

# ORIENTAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO OFERTADAS POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DURANTE AS CONSULTAS AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Food guidelines offered by Family Health Strategy professionals during medical consultations with hypertensive and diabetic people

Mariana Farias Gomes<sup>1</sup>, Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos<sup>2</sup>,  
Annick Fontbonne<sup>3</sup>, Eduarda Ângela Pessoa Cesse<sup>4</sup>

## RESUMO

Este estudo objetivou analisar as orientações sobre alimentação ofertadas pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus, durante as consultas. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família, onde foram observadas as consultas oferecidas por médicos e enfermeiros aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. A coleta das informações se deu, por meio de observação participante e gravação de áudio, durante as consultas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, e os resultados foram discutidos, a partir das quatro categorias emergentes: orientações alimentares simplistas ou insuficientes; orientações sobre o preparo dos alimentos/refeições; orientações proibitivas e ausência de diálogo participativo; orientações sobre a utilização de outros dispositivos. Foi constatado que as orientações se davam de maneira simplista ou insuficiente, sem detalhar as explicações, com orientações proibitivas e sem levar em conta hábitos cotidianos dos sujeitos, como também sem estabelecer um diálogo participativo. Apesar de surgirem casos mais complexos, os profissionais não encaminhavam os usuários para o acompanhamento com outros dispositivos da Rede de Atenção e nem para outros especialistas, como o nutricionista. É necessário reforçar o papel do enfermeiro e do médico em relação ao aconselhamento alimentar aos usuários hipertensos e diabéticos, fornecendo orientações apropriadas e pactuadas com a participação dos indivíduos; como também a importância de haver um

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the food guidelines offered by Family Health Strategy professionals to patients with hypertension and/or Diabetes Mellitus, during medical consultations. It is a descriptive study with a qualitative approach, developed in Family Health Units, where consultations provided by doctors and nurses for hypertensive and/or diabetic patients were observed. Data collection was done through participative observation and audio recording during consultations. The data were submitted to thematic content analysis, and the results were discussed based on four emerging categories: Simplistic or insufficient dietary guidelines; Guidance on the preparation of food/meals; Prohibitive guidelines and lack of participative dialogue; Guidance about the use of other resources. It was found that the guidance worked in a simplistic or insufficient way, without detailing the explanations; with prohibitive guidelines and without taking into account daily habits of the individuals; as well as without establishing a participatory dialogue. Although more complex cases arose, the professionals did not refer users to follow up with other Care Network resources and not even with other specialists, such as nutritionists. It is necessary to strengthen the role of the nurse and doctor in relation to food advice for hypertensive and diabetic patients, providing appropriate and agreed upon guidelines with the participation of the individuals, as well as having a strengthening of the nutritional activities of the Family Health Strategy together with the Family Health Support Center and other network resources.

<sup>1</sup> Enfermeira Sanitarista, Mestranda em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ. E-mail: marianafarias1992@gmail.com.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ.

<sup>3</sup> Médica. Doutora em Santé Publique pela Université de Paris XI (Paris-Sud). Pesquisadora titular do Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, France) - UMR 204 Nutripass, IRD/UM/SupAgro.

<sup>4</sup> Odontóloga. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ.

fortalecimento das atividades nutricionais da Estratégia de Saúde da Família com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os outros dispositivos da Rede.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação Alimentar e Nutricional; Estratégia de Saúde da Família; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

**KEYWORDS:** Food and nutrition education; Family Health Strategy; Hypertension; Diabetes Mellitus.

## INTRODUÇÃO

O processo de desenvolvimento econômico atrelado ao crescimento da industrialização, urbanização, aumento da expectativa de vida e maior acesso a alimentos processados contribuíram para que a população estivesse cada vez mais exposta ao risco de desenvolver Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).<sup>1-3</sup> As DCNT são consideradas um sério problema de saúde pública no mundo e, seguindo essa tendência, no Brasil, em 2012, elas foram responsáveis por aproximadamente 74% dos óbitos.<sup>4</sup>

Além dos determinantes e condicionantes sociais, econômicos e culturais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que, no nível individual, os principais fatores de risco são o tabagismo, uso prejudicial de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.<sup>5</sup> A Política Nacional de Alimentação e Nutrição<sup>2</sup> reconhece que o declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão, e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas.<sup>2:15</sup>

Esse atual perfil alimentar brasileiro, com dieta rica em gorduras saturadas e pobre em nutrientes, tem contribuído ainda mais para o aumento da ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) Tipo 2 na população, refletindo em um elevado número de internações hospitalares, mortes prematuras e menor qualidade de vida para os pacientes, ao mesmo passo que acarreta altos custos, tanto do ponto de vista social quanto econômico.<sup>1,6</sup>

Como outras DCNT, a HAS e DM necessitam ter um olhar diferenciado para os fatores relacionados com a alimentação, que interferem na prevenção, controle e tratamento da doença, cuja inadequação pode resultar em

excesso de peso, dislipidemia e controle glicêmico inadequado.<sup>9-10</sup> As modificações alimentares para adquirir uma dieta saudável são reconhecidamente benéficas para a saúde, resultando em melhor controle glicêmico e pressórico, como também minimizando o risco de desenvolver doenças cardiovasculares.<sup>9,11</sup>

Em vista disso, se faz necessário que os portadores desses agravos crônicos recebam orientações nutricionais adequadas, atrelando a isso medidas de autocuidado e educação em saúde, adotando uma comunicação clara e com a participação dos sujeitos envolvidos no processo. Ressalta-se que esses aconselhamentos alimentares devem levar em consideração o contexto familiar, educacional, econômico e social, com orientações e metas acessíveis para alcançar uma mudança no estilo de vida.<sup>3,10,14</sup>

A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) exerce um papel primordial no cuidado aos doentes crônicos, favorecendo uma aproximação com o território e formação de vínculo com os usuários, garantindo que ações de educação em saúde sejam realizadas continuamente na rotina da unidade de saúde e comunidade.<sup>8,10</sup> Os médicos e os enfermeiros da ESF são os profissionais que realizam a maior parte da atenção à saúde a esses usuários, visto que realizam as consultas clínicas e de acompanhamento dos casos. Por isso, é fundamental que esses profissionais estejam preparados para identificar os fatores de risco e realizar orientações alimentares saudáveis para evitar e/ou retardar as complicações dessas doenças.<sup>9-10</sup>

Diante do exposto, este estudo se propôs a analisar as orientações sobre alimentação ofertadas pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus durante as consultas.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. O método qualitativo propicia o estudo dos indivíduos em seus ambientes naturais, observando seus comportamentos e falas, compreendendo e desvelando a

subjetividade desses em sua vida cotidiana.<sup>15</sup>

O estudo se desenvolveu no Distrito Sanitário (DS) III do município de Recife. O DS III, um dos oito DS da cidade, contém seis Unidades de Saúde da Família (USF), e a pesquisa se desenvolveu, por escolha aleatória, em três delas. O quantitativo de USF e de consultas acompanhadas foram definidos por critério de saturação, ou seja, quando houve quantitativo suficiente de informações, para responder aos objetivos da pesquisa e que mais informações não vieram a acrescentar aos achados. Para Minayo,<sup>16</sup> esse é o momento em que se tem a quantidade de informações necessárias para o entendimento das homogeneidades e diversidades no processo de aprofundamento e compreensão do estudo.

A coleta das informações se deu por meio de observação participante. A observação participante é considerada uma parte essencial em pesquisas qualitativas, na qual se tem a presença do observador - dentro do contexto observado - coletando dados em uma situação social e real.<sup>16</sup> Assim, este estudo ocorreu com a presença do pesquisador nas consultas de acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM realizadas na USF pelos profissionais médicos e enfermeiros.

Com vistas a minimizar o efeito Hawthorne<sup>16</sup> - em que o comportamento do observado pode ser estimulado ou modificado em função da pesquisa e/ou presença do pesquisador - as consultas foram gravadas, ficando o pesquisador apenas fazendo registros, por meio de notas de campo, não interferindo diretamente nas mesmas. Os profissionais participantes foram informados de que o objeto do estudo era a atenção prestada aos hipertensos e diabéticos, sem explicitar que o foco seria observar as orientações sobre alimentação.

A coleta de dados ocorreu de junho a dezembro de 2015. Posteriormente, os dados foram transcritos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo temática proposta por Bardin.<sup>17</sup> Segundo a autora, trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, fazendo-se uma leitura flutuante do material e, em seguida, uma codificação por núcleos de sentidos. A divisão em categorias foi estabelecida de forma emergente, a partir da análise das falas e codificações por temas, nos quais surgiram quatro categorias: orientações alimentares simplistas ou insuficientes; orientações sobre o preparo dos alimentos/refeições; orientações proibitivas e ausência de diálogo participativo; orientações sobre a utilização de outros dispositivos.

Este estudo foi realizado seguindo as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Aos profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) que fizeram parte da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato dos sujeitos, nas falas descritas, os mesmos foram identificados com a sigla “MED”, para os profissionais médicos, “ENF” para os enfermeiros e para compor o diálogo os usuários foram identificados por “US”.

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “RedeNut: Avaliação da Inserção do Componente Alimentação e Nutrição na Rede de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos em Pernambuco”, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM / FIOCRUZ Pernambuco e, por se tratar de um projeto com participação de equipe estrangeira, pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisas - CONEP.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo cinco profissionais de saúde, especificamente dois médicos (as) e três enfermeiros (as) pertencentes a três USF do DS III.

Para melhor compreensão, os resultados e discussão serão descritos, a seguir, nas quatro categorias emergentes: orientações alimentares simplistas ou insuficientes; orientações sobre o preparo dos alimentos/ refeições; orientações proibitivas e ausência de diálogo participativo; orientações sobre a utilização de outros dispositivos.

### Orientações alimentares simplistas ou insuficientes

Durante as consultas foram evidenciadas algumas orientações alimentares para a redução do peso corporal:

*“MED 1: Bom seu Gilvan, é, a gente calculou aqui e aí deu obesidade. O peso com a sua altura tá muito alto. Aí vai ter que fazer uma dieta viu? Melhora até a cicatrização. Aí evite pastel, pão, macarrão, embutidos, fritura, ovo frito, toscana...”*

*US: Certo doutora.”*

*“MED 1: Tava em jejum foi?”*

*US: Foi.*

*MED 1: É, o peso tá fora do normal viu, obesidade grau dois. Tá comendo muito pastel é? Tá fazendo caminhada? Tem que perder peso.*

*US: Tou não, mas eu vou começar a fazer.”*

A perda de peso, para que seja alcançado um peso corpóreo considerado normal (Índice de Massa Corporal - IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>), é, sem dúvidas, um dos focos

da orientação alimentar aos usuários hipertensos e diabéticos. Essa redução do peso traz repercussões positivas frente a esses agravos: a redução de 7% do peso corporal mostra-se capaz de diminuir a resistência à insulina nos usuários diabéticos e para os hipertensos a diminuição de 5% – 10% do peso corporal inicial já é suficiente para reduzir a Pressão Arterial (PA), sendo ambos considerados Grau de Recomendação A (parâmetro com base nas evidências científicas propostos pela Oxford Centre for Evidence Based Medicine).<sup>9,11</sup>

Entretanto, por meio dessas falas, observa-se que as orientações para perda de peso se deram de maneira muito vaga, somente restringindo alguns tipos de alimentos e sem a estipulação de uma meta para alcance de objetivos, não especificando o quanto (em quilos) de excesso de peso ele possui e o quanto seria necessário reduzir.

Para uma mudança nos padrões alimentares, é necessário que haja um aconselhamento com maiores detalhes e que sejam estabelecidos metas e prazos a cada consulta, reforçando essas orientações como forma de o indivíduo se esforçar para atingir aquele objetivo e, assim, poder compartilhar as dificuldades encontradas.<sup>9</sup> As orientações detalhadas, especificando sobre os tipos de alimentos, suas quantidades, formas saudáveis de preparo e levando em consideração os hábitos alimentares prévios dos sujeitos são mais propensas a serem aderidas na rotina dos usuários.<sup>18</sup>

Em diversas consultas acompanhadas, foi verificado também que os profissionais de saúde, tanto médico (a) como o (a) enfermeiro (a) realizavam o aconselhamento alimentar, de forma diretiva, no controle do consumo de sal e açúcar, não sendo explicadas as demais instruções alimentares necessárias.

*“MED 2: Essa pressão está um pouco alta. A dieta, como é que tá o sal?”*

*US: Eu não boto nem um pouquinho de sal na comida.*

*MED 2: Não tá botando? Pronto. Vamos renovar hoje essa sua receita.”*

*“ENF 3: E o açúcar na comida como é que tá?”*

*US: Estou maneirando muito.*

*ENF 3: Tá mesmo, seu João? Por que sua glicose deu tão alta, viu?”*

*US: Ela sempre foi assim.*

*ENF 3: Corte o açúcar do cafezinho viu?”*

*US: Certo.”*

Esse tipo de orientação simplista e, objetivando apenas um foco, não faz com que se alcance resultados satisfatórios na mudança do hábito alimentar.<sup>18</sup> Para a HAS, essa

restrição isolada do sal não é suficiente para o controle do nível pressórico e também não favorece para mudanças na prática alimentar.<sup>9</sup> Fuchs<sup>19</sup> afirma que existe uma dificuldade em restringir sal em condições reais, já que a maior parte do sal é adicionada nos alimentos ainda na fase industrial.

Os alimentos industrializados e a sua composição com alto teor de sódio é um ponto que se tem sido amplamente discutido como alerta para seus riscos e necessidade de readequação alimentar para um maior consumo de alimentos *in natura*.<sup>2,10</sup> Esse novo padrão alimentar rico em alimentos industrializados é um forte fator de risco para o aparecimento de DCNT e para a emergência da obesidade. No caso desses usuários, já acometidos com HAS e/ou DM, é necessário que haja essa sensibilização, para que possam compreender esses riscos e aderirem a um maior consumo de alimentos naturais e saudáveis.<sup>2,10</sup>

O Guia Alimentar para a População Brasileira<sup>2</sup> também traz esse alerta sobre os riscos do consumo de alimentos ultraprocessados, destacando que esses métodos de ultraprocessamento fazem com que os alimentos fiquem com uma composição nutricional desfavorável; já, que, além do alto teor de sódio, podem também ser adicionado açúcar em grandes quantidades, visando assim a uma maior durabilidade dos produtos ou para mascarar o sabor de algum aditivo.

Isso também é verificado em alimentos *diet e light*, muitas vezes, ditos como “saudáveis” por serem novas reformulações desses produtos. Contudo, a maioria desses alimentos não é benéfica, já, que, para diminuir a quantidade de açúcar dos produtos é aumentado o teor de gordura, ou o contrário.<sup>2</sup> Apesar de ter sido sugerido o consumo desses tipos de alimentos nas consultas acompanhadas, o alerta ao consumo de produtos *diet e light* não foi feito a nenhum dos usuários, o que pode estar corroborando com um possível consumo alimentar inadequado.

De acordo com os Cadernos de Atenção Básica (CAB) propostos pelo Ministério da Saúde (MS), os médicos e os enfermeiros na atenção básica devem estar preparados para realizar o aconselhamento sobre alimentação saudável para um adequado controle da HAS e DM e prevenção de suas complicações.<sup>9,11</sup> Esses cadernos contêm capítulos específicos sobre recomendações nutricionais para a prevenção e manejo da HAS e DM, explicando detalhadamente o papel desses profissionais, as ações a serem realizadas e o detalhamento dos macro e micronutrientes e do consumo energético. Nesse sentido, é esperado que esses profissionais presentes na ESF estejam aptos para realizarem as orientações alimentares de maneira apropriada e com o propósito de alcançar resultados satisfatórios no manejo dessas doenças.

Assim, reforça-se a necessidade dessas orientações serem realizadas a todos os usuários hipertensos e diabéticos, bem como orientá-los sobre a importância da leitura dos rótulos de alimentos, a fim de que possam entender a composição dos produtos consumidos.<sup>9</sup>

### Orientações sobre o preparo dos alimentos/refeições

Algumas orientações acerca do preparo de suas refeições foram ofertadas aos usuários portadores de HAS e/ou DM durante as consultas observadas:

*“ENF 2: [...]Então a senhora pode usar alguns temperos que tem o sabor mais forte pra tentar substituir o sal. A senhora pode fazer uma mistura de ervas secas como manjerição, orégano, salsa, que são desidratadas e dá um sabor na comida que não precise de tanto sal. Na salada, um tomate que a senhora for comer, coloca um limãozinho, um pouco de azeite, pra não colocar o sal.*

*US: Eu já tinha escutado falar nisso. Vou ver se dessa vez eu faço.”*

A utilização de temperos naturais como açafrão, alecrim, alho, cebola, coentro, folhas de louro, gengibre, limão, manjerição, orégano, pimentão, salsinha, tempero verde, vinagre, dentre outros, é uma alternativa encontrada para se reduzir o consumo de sal adicionado à comida e proporcionar sabor. O conhecimento sobre esses substitutos faz com que os usuários deixem de usar ou evitem o uso de temperos prontos, como caldos de carne e legumes, produtos estes que contêm um alto índice de sódio.<sup>9</sup>

É imprescindível essa discussão sobre o preparo das refeições, já que muitas vezes os indivíduos (por desconhecimento ou para dar mais sabor) não retiram alguma parte do alimento, que contenha uma alta concentração de sódio, açúcar ou gorduras ou adicionam outros produtos e alimentos, como é o caso da adição de carnes salgadas à preparação do feijão, ocorrência comum no Nordeste.

*“ENF 2: Charque, calabresa, essas coisas a senhora coloca no feijão?*

*US: Todo dia não.*

*ENF 2: Todo dia não, mas coloca.*

*US: Só uma vez na vida.*

*ENF 2: Então não é pra colocar nenhuma vez na vida. No caso do feijão, nada de colocar esses ossos de carnes que já vem salgado, costela. Porque tudo aquilo ali mesmo que você escale, lave, mas aquele sal ele vai ficar dentro da carne, ele vai soltar dentro do alimento quando a senhora consumir ele vai pros seus vasinhos e vai aumentar essa pressão.”*

Culturalmente o feijão é um alimento frequente na mesa dos brasileiros, e que tem sido muito recomendado na alimentação por ser de origem vegetal e rico em nutrientes.<sup>2</sup> Vasconcelos<sup>20</sup> mostrou que o consumo de charque é um típico costume nordestino mantido inclusive entre os hipertensos e, que, mesmo aplicando a técnica de fervura ou esquentar ainda persiste um quantitativo de sal na charque. Na população de hipertensos estudada, encontrou-se um consumo médio de charque de 160g em 23,0% dos hipertensos e de 34g por dia em 63,5% desses.

Estar atento a essas circunstâncias é dever do profissional de saúde na orientação desses pacientes.

Ainda com relação às orientações acerca do preparo dos alimentos é importante conhecer a pessoa responsável pela alimentação dos usuários:

*“MED 1: [...] Tem que tirar todo o couro da galinha, e a galinha grelhadinha é melhor. Você deve comer um feijãozinho macassa, um arrozinho branco, e pode ralar uma cenoura e colocar no arroz. De manhã come uma farinha de aveia.*

*US: [...] eu só como se a minha mulher fizer. E ela faz tudo gorduroso, é feijão com charque... Só coisa gorda pra eu comer com ela.”*

Na situação exemplificada anteriormente, foi orientado ao usuário sobre o preparo dos alimentos em sua residência, mas não é ele mesmo quem prepara as refeições. É comum esse fato acontecer nas famílias, de ter alguém que prepare as refeições da casa e o usuário, hipertenso e/ou diabético, consumir o mesmo alimento que os demais. É mandatório que, durante as consultas, os profissionais investiguem como é a alimentação familiar na residência, a fim de identificar que refeições são preparadas normalmente e quais delas o usuário com HAS e DM tem consumido. Nesse caso, o profissional poderia convidar a esposa do usuário na consulta seguinte, para que a mesma pudesse receber as orientações alimentares necessárias para a rotina do usuário hipertenso e/ou diabético, ou ainda que essa fosse realizada para os demais moradores da residência, explicando que determinados tipos de alimentos são fatores de risco para DCNT, como também sobre a importância da participação desses familiares na definição e pactuação das metas de acompanhamento a serem atingidas pelo portador do agravo.<sup>9</sup>

### Orientações proibitivas e ausência de diálogo participativo

Foram observadas algumas orientações proibitivas na dieta:

"US: [...] Mas vai melhorar porque eu to comendo mais frutas agora.

ENF 1: Qual fruta?

US: Eu to comendo manga, banana, laranja, pinha... A manga mesmo, eu chupo manga todo dia de manhã.

ENF 1: Manga é um veneno pra diabetes, não pode comer.

O índice glicêmico de manga é muito alto. Não é toda fruta que você pode comer."

"US: Banana comprida a gente come demais.

MED 1: E assim, se for banana no máximo uma viu, por dia. Ou uma dia sim dia não.

US: Agora essa banana prata...

MED 1: Essa daí no máximo uma só. E aí escolhe se come uma ou come a outra, não pode as duas não.

US: É muita banana!

MED 1: É muito doce a banana. Banana é mais doce que a manga."

Nesses e em outros trechos foi percebido um caráter proibitivo ao consumo de determinados alimentos. Isso também foi observado no estudo de Pontieri e Bachion,<sup>18</sup> no qual as orientações alimentares aos usuários diabéticos eram carregadas de expressões impositivas e proibitivas, como "não pode". Isso pode se dar pelo fato de o profissional achar que essas orientações simplistas vão causar uma melhor adesão à dieta pelo usuário e, contrariamente, as autoras defendem que a proposta ideal de alimentação deve ser com um cardápio variado e balanceado composto por diferentes tipos de alimentos.

Percebeu-se, também, que os profissionais não se preocuparam em tornar essa adaptação alimentar um processo participativo. Em nenhum momento, nos acompanhamentos desses usuários, foi observado um diálogo para a elaboração de uma nova dieta em parceria, respeitando os seus gostos e preferências. Esse processo unilateral, muitas vezes resulta em uma baixa adesão da nova dieta.<sup>18</sup>

A falta desse diálogo fica ainda mais clara nessa fala, em que o profissional não levou em conta o padrão alimentar usual do usuário, muitas vezes, imbricados aspectos culturais e financeiros:

"MED 1: De manhã pode comer um pãozinho integral.

US: É que eu não gosto de comer de manhã.

MED 1: Mas vai ter que se alimentar. Tomar um suco, comer uma barra de aveia, viu?

US: Não gosto dessas barras de cereais.

[...]

US: É porque eu trabalho na padaria e pego muito cedo lá. Aí eu paro meio dia no trabalho e almoço. E quando chega lá pras duas horas da tarde eu faço o que? Ou eu

como sanduíche de queijo, pão outra vez. Eu tenho que cortar esse pão.

MED 1: Pois é, tem que fazer um lanche. Uma saladinha de fruta, leva uma fruta de casa, comer uma barrinha de cereal."

Fica evidenciado que foi orientado ao usuário fazer uma restrição alimentar mesmo sabendo que ele não gostava do que foi sugerido. Pontieri e Bachion<sup>18</sup> ressaltam que realizar uma recomendação alimentar ao usuário, sem considerar seus hábitos alimentares anteriores ou mudando abruptamente sua dieta, pode se tornar uma barreira para a adesão a um novo padrão alimentar. Os hábitos alimentares da população se dão de uma maneira cultural na sociedade e, dependendo da região, podem ter alimentos que precisam ser diminuídos da dieta, como no caso do consumo de charque no Nordeste, citado no estudo de Vasconcelos.<sup>20</sup>

Esse processo de conduta do profissional frente a essas mudanças de estilo de vida no padrão alimentar do usuário deve se respaldar no respeito a crenças e hábitos alimentares, já enraizados em seu cotidiano, permitindo, por meio do estabelecimento de confiança e conhecimento partilhado, maior empoderamento e autonomia dos usuários nas decisões frente ao seu agravo crônico.

## Orientações sobre a utilização de outros dispositivos

A atenção básica deve, sempre que necessário, acionar outros equipamentos disponíveis no território e lançar mão de outras ferramentas, para qualificar a atenção prestada, visando contribuir para o cuidado dos indivíduos portadores de doenças crônicas.<sup>21</sup> O trecho abaixo exemplifica:

"ENF 3: A gente tem também, seu Manoel, um grupo de emagrecimento que é com a nutricionista.

US: Tá certo.

ENF 3: Esse grupo de emagrecimento tem gente que em seis meses perdeu dez quilos. Teve uma que perdeu três, teve uma que perdeu quinze. É toda primeira segunda-feira do mês. Se o senhor quiser ir, primeira reunião do ano vai ser dia quatro.

US: Tá certo.

ENF 3: Porque aí vai perdendo um pesinho...

US: É pela manhã?

ENF 3: É pela manhã. De dez horas da manhã. E vai. Aí a nutricionista vai, conversa, orienta vê alguma coisa lá. Porque cento e dois quilos dá pra baixar um pouquinho."

Dentre as USF estudadas, nessa foi verificada a exis-

tência de um grupo de educação em saúde - “grupo de emagrecimento”, com encontros mensais. Esses grupos de educação em saúde propiciam a formação de espaços de diálogo, interação, troca e apoio mútuo, que contribuem para empoderamento individual/coletivo e o alcance de práticas desejadas, podendo se tornar uma importante ferramenta no cuidado aos pacientes com HAS e DM.<sup>22</sup>

Apesar de vários usuários apresentarem um IMC elevado e um desconhecimento/não seguimento da dieta para o controle de suas doenças, apenas este foi encaminhado ao grupo. Nas demais USF, médicos (as) e enfermeiros (as) também não realizavam encaminhamento para o nutricionista, seja ele do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de um outro ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O MS aponta que esse acompanhamento por um profissional especializado é importante no tratamento de alguns casos mais complexos, visto que o profissional pode solicitar exames, desenhar um plano nutricional e orientar para uma dieta mais direcionada àquele usuário específico e suas necessidades nutricionais.<sup>10</sup> Ressalta-se que é necessário estabelecer os mecanismos de referência e contrarreferência entre esses pontos da RAS, com garantia de comunicação e cuidado compartilhado.<sup>7,21</sup>

Em todas as USF do estudo existia a presença de um NASF com nutricionista, contudo foi observado que o nutricionista estava mais vinculado às palestras de educação em saúde. A atuação do NASF na temática da alimentação pode ir além das ações de educação em saúde e, por meio do apoio matricial, os nutricionistas podem estar realizando atividades de atendimento compartilhado, Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território, Clínica Ampliada e contribuindo no planejamento de saúde das equipes. Essas e outras ações proporcionam um aumento no poder de intervenção para atingir resultados positivos no âmbito do indivíduo, família e comunidade.<sup>23</sup>

Essas ações e práticas em grupos de educação em saúde necessitam ser fortalecidas e agregadas no cuidado aos usuários com HAS e DM, visto que essas estratégias têm se mostrado de grande valia e apresentado resultados satisfatórios no acompanhamento desses indivíduos, como também propiciam a discussão e participação de uma equipe multidisciplinar.<sup>22</sup>

Assim como as ações em grupos e os encaminhamentos para especialistas, a Atenção Básica, enquanto ordenadora e coordenadora dos cuidados aos pacientes portadores de DCNT, deve acionar os demais pontos da RAS, sempre que detectada a necessidade. Essa forma de atuação tende a impactar positivamente na qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, fomentando, assim, uma mudança no modelo de atenção

à saúde.<sup>7,21</sup>

## CONCLUSÃO

Os profissionais da ESF têm apresentado dificuldades no manejo com os usuários hipertensos e diabéticos em seu papel educativo para realizar as ações de orientação nutricional. Constantemente, não consideram os hábitos cotidianos dos sujeitos e família e fornecem orientações simplistas, proibitivas e insuficientes, sem detalhamento e a pactuação de metas.

Médicos e enfermeiros da ESF pouco acionam ferramentas e dispositivos da RAS de usuários portadores de DCNT, por vezes, sem garantir a atenção mais adequada a cada sujeito e a continuidade do cuidado dessa população.

São necessários mais estudos que possibilitem melhor entender o porquê dessa atuação ser tão aquém do que é preconizado pelo MS, como também verificar em que ponto a gestão e outros pontos da RAS poderiam atuar para dar subsídio a ESF frente ao controle desses agravos crônicos.

É evidente a necessidade de reforçar o papel desses profissionais no aconselhamento nutricional de usuários com HAS e DM, fornecendo orientações apropriadas e com a participação dos indivíduos no hábito de comer. Essa atuação de educação alimentar deve acontecer ainda na atenção básica, pois pode propiciar um melhor controle desses agravos e prevenir a instalação de complicações.

Também se faz necessário que haja um fortalecimento das atividades nutricionais da ESF com o NASF e os outros pontos da RAS, garantindo o apoio matricial no planejamento, discussões de caso e em intervenções na educação alimentar e nutricional, por meio de trabalho integrado com foco no indivíduo, família e comunidade.

## Financiamento

Projeto “RedeNut: Avaliação da Inserção do Componente Alimentação e Nutrição na Rede de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos em Pernambuco” aprovado pelo edital FACEPE 13/2012 - Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Rede MS/CNPQ/FACEPE/SES; e pelo edital CNPq 71/2013 Programa Ciência sem Fronteiras – bolsa Pesquisador Visitante Especial – MEC/MCTI/CAPES/CNPq/FAPs.

Bolsa da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (2014-2016) pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ. Financiamento da bolsa executado pela Secretaria de Saúde de Pernambuco.

## REFERÊNCIAS

1. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011; 377:1949-61.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1ª ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde; 2013. 84 p. : il.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2ª ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014; 156 p. : il.
4. World Health Organization: Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles; 2014.
5. World Health Organization. 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva; 2008.
6. Dib MW, Riera R, Ferraz MB. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 27(2):125–31.
7. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde/Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família/Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.: il.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção [Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 78 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
13. Santos ALT, Weiss T, Duarte CK, Azevedo MJ, Zelmanovitz T. Análise crítica das recomendações da Associação Americana de Diabetes para doença cardiovascular no diabetes mellito. Revisão Sistemática. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo. 2009 jul.; 53(5).
14. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2007 set./dez.; 11(23): 624- 627.
15. Pope C, Mays N (orgs.). Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 172p.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA; 2009.
18. Pontieri FM, Bachin MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):151-160.
19. Fuchs FD, TOHP, TONE e outros estudos envolvendo restrição salina, tratamento da obesidade e exercício físico na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2001 abr./jun.; 8(2):216-220.

20. Vasconcelos SML, Vieira EDF, Chagas NPM, Silva PMC, Santos TMP. Consumo de charque e técnicas de dessalga adotadas por uma população de hipertensos da região nordeste do Brasil. *Rev. Nutr. Campinas*. 2010 set./out.; 23(5):823-830.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília; 2014.

22. Rezende AMB. Ação educativa na atenção básica à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2011. 218 f.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

---

Submissão: agosto de 2016

Aprovação: fevereiro de 2017

---