

O ABSENTEÍSMO AO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL NAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO/SP

Ana Luiza Marchió Ribeiro da Silva¹, Natalia Caroline Angélico¹, Lara Dias de Azevedo¹,
Fernanda Faion Fontanari¹, Adrielen Aparecida Silva Calixto², Paula Victoria Sozza Silva Gulá³

¹Nutricionista e Aprimoranda do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (PAMHADM), da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP).

²Mestre e Estudante de Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-USP.

³Mestre e Estudante de Doutorado pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FFCLRP-USP.

Resumo

Um dos maiores obstáculos da equipe multiprofissional é a baixa adesão dos pacientes ao tratamento terapêutico, afetando na sobrevida e qualidade de vida dos pacientes, além de impactar negativamente os cofres públicos e recursos de saúde. Assim, o presente estudo objetivou avaliar o perfil de frequência de portadores de DCNT nas consultas nutricionais agendadas nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto-SP, por meio da periodicidade de atendimentos nutricionais realizados e de faltas, entre o período de 31/01/2022 a 07/10/2022, através de estatística descritiva, por meio da frequência absoluta e relativa de faltas de acolhimento na primeira consulta, de atendimentos individuais e de atendimentos coletivos. No total, foram realizados 53,6% (668) atendimentos individuais, 46,8% (313) atendimentos de acolhimento e 21,2% (265) atendimentos coletivos. O absenteísmo às consultas nutricionais individuais foi de 37,7% (280), seguido de 35,4% (263) nos atendimentos coletivos e 26,7% (198) nos atendimentos de acolhimento. Conclui-se que ocorre absenteísmo durante o seguimento nutricional, assim, futuros trabalhos voltados à avaliação do impacto do não comparecimento às consultas sobre a evolução clínica das DCNT podem contribuir com o planejamento de estratégias efetivas para melhores resultados terapêuticos.

Palavras chaves: Absenteísmo; Doenças crônicas não transmissíveis; Acompanhamento nutricional.

Abstract

One of the biggest obstacles for the multidisciplinary team is the low adherence of patients to therapeutic treatment, affecting the survival and quality of life of patients, in addition to negatively impacting public coffers and health resources. Thus, the present study aimed to evaluate the frequency profile of patients with CNCs in nutritional consultations scheduled at

health units in the city of Ribeirão Preto-SP, through the periodicity of nutritional consultations performed and absences, between the period of 01/31 /2022 to 10/07/2022, through descriptive statistics, through the absolute and relative frequency of lack of reception in the first consultation, individual consultations and collective consultations. In total, 53.6% (668) individual consultations were carried out, 46.8% (313) reception consultations and 21.2% (265) collective consultations. Absenteeism from individual nutritional consultations was 37.7% (280), followed by 35.4% (263) in collective consultations and 26.7% (198) in welcoming consultations. It is concluded that absenteeism occurs during nutritional follow-up, thus, future studies aimed at assessing the impact of non-attendance to consultations on the clinical evolution of CNCDs can contribute to the planning of effective strategies for better therapeutic results.

Keywords: *Absenteeism; Chronic Non-Communicable Diseases; Nutritional follow-up.*

INTRODUÇÃO

No período de 2006 a 2019, a mudança dos padrões alimentares da população, associada à inatividade física, tabagismo e consumo prejudicial de álcool e o envelhecimento contribuiu para a elevação da prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) em todo território nacional, aumentando a demanda por atendimentos de saúde. Ademais, os atuais estudos apontam que podem ser decorrentes do maior acesso aos serviços de saúde e do aumento dos diagnósticos, ressaltando que, nos dias atuais, a demanda por atendimentos e detecção precoce dessa população está se tornando prioridade no âmbito da saúde pública nacional¹⁻⁴.

Na comparação entre as morbidades, entre 2008 e 2019, houve aumento da maioria das DCNT ao longo do tempo, entre elas Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), distúrbios neuropsíquicos (depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, TOC), neoplasias (exceto câncer de intestino e estômago), asma ou bronquite, DM, artrite e Doença Renal Crônica (DRC). Concluiu-se que essa elevação pode relacionar-se ao envelhecimento da população brasileira associada às mudanças nos hábitos e estilo de vida, ocorridos com o processo de urbanização e industrialização do país⁵.

Os idosos são os mais acometidos pela DCNT e têm a qualidade de vida muito afetada. Como diz Figueiredo et al⁶, “as implicações das doenças crônicas se manifestam no uso de medicamentos, que também se constituem como fator de risco; na condição da dependência e na vivência com doenças crônicas, que denotam em maior uso dos serviços de saúde; no alto impacto econômico das doenças crônicas para as famílias e para o Estado; e na precariedade da renda familiar, que condicionam os idosos a contarem com poucos dispositivos de apoio social e comunitário”.

De caráter multifatorial, as DCNT exigem ações em saúde que não foquem apenas na doença, mas que levem em consideração os aspectos inerentes de cada indivíduo, tais como os sociais, econômicos e culturais. Ressalta-se, assim, a importância da equipe multiprofissional, onde cada profissional com seus saberes e práticas específicas, atua em conjunto na formulação de estratégias que sejam mais eficazes e respeitem o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde⁷.

O impacto na prevalência e agravamento das DCNT está fortemente relacionado com os seguintes determinantes sociais: desigualdade social, baixo acesso aos bens e serviços e baixa escolaridade⁸. Macinko & Mullachery (2022) notaram que a prevalência de DCNT aumentou no Brasil entre 2013 e 2019, período em que o país sofreu uma recessão econômica devastadora e deteriorou os esforços nacionais para reduzir as iniquidades em saúde e os fatores que as causam⁹. Se por um lado, existe o impacto econômico devido ao alto custo do tratamento de pessoas com DCNT, de outro temos as despesas resultantes do absenteísmo, aposentadorias e óbitos da população economicamente ativa¹⁰.

Um dos maiores obstáculos da equipe multiprofissional é a baixa adesão ao tratamento terapêutico, pois este impacta diretamente no andamento do serviço, na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes. Para que o tratamento seja bem-sucedido, é necessário que haja uma boa compreensão e implementação ou adesão às orientações dadas pelos profissionais de saúde, entretanto, o discernimento sofre influência por crenças, nível de escolaridade, aspectos psicológicos e sociais¹¹.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o sistema é desafiado por diversas adversidades relacionadas ao acesso às ações e serviços de saúde adequados e eficientes¹². No Brasil, após a implantação do SUS, são observadas melhorias nas condições de saúde da população devido ao aumento do acesso à assistência à saúde¹³. Simões et al (2021), através da análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008, observou o aumento da prevalência da cobertura da estratégia de saúde família, consulta médica no último ano e procura de atendimento nas duas últimas semanas. Isso pode ter contribuído para o aumento da prevalência de brasileiros que auto referiram sua saúde como boa redução da prevalência da limitação de atividades de rotina e de brasileiros que estiveram acamados no último ano, assim como redução da prevalência de internação nos últimos 12 meses^{5, 14}.

Os serviços de saúde são organizados para atender pacientes visando atenção ao cidadão, economia de escala de profissionais e resolução dos problemas coletivos e individuais de saúde. Desta forma, se o atendimento não for realizado, acarreta em uma oportunidade perdida de oferecer assistência a outro paciente necessitado de atenção à sua saúde, além do

prejuízo financeiro, dos indicadores de qualidade dos serviços prestados por toda equipe de saúde, e da elevação dos custos devido à ociosidade dos planos disponíveis, além dos efeitos do absenteísmo afetar negativamente nas filas de espera por procedimentos em todo o sistema¹⁵.

É importante analisar a qualidade, acesso e utilização dos serviços prestados¹⁶. Dessa forma, faz-se importante investigar a baixa adesão ao acompanhamento nutricional, para que a partir disso seja possível evidenciar um panorama atual de atendimentos e faltas, a fim de planejar estratégias para minimizar, ou até mesmo reverter, tal situação. Portanto, este estudo teve como objetivo avaliar o perfil da frequência de atendimentos realizados e do absenteísmo no acompanhamento nutricional individual e coletivo, de usuário de saúde com DCNT nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto-SP.

MÉTODOS

Delineamento metodológico

O presente estudo ocorreu no município de Ribeirão Preto, situado no interior do Estado de São Paulo. A organização da rede de saúde municipal dá-se pela divisão em Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central). Cada distrito possui uma Unidade de Saúde com serviço de pronto atendimento 24 horas e outras unidades da atenção primária: Unidade de Saúde da Família (USF) e/ou Unidade Básica de Saúde (UBS).

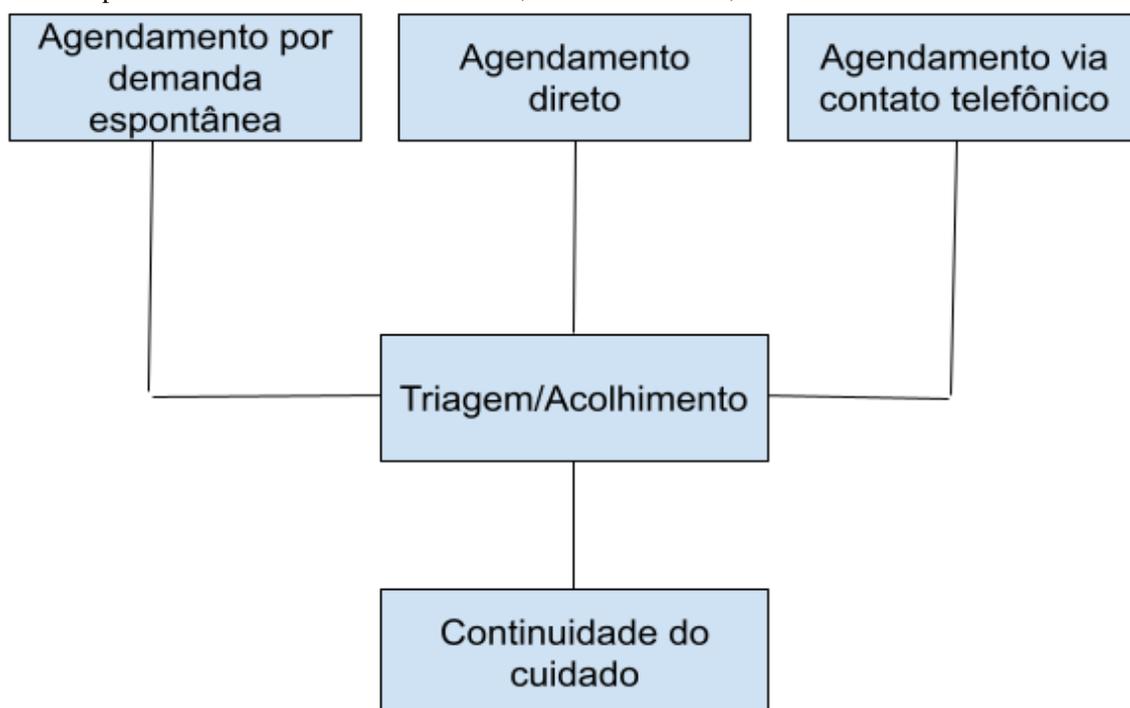
Trata-se de um estudo transversal com análise documental, de dados de oito Unidades de Saúde da Rede de Atenção Básica e Secundária do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Ribeirão Preto-SP, pertencentes aos distritos norte, oeste e central. Os dados referentes aos atendimentos realizados foram cadastrados em uma planilha do Excel, pertencente às nutricionistas que realizavam os atendimentos nas unidades de saúde e à supervisora da nutrição. O cadastramento do número de atendimentos e faltas era realizado semanalmente pelas próprias nutricionistas, contendo os números de atendimentos nutricionais realizados individualmente e de faltas. Os atendimentos nutricionais individuais baseiam-se em dois tipos diferentes de atendimento: consulta inicial de acolhimento e consultas personalizadas baseadas em entrega de materiais impressos de orientação nutricional e plano alimentar individualizado. Os atendimentos coletivos ocorriam por meio de grupos de orientação nutricional através de palestras sobre assuntos relevantes para nutrição, mediadas pelas nutricionistas.

As profissionais nutricionistas eram aprimoradas do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (PAMHADM), que é um programa de bolsas instituído pela Lei Complementar nº 1642 de 24 de março de 2004 com o objetivo de especializar profissionais recém-formados da área da saúde, não médicos, como nutricionistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, profissionais de educação física e psicologia, através de treinamento e atuação direta em unidades selecionadas da rede de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto¹⁷.

Como critérios de inclusão, foram incluídos no banco de dados os atendimentos individuais e coletivos realizados com pessoas de ambos os sexos, de todas as faixas etárias, com diagnóstico de DCNT, realizados entre 31 de Janeiro a 07 de Outubro de 2022. Foram excluídos do banco de dados atendimentos que não contemplavam a prevenção e/ou seguimento para acompanhamento nutricional direcionado às DCNT.

Os agendamentos das consultas dos pacientes foram realizados através de três maneiras, sendo: por demanda espontânea, onde o paciente solicita o agendamento diretamente na recepção da unidade de saúde; por agendamento direto e sem ficha de encaminhamento, onde os profissionais de saúde ao identificarem uma demanda agendam o paciente diretamente no sistema; ou, através do contato telefônico, realizado após a equipe multidisciplinar receber o encaminhamento feito, geralmente, em consulta médica (Figura 1).

Figura 1 - Modelo dos procedimentos para agendamentos e atendimento realizados nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto para atendimento com as nutricionistas, Ribeirão Preto-SP, 2022.



Fonte: próprio autor.

A princípio, era agendada uma consulta nutricional de acolhimento em que é realizada uma anamnese para conhecer o paciente, seus hábitos e demandas. Na anamnese eram coletadas as seguintes informações do paciente: nome; data de nascimento; número de prontuário; escolaridade; situação ocupacional; situação conjugal; diagnóstico clínico; motivo do encaminhamento ao serviço de Nutrição; dados antropométricos (peso, altura, IMC e circunferência abdominal); uso de insulina; hábitos de tabagismo e etilismo; prática de atividade física; perguntas sobre adesão a medicamentos e perfil do consumo alimentar; presença de dificuldade para enxergar, raciocínio e memória e para realização das atividades de vida diária; presença de formigamento e dificuldade para pegar objetos grandes e pequenos; presença de algum acontecimento que alterou a rotina ou alguma perda; e dificuldade para se adaptar ao diagnóstico de diabetes mellitus ou hipertensão arterial. Ao finalizar esta conversa inicial, era realizado um novo agendamento para dar continuidade ao acompanhamento nutricional e assim, estabelecer condutas e orientações mais específicas para cada caso. Além disso, os pacientes também poderiam ser convidados para participar de grupos para atendimento coletivo, nos quais eram trabalhados temas de nutrição, como por exemplo: a diferença dos tipos de fibras alimentares e suas fontes, a importância do consumo de água, como montar um prato qualitativamente saudável, os malefícios do consumo de ultraprocessados, entre outros temas.

O presente estudo teve como enfoque os pacientes com DCNT, que são acompanhados através do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (PAMHADM), no município de Ribeirão Preto-SP. Assim, foram analisados dados dos atendimentos realizados na especialidade de Nutrição, a partir do registro do número de atendimentos agendados e de consultas realizadas do programa. Foram extraídos dados referentes ao número de pacientes agendados em primeira consulta nutricional (acolhimento), acompanhamento nutricional individual, acompanhamento nutricional coletivo, e total de faltas de cada semana, no período de 31 de Janeiro a 07 de Outubro de 2022.

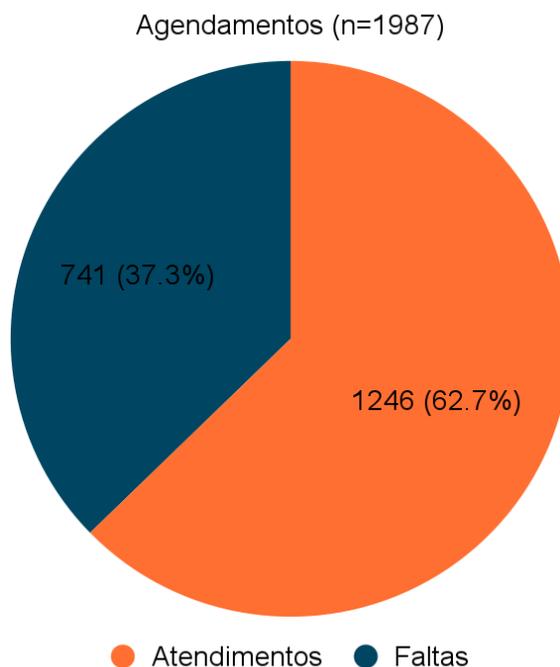
Os dados obtidos foram analisados através de estatística descritiva, por meio da frequência absoluta e relativa de atendimentos e de faltas referentes à primeira consulta, aos atendimentos individuais e aos atendimentos coletivos.

RESULTADOS

Conforme o gráfico abaixo (Figura 2) observou-se que no total foram realizados 1.987 agendamentos com o serviço de Nutrição, sendo que o número de atendimentos nutricionais foi 1.246, abrangendo os individuais e coletivos, e o número de faltas correspondeu a 741,

indicando 37,3% de absenteísmo às consultas nutricionais, nas Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP entre o período de 31/01/2022 a 07/10/2022.

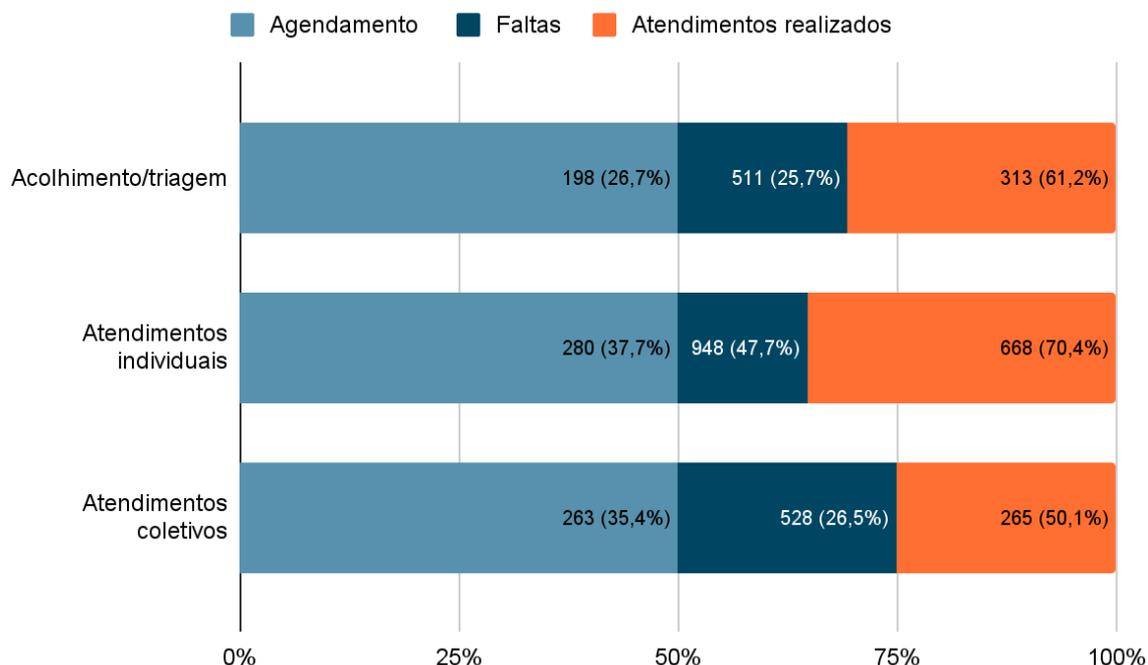
Figura 2 - Frequência absoluta e relativa dos valores totais de agendamentos (n=1.987), atendimentos nutricionais (n=1.246) e faltas (n=741) nas Unidades de Saúde, Ribeirão Preto-SP, 2022.



Fonte: próprio autor.

Referente aos tipos de acompanhamento realizados pelo serviço de Nutrição, observamos que ocorreram 948 (47,7%) agendamentos para atendimentos individuais, 528 (26,5%) para atendimentos coletivos e, por fim, 511 (25,7%) para atendimentos de acolhimentos. Ao observarem-se os atendimentos realizados pelas nutricionistas, aconteceram 668 (53,6%) atendimentos individuais, 313 (46,8%) atendimentos de acolhimento, seguido por 265 (21,2%) atendimentos coletivos. Quando avaliado a frequência de absenteísmo, destacou-se 37,7% (280) de faltas durante os atendimentos individuais, seguido por 35,4% (263) nos atendimentos coletivos e 26,7% (198) de absenteísmo nos atendimentos de acolhimento (Figura 3).

Figura 3: Quantidade de atendimentos individuais, atendimentos coletivos e acolhimentos nutricionais, realizados nas Unidades de Saúde, Ribeirão Preto-SP, 2022.



Fonte: próprio autor.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo evidenciaram um elevado percentual de absenteísmo nos acompanhamentos nutricionais, correspondendo a 37,3% do total de pacientes agendados. Tal dado se aproxima do que já foi descrito previamente na literatura em relação aos atendimentos da Nutrição, com um percentual de 31% de faltas¹⁵. Além disso, os atendimentos individuais são os que tiveram maior índice de pacientes faltantes e este fato pode ter relação com algumas hipóteses, como a perda de interesse ao acompanhamento com o nutricionista, imprevistos na rotina que impedem o comparecimento e a dificuldade de locomoção até a unidade. É possível notar que os primeiros atendimentos, ou seja, os acolhimentos foram os que apresentaram menor percentual de absenteísmo.

Mesmo apresentando índice de faltas mais elevadas, os atendimentos nutricionais individuais também foram os mais realizados, quando comparados com os atendimentos de acolhimento e coletivos, podendo tal fato ter possível relação com a adesão ao tratamento dietoterápico e a internalização das metas trabalhadas durante o acompanhamento.

Atualmente, após análise da literatura para a realização do presente estudo, entende-se que uma das maiores dificuldades das equipes de saúde é o absenteísmo às consultas marcadas. Uma pesquisa, com delineamento descritivo, objetivou avaliar a frequência de atendimentos e faltas, a partir de dados do período de 2011 a 2015, em consultas agendadas e consultas não efetuadas por ausência dos pacientes, nas unidades de saúde da Administração Direta e Organizações Sociais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Observou-se um elevado número de absenteísmo, especialmente nos ambulatórios de homeopatia (52%), psicologia (41%), psiquiatria (36%), nutrição (31%), fisioterapia (28%) e dermatologia (27%)¹⁵.

Já em outro estudo descritivo, quantitativo e baseado em análise de dados secundários do sistema de informação da Secretaria de Saúde no município de Vila Velha-ES, realizado no ano de 2016, a percentagem de absenteísmo às consultas médicas foi de 11,81% a 13,45%,¹⁸ sendo um número consideravelmente menor que a quantidade de faltas avaliada neste presente estudo e também um percentual reduzido comparado aos atendimentos da área da nutrição avaliados no período de 2011 a 2015, conforme apresentado no estudo citado anteriormente de realizado por Bittar e colaboradores em 2016¹⁵.

É fato que, a realização de novos estudos acerca do tema é de suma importância, visto que a ausência dos pacientes representa a impossibilidade dos profissionais repassarem informações importantes sobre o cuidado em saúde e dar continuidade ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, que são tão presentes na população mundial nos dias atuais.

Porém, além da identificação do absenteísmo referente ao acompanhamento nutricional, ainda mostra-se importante ressaltar os motivos envolvidos em sua ocorrência, sendo este um próximo passo importante a ser dado em futuras avaliações. Assim como em um estudo realizado na cidade de Taiwan, na China, que concluiu que o absenteísmo acontece devido a diversos fatores, destacando-se: o tempo de espera pela consulta nas salas de espera, as características das consultas marcadas horário e dia da semana e aspectos climáticos¹⁹. Um estudo semelhante a este, realizado no estado de São Paulo, Brasil, também avaliou os motivos de faltas de pacientes nas Unidades de Saúde, através de dados primários da Secretaria Estadual de Saúde, durante o período de 2011 a 2015, em que foram destacados os principais motivos do não comparecimento dos pacientes às consultas: falta de transporte (29%), seguidos de esquecimento da data da consulta (23,5%) e por dificuldades financeiras (16,3%)¹⁵.

Outro fator importante a ser avaliado é a importância do acolhimento oferecido pela equipe de saúde aos pacientes, sendo essencial que a equipe de saúde tenha uma visão integrada,

excluindo o conceito fragmentando de cada profissional, o que irá refletir no sentimento que o paciente apresentará quando estiver presente nas Unidades de Saúde²⁰.

Em relação às variáveis comportamentais do funcionário da unidade, a comunicação e a orientação verbal adequada são fundamentais, de modo que o contato seja feito com antecedência para que o paciente possa avisar sobre o não comparecimento ou para evitar faltas por esquecimento. Além disso, exigir ao paciente que repita o horário e a data da consulta pode contribuir para a redução do absenteísmo, assim como propor ao paciente para que escreva no próprio punho a data e horário do atendimento agendado. Esses recursos trazem resultados positivos acerca do comparecimento às consultas de saúde¹⁵.

Nas Unidades de Saúde Família, os agentes comunitários de saúde (ACS) possuem papel considerável, pois são responsáveis por criar vínculo com a comunidade, gerando contato direto entre a equipe de saúde e, conseqüentemente, a unidade de saúde, e os pacientes, de modo a contribuir com uma maior adesão deles aos serviços prestados na unidade²¹.

As técnicas de prevenção devem ser centralizadas não apenas no paciente, mas também na qualidade dos serviços realizados, na conduta dos profissionais, na adequação da estrutura física, na padronização dos processos como os de comunicação, métodos burocráticos de informação ao paciente, no uso de telessaúde, visando a otimização do atendimento ao indivíduo. Assim, desde o ano de 2012, algumas medidas foram colocadas em práticas pelas unidades, como a contratação de funcionários para a realização de serviço de ligações telefônicas para confirmação de consultas, sendo que a estratégia adotada teve como objetivo ampliar o contato com os pacientes por meio de ligações telefônicas, que embora não tenha surtido o efeito desejado, levou a estudos mais detalhados da situação¹⁵.

Outro fator a ser destacado, é o custo acerca do absenteísmo. Em um estudo realizado em 2019 no Espírito Santo, que teve como objetivo estimar o desperdício de recursos monetários relacionado ao absenteísmo em procedimentos especializados no Sistema Único de Saúde (SUS) na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES) entre os anos de 2014 e 2016, concluiu que a taxa média de absenteísmo para consultas foi de 38,6% (257.025 consultas), gerando um total estimado de R\$3.558.837,88; e para exames especializados, foi de 32,1% (108.103 exames), em um total estimado de R\$15.007.624,15, sendo valores significativos e que refletem o desafio constante na agenda dos gestores²².

Levantam-se, a partir do atual estudo, as reflexões sobre a importância de proporcionar um ambiente acolhedor ao paciente, além da boa relação entre as equipes de saúde e da necessidade de maior valorização dos atendimentos da equipe multiprofissional. Tendo em vista

que a porcentagem de faltas foi maior nesses casos quando comparado com as consultas médicas, conforme observado no estudo de Tristão et al (2016)¹⁸.

Ressalta-se também a importância de realizar medidas que visem à redução do absenteísmo, proporcionando a integralidade e continuidade do cuidado, o uso adequado de recursos e serviços disponíveis, além de fornecer a possibilidade dos cofres públicos investirem em outras áreas que necessitam de prioridade de investimento.

Este estudo possui algumas limitações, como a não investigação dos motivos envolvidos nas faltas das pessoas com DCNT em seguimento nutricional. Além disso, destaca-se que neste período ainda houve o enfrentamento da pandemia global relacionada ao SARS-CoV-2, o vírus causador da COVID-19, que mesmo com a vacinação da população e índices controlados de mortalidade, ainda pode refletir na desistência da população ao comparecimento em unidades de saúde e seguimento das consultas de nutrição. Por outro lado, destacamos o ponto forte do estudo, o qual apresenta o percentual de agendamentos de consultas, de atendimentos e de faltas referentes ao acompanhamento nutricional no município de Ribeirão Preto/SP, realizados por um programa multiprofissional que é destinado para o tratamento de pessoas com DCNT e que enfrenta as dificuldades do absenteísmo no seguimento da população. O estudo contribui com dados referentes ao absenteísmo ao seguimento nutricional, os quais são dados poucos explorados na literatura, sendo então este estudo de extrema relevância.

CONCLUSÃO

Foi possível analisar a frequência de atendimentos realizados e de absenteísmo no acompanhamento nutricional na rede pública de saúde do município de Ribeirão Preto/SP, destacando-se que os atendimentos com maior frequência de agendamento e atendimento realizados são os atendimentos individuais, ou seja, aqueles em que são feitas orientações específicas e individualizadas para os pacientes com DCNT. Entretanto, do mesmo modo, este tipo de atendimento é o que tem maior percentual de absenteísmo, seguido dos atendimentos coletivos e em menor proporção os atendimentos de acolhimento, isto é, nas primeiras consultas ocorrem menores índices de faltas dos pacientes agendados.

Desta forma, ressalta-se a importância da realização de estudos futuros que determinem o motivo do não comparecimento às consultas dos usuários de saúde, para que, posteriormente, possam ser realizadas medidas para avaliação e redução do impacto do não comparecimento aos atendimentos multiprofissionais, bem como da nutrição, de modo a contribuir com o

planejamento de estratégias efetivas para melhores resultados terapêuticos e a adesão da população aos serviços prestados nas unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e Promoção da saúde . Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf> Acesso em 26 abr. 2022.
2. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet*. 2011; 377(9780):1877-89.
3. Faerstein E. Noncommunicable diseases: more things in heaven and earth than are dreamt of? *Cad Saude Publica*. 2022 May 6;38Suppl 1(Suppl 1):e00239221.
4. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Benseñor I, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(supl 1):126-34.
5. Simões TC, Meira KC, Santos JD, Câmara DCP. Prevalence of chronic diseases and access to health services in Brazil: evidence of three household surveys. *Cien Saude Colet*. 2021 Sep;26(9):3991-4006.
6. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependent elderly people. *Cien Saude Colet*. 2021 Jan;26(1):77-88. Portuguese, English.
7. BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab_35.pdf> Acesso em 01 jul. 2023.
8. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Supl.1): 4. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em 26 abr. 2022.
9. Macinko J, Mullachery PH. Education-related health inequities in noncommunicable diseases: an analysis of the Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. *Cad Saude Publica*. 2022 May 6;38Suppl 1(Suppl 1):e00137721.
10. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas

- não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: < <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>> Acesso em: 01 jul. 2023.
11. Moreira, AT. Adesão ao tratamento de pacientes diabéticos e hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família Mar Grosso, Laguna - SC. UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública, Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica 2016. Florianópolis, 2017.
 12. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):1707-14. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZPyBXcTXwZvLh5H9PDzvxpn/?lang=pt>> Acesso em: 01 fev 2023.
 13. Macinko J, Mendonça. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saude Debate 2018; 42(n. esp.):18-37
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD 2008). Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
 15. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines C, Felizola NBG, Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. Bol Epidemiol Paul. 2016;13(152):19-32. Disponível em: <<http://attosaude.com.br/assets/conteudo/uploads/absenteismo-ambulatorial--art-original57eec18c360fb.pdf>>. Acesso em: 20 de Out de 2022.
 16. Volpato LF, Martins LC. Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais. Rev ESPACIOS, vol 38. Disponível em: <<https://www.revistaespacios.com/a17v38n42/a17v38n42p10.pdf>> Acesso em: 01 jul 2023.
 17. RIBEIRÃO PRETO. Lei complementar nº 1.642, de 24 de março de 2004. Cria 10 (dez) bolsas de Estudos para o Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão e Diabetes, como específica. Decreto nº 072, Ribeirão Preto, SP, 22 mar. 2004. Disponível em <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/dom/200403/040331/i73executivo.php>> Acesso em 26 abr. 2022.
 18. Tristão FI, Lima RCD, Lima EFA, Andrade MAC. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre absenteísmo dos usuários. Rev Bras. Pesq. Saúde (2016); 18 (1). Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15134/10715>>. Acesso em 11 maio. 2022.
 19. Reid MW, Cohen S, Wang H, Kaung A, Patel A, Tashjian V, et al. Preventing patient absenteeism: validation of a predictive overbooking model. Am J Manag Care. 2015;21(12):902-10. Disponível em: <<https://www.ajmc.com/view/preventing-patient-absenteeism-validation-of-a-predictive-overbooking-model>>. Acesso em: 20 de Out de

2022.

20. Ávila KAK, Costa MT. A importância do trabalho multidisciplinar na Saúde Pública. 2019. Disponível em: <[file:///C:/Users/almsilva/Downloads/17932-Texto%20do%20artigo-51081-497027-2-20201020%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/almsilva/Downloads/17932-Texto%20do%20artigo-51081-497027-2-20201020%20(1).pdf)>. Acesso em 11 maio. 2022.
21. BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 11 maio de 2022.
22. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. Saúde Debate. 2019;43(123):1015-30. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303> Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BYJbCp6ZBz9NCynKt3h3X3J/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 19 de Out de 2022