção nutricional na redução dos níveis de colesterol sérico de pacientes atendidos em serviços públicos de saúde. *Arq Bras Cardiol*, 2003; 80: 162-6.
17. Porto MCV. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. *Arq. Bras. Endocrinol Metab*, 2002; 46: 668-73.
18. Bernardo AFB, Rossi RC, Souza NM, Pastre CM, Vanderlei LCM. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. *Rev Bras Med Esporte*, 2013; 19 (4).
19. Teixeira AMNC, Sachs A, Santos GMS, Asakura L, Coelho LC, Silva CD. Identificação de Risco Cardiovascular em Pacientes Atendidos em Ambulatório de Nutrição. *Rev Bras Cardiol*, 2010; 23: 116-23.
20. Cuppari L. Nutrição: nas doenças crônicas não transmissíveis. Manole: São Paulo.2009.
21. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cancerologia*, 2009; 55: 379-88.
22. Passos MA, Sandhi TDA, Barreto M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*, 2006; 15: 35-45.
23. Ramos JN, Damacena LC, Stringhini MLF, Fornés NS. Perfil socioeconômico, antropométrico, bioquímico e estilo de vida de pacientes atendidos no programa "controle de peso". *Comun Ciênc Saúde*, 2006; 17: 185-92.
24. Castanheira M, Olinto MTA, Gigante DP. Associação de variáveis sócio-demográficas e comportamentais com a gordura abdominal em adultos: estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*,2003; 19:55-65.
25. Jardim PCBV. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol*, 2007; 88: 452-7.
26. Geraldo JM, Alfenas RCG, Alves RDM, Salles VF, Queiroz VMV, Bitencourt MCB. Intervenção nutricional sobre medidas antropométricas e glicemia de jejum de pacientes diabéticos. *Rev Nutr Campinas*, 2008; 21(3): 329-40.
27. Vasques-Oliveira APS, Silva MM. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. *Rev Psicol Saúde*, 2014; 6 (1).
28. Trombetta IC. Exercício físico e dieta hipocalórica para o paciente obeso: vantagens e desvantagens. *Rev Bras Hipertens*, 2003; 10(2): 130-3.
29. Beraldo FC, Vaz IMF, Naves MMV. Nutrição, atividade física e obesidade em adultos: aspectos atuais e recomendações para prevenção e tratamento. *Rev Med Minas Gerais*, 2004; 14: 57- 62.