



ALIMENTAÇÃO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS: DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES

DIABETIC AND HYPERTENSIVE FOOD: CHALLENGES AND RECOMMENDATIONS

Maurício Novais Bastos
 Guilhardes de Jesus Junior
 Marcela Mariana Muniz de Araújo
 UESC

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Diabetes Mellitus (DM) tipo II e as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) estão entre as 10 principais causas de mortes no mundo. A má prática alimentar, associado com o inadequado estilo de vida, é um dos principais motivos do aumento da incidência dessas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Este artigo tem o objetivo de analisar as dificuldades enfrentadas pelos diabéticos e hipertensos em aderir a uma dieta adequada e discutir sobre o papel da Educação em Saúde na mudança do estilo de vida destes pacientes. Trata-se de um estudo descritivo observacional de uma oficina na modalidade de roda de conversa sobre a alimentação de diabéticos e hipertensos, realizada pela Rede Extensionista Rondon Bahia. Os resultados evidenciaram a baixa condição socioeconômica, o desconhecimento, o arranjo familiar e as dificuldades durante o acompanhamento médico e nutricional, como os principais desafios na adoção de uma dieta balanceada. Conclui-se que a Educação em Saúde, juntamente com o acolhimento, a transversalidade e a integralidade, é capaz de mudar o comportamento alimentar e estimular o prazer em comer bem, desta forma, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.¹

Palavras-chave: Educação em Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Mudança do Estilo de Vida.

¹O presente estudo não teve financiamento.



ABSTRACT

According to the World Health Organization, Type II Diabetes Mellitus and complications of High Blood Pressure are among the top 10 causes of death in the world. Poor eating practice, associated with inadequate lifestyle, is one of the main reasons for the increased incidence of these chronic non-communicable diseases. This article aims to analyze the difficulties faced by diabetics and hypertensive people in adhering to an adequate diet and discuss the role of health education in changing the lifestyle of these patients. It is an observational descriptive study of a workshop in the modality of a conversation wheel on the feeding of diabetics and hypertensive people, conducted by the Rede Extensionist Rondon Bahia. The results evidenced the low socioeconomic condition, lack of knowledge, family arrangement and difficulties during medical and nutritional follow-up, as the main obstacles in adopting a balanced diet. It was concluded that health education, together with host, transversely and integrality, is able to change dietary behavior and stimulate the pleasure of eating well, thus contributing to the improvement of the quality of life.

Keywords: Health education. Chronic Non-Communicable Diseases. Lifestyle Change.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo o Diabetes Mellitus (DM) tipo II e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), são responsáveis por 71% da mortalidade mundial. As complicações clínicas decorrentes da HAS, como as cardiopatias e o acidente vascular encefálico, são as principais causas de morte no mundo, sendo responsáveis por 15,2 milhões de mortes em 2016. Já o DM é sétima principal causa de morte mundialmente, com taxa de mortalidade de 1,6 milhões de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) da população adulta, sendo mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doenças cardiovasculares e acidente vascular encefálico. Estima-se que do total de brasileiros hipertensos, aproximadamente



47,7 % possuem HAS não diagnosticada, 35% HAS em tratamento e somente 15% tem a HAS controlada por medidas farmacológicas e mudança de hábitos de vida. Junto com o diabetes, as complicações renais, cardíacas, encefálicas, retinianas e vasculares decorrentes da hipertensão também afetam a produtividade do trabalho e a renda familiar (MALACHIAS et al., 2016).

Nas últimas décadas, tem ocorrido um notável aumento do número de casos de DM em todo o mundo devido ao impacto da epidemia de obesidade, ao envelhecimento populacional, ao sedentarismo e à urbanização. Em 2017, havia 424 milhões de diabéticos e a previsão para 2040 é de 642 milhões. Cerca de 13 milhões de brasileiros são diabéticos, a sua prevalência varia entre 7,4 a 13,5%, sendo mais prevalentes nos idosos. Os principais impactos do diabetes na saúde pública são a alta taxa de internação hospitalar, síndrome coronariana aguda, amputações de membros inferiores, cegueira, doença renal em estágio terminal e morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Cerca de 95% dos casos de hipertensão e diabetes estão relacionados a fatores genéticos e ambientais, como obesidade, resistência insulínica e alta ingestão de sódio. Isso inclui as más práticas alimentares na etiopatogenia dessas doenças crônicas e na fisiopatologia dos agravos (MARTINS et al., 2015).

A adoção de uma dieta equilibrada é um dos principais fatores para a prevenção de complicações clínicas e redução de danos decorrentes do aumento da resistência à insulina e do aumento da pressão arterial. Partindo desses pressupostos, uma estratégia de Educação em Saúde foi elaborada para discutir sobre essa temática com indivíduos diagnosticados ou não com DM tipo 2 e HAS e promover a prevenção primária aos participantes que não apresentam doença, a fim de impulsionar a proteção à saúde, e a prevenção terciária, já que alguns participantes da oficina encontravam-se doentes e a intervenção era para prevenir complicações.

Essa estratégia foi formulada por uma equipe multiprofissional de docentes e discentes participantes do projeto de extensão da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) da cidade de Ilhéus, Bahia, intitulado “Rede Extensionista Rondon Bahia”. Houve parceria com outras instituições de ensino superior, como Faculdade de Ilhéus e Faculdade de Ciências Empresariais de Santo Antônio de Jesus, ambas do estado da Bahia.



A Rede Extensionista Rondon Bahia possibilita, aos acadêmicos das instituições de ensino superior do sul da Bahia, exercer a cidadania por meio do voluntariado, oferecendo cursos e oficinas de capacitação de diversas áreas do conhecimento às populações desfavorecidas, contribuindo com a evolução formativo-profissional dos estudantes universitários. Este artigo relata uma experiência realizada por esse projeto de extensão na comunidade de Penachinho, do município de Boa Nova, na Bahia, que ocorreu no período de 05 a 10 de fevereiro de 2019 na Escola Municipal Sebastião Rodrigues dos Santos.

A experiência em estudo foi a oficina denominada “Alimentação saudável para diabéticos e hipertensos”, realizada na modalidade de roda de conversa, cuja finalidade foi discutir com os diabéticos e hipertensos da comunidade, citada anteriormente, sobre os desafios e recomendações para a adoção da dieta equilibrada. Também foi abordado sobre o conceito e os fatores de riscos da HAS e DM, os benefícios da dieta balanceada e a como obtê-la. As informações cedidas pelos participantes durante a roda de conversa respeitam o sigilo e a confidencialidade e resguardam o participante em relação aos riscos da elaboração de um relato de experiência.

Desse modo, este artigo tem o objetivo de relatar a experiência de acadêmicos da área de ciências da saúde durante a realização de uma ação de Educação em Saúde sobre alimentação saudável para diabéticos e hipertensos, bem como discutir reflexões sobre os desafios e recomendações relacionadas a mudança dos hábitos alimentares.

Tal estratégia foi estruturada em 3 objetivos específicos: primeiramente, analisar as dificuldades dos pacientes com DM tipo II e HAS em aderir a uma dieta adequada; secundamente, discutir sobre a importância da alimentação saudável e da reeducação alimentar para promoção da saúde física, mental e social; e por último, promover a educação em saúde sobre a mudança de estilo de vida, a fim de combater as causas e as consequências dessas doenças crônicas. Este relato de experiência é uma produção independente, sem financiamento de instituições de produção científica.

2 MÉTODO

A oficina “alimentação saudável para diabéticos e hipertensos” foi estruturada na metodologia da roda de conversa, a qual tem o propósito do favorecimento pessoal e coletivo dos participantes,



estimulando a autonomia e o compartilhamento de informações. A roda de conversa consiste em espaços coletivos e concretos, de lugar e tempo, destinados à comunicação, escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade. Também permite a elaboração e análise da escuta e das informações e tomada de decisão, baseando-se em prioridades e projetos (PONTE et al., 2016).

O espaço escolhido para a realização dessa atividade foi uma sala de aula que continha as cadeiras organizadas em círculo, possibilitando a visualização de todos os participantes e a facilitação no compartilhamento da linguagem verbal e não verbal. Durante essa ação, todos permaneceram sentados, incluindo os acadêmicos responsáveis pela oficina, simbolizando a importância de cada conhecimento, seja ele científico universitário ou popular dos pacientes.

Após o planejamento teórico, foram abertas as inscrições da oficina à população diabética e hipertensa do povoado de Penachinho. A divulgação foi promovida pela Secretaria de Saúde Municipal, e todos aqueles interessados, poderiam se inscrever presencialmente na Escola Municipal Sebastião Rodrigues dos Santos. Embora tenha tido mais de 30 inscritos, somente 5 pacientes compareceram as atividades. No entanto, o pequeno grupo possibilitou um espaço mais dinâmico e interativo, gerando bons resultados durante a execução do projeto.

Um estudo observacional descritivo foi desenvolvido durante a roda de conversa, utilizando a tecnologia da consulta coletiva, ferramenta que possibilita o atendimento em grupo de pacientes com uma patologia ou duas doenças relacionadas em comum, neste caso, todos os participantes eram diabéticos e hipertensos. Embora esse modelo seja realizado de forma coletiva, também possibilita a avaliação individualizada do paciente, bem como, a veiculação de informações em comuns entre eles, como os desafios enfrentados ao longo da doença (PENA; CARINHANHA, 2008). Sendo assim, foi feita uma entrevista semiestruturada antes e depois da atividade para avaliar os impactos positivos e negativos da oficina quanto a escolha adequada dos alimentos.

Os Cadernos da Atenção Básica (CAB) do Ministério da Saúde foram escolhidos como suporte teórico-prático, sendo a discussão centralizada nos 10 passos de uma alimentação saudável para diabéticos e hipertensos (BRASIL, 2013). Os cadernos selecionados foram: CAB, nº 35 que apresenta as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, incluindo os 10 passos para uma alimentação saudável; CAB, nº 36 que discorre sobre o Diabetes Mellitus e inclui cuidados



conforme classificação dessa doença; e por fim, o CAB, nº 37 que aborda a Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como a terapêutica singular e multiprofissional.

Slides com imagens ilustrativas e com textos explicativos sobre cada passo de como ter uma dieta equilibrada foram elaborados previamente pela equipe de acadêmicos, composta por uma estudante de enfermagem e um estudante de medicina, orientados pelo coordenador da Rede Extensionista Rondon Bahia.

Ao final da roda de conversa, uma pirâmide alimentar com os diversos alimentos da região foi exposta a fim de promover a compreensão do que foi abordado. Esta pirâmide construída foi dividida em 8 classes, indicando a quantidade de refeições ao realizar durante o dia: 1. Azeite, óleos vegetais; 2. Cereais integrais; 3. Frutas; 4. Vegetais; 5. Legumes, leguminosas e oleaginosas; 6. Peixes, ovos, aves e frutos do mar; 7. Açúcares, doces, cereais refinados e batata; 8. Manteigas e carnes vermelhas (BRASIL, 2014). Neste sentido, para fixar o aprendizado foi feita uma dinâmica, a qual os participantes deveriam colar no quadro as figuras dos alimentos nos devidos espaços da pirâmide.

Todas as ações basearam-se nas técnicas fornecidas pela Educação em Saúde. Por meio dela, é possível que os indivíduos mudem seus hábitos de vida e possam gozar dos benefícios advindos da mudança. Ressaltando que a dieta não precisa ser totalmente restritiva ou de caráter proibitivo, mas escolher uma refeição em um dia da semana e comer o que deseja, desta promovendo a prevenção de complicações das doenças crônicas e qualidade de vida (MARINHO et al., 2007).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a realização da roda de conversa, os inscitos foram ativamente participativos, embora tenham tido dificuldade em estabelecer a comunicação no início. Foi possível a manutenção do diálogo e de relatos de situações experienciadas. O discurso foi iniciado explanando sobre a definição, a fisiopatologia, os fatores de riscos e as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo II. Também foram abordadas perguntas sobre a importância da alimentação para o cuidado e prevenção de agravos dessas doenças crônicas, além de como e o porquê realizar uma dieta equilibrada.



Em seguida, os 10 passos para uma alimentação saudável foram discutidos. Embora o roteiro para guiar a roda de conversa tenha sido construído previamente, não foi possível e não seria didático discutir sobre todas as recomendações em uma única oficina. Da mesma forma, deve ser durante as consultas de retorno e triagem destes pacientes nas Unidades de Saúde da Família, em que os profissionais devem sempre priorizar as recomendações de maior impacto, considerando os hábitos alimentares, estilo de vida e a motivação do usuário.

As principais recomendações discutidas foram: realizar refeições de 3 em 3 horas; substituir o consumo de carboidratos simples em carboidratos complexos; estimular o consumo de frutas, verduras e legumes; priorizar o consumo de feijão, arroz e proteínas; evitar o consumo de industrializados, sal e gorduras; beber água; e mudar o estilo de vida. No entanto, muito mais do que repassar essas informações, foi necessário estimular o sujeito da ação para promover o autocuidado e autonomia do paciente.

Um ponto negativo foi o não estabelecimento de metas de um plano terapêutico singular devido ao curto tempo de duração da oficina e a necessidade da presença de uma equipe multiprofissional capacitada. Essas metas possibilitam ao paciente a alcançar o peso adequado, bem como a adotar hábitos alimentares para o controle glicêmico e/ou pressórico. Nesse plano, é necessário a associação de medidas não medicamentosas e farmacológicas, quando necessário, e um efetivo acompanhamento para atingir a meta planejada, como a perda de peso ou mudança do padrão alimentar.

Foi possível avaliar que apesar dos participantes terem DM e/ou HAS, esses não possuíam parâmetros adequados de saúde e não tinham conhecimento sobre como melhorar a qualidade de suas refeições. O diálogo evidenciou a baixa condição socioeconômica, a falta de conhecimento e a estrutura familiar como os principais desafios enfrentados por estes pacientes para a adoção de uma dieta balanceada. Outro ponto negativo foi a baixa procura por acompanhamento médico e nutricional, mesmo sendo de fácil acesso na comunidade.

Entretanto, antes de aprofundar nas experiências desenvolvidas durante essa atividade, é necessário compreender a conjuntura e a importância em abordar sobre o bem-estar alimentar nas redes de atenção à saúde.



3.1 REFLEXÕES SOBRE A ALIMENTAÇÃO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS BRASILEIROS

Juntamente com o câncer e as doenças respiratórias crônicas, o DM tipo II e a HAS fazem parte dos quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial. Essas doenças têm quatro fatores de risco em comum, entre eles: alimentação não saudável, tabagismo, inatividade física e álcool (COSTA et al., 2011). Em termos de morte atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), sobrepeso e obesidade (5%) e inatividade física (6%) (COSTA et al., 2011).

Quanto a alimentação da população das capitais brasileiras em 2011, observa-se uma maior prevalência do consumo de carnes com gorduras (34,6%) em detrimento ao consumo regular de frutas e hortaliças, conforme recomendado pela OMS (20,2%) (COSTA et al., 2011). Isso evidencia a cultura da má prática alimentar na rotina dos brasileiros, resultando em 48,5% da população com excesso de peso e 15,8% com obesidade, considerados fatores de riscos cardiovasculares e um dos critérios diagnósticos para síndrome metabólica (COSTA et al., 2011).

Os fatores de risco para DM e HAS podem ser classificados em fatores não modificáveis (genética, sexo e idade) e fatores modificáveis (dieta, estresse, sedentarismo e estilo de vida). Para que haja a prevenção e a redução de danos causados pela cronicidade da hiperglicemia e da pressão arterial elevada, é necessário medidas que interfiram efetivamente nos fatores modificáveis, entre elas, intervenções nutricionais. Além de proporcionar um poder terapêutico sinérgico com as medidas farmacológicas, as modificações na alimentação são reconhecidas como um potencial para a perda de peso, o controle glicêmico e a redução do risco para doenças cardiovasculares, por meio da melhora do perfil lipídico e da manutenção da pressão arterial em níveis adequados (LIMA et al., 1989). Também podem manter o prazer da alimentação, prevenir e/ou retardar os agravos e melhorar a saúde e o bem-estar geral (BRASIL, 2013).

O açúcar, as gorduras saturadas e trans e o sódio fazem parte da tríade dos nutrientes-alvo para o cuidado com os pacientes diabéticos e hipertensos. Diversos estudos científicos afirmam que alimentos contendo esses nutrientes, quando consumidos em excesso, podem contribuir para o



surgimento de doenças crônicas e complicações. São comumente encontrados em comidas industrializadas, como doces, bebidas achocolatadas, temperos e caldos prontos, embutidos, carnes salgadas e processadas, frituras, refrigerante light/dight e entre outros. Já foram identificadas populações indígenas em que o sal não faz parte da dieta e não foram encontrados casos de hipertensão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O diabetes e a hipertensão também são influenciados por determinantes sociais da saúde que variam de acordo com o território processo em que o paciente está inserido. Dahlgren e Whitehead (1992) classificaram os determinantes sociais do processo saúde doença em 3 níveis. Os determinantes distais incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Os determinantes intermediários são as condições de vida e de trabalho, como habitação, educação, produção agrícola e de alimentos, água e esgoto. Já os determinantes proximais são representados pelo estilo de vida e características individuais, como idade, sexo e fatores hereditários. Para que haja eficiência na promoção da saúde é necessário a intervenção em todos níveis (LIMA et al., 1989).

O fator determinante “alimentação” perpassa pelos 3 níveis dos determinantes sociais da saúde. Como determinante distal, a dieta saudável pode ser promovida por meio das macropolíticas que podem atuar na sociedade por meio de políticas de preços (aumentar taxas e impostos em alimentos industrializados e diminuir os tributos cobrados nas vendas de frutas e vegetais), informação e comunicação (limitar a publicidade de alimentos industrializados e com alto teor de sal e açúcar), distribuição (desenvolver políticas da agroindústria para a importação de alimentos essenciais para a nutrição, como leguminosas e tubérculos, para todas as regiões brasileiras) e consumo (tornar obrigatório o uso de alimentos saudáveis nas escolas e creches). O relatório intitulado “*Fiscal policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases (NCDs)*” mostrou evidências de que o aumento de 20% do preço de varejo de bebidas industrializadas, como refrigerantes e sucos artificiais, resultaria numa redução proporcional no consumo desses produtos, o que diminuiria a incidência de diabetes, cáries dentárias, sobrepeso e obesidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A produção agrícola e de alimentos é o determinante intermediário, e influencia diretamente na quantidade e qualidade de alimentos oferecidos para uma determinada comunidade. Como determinante proximal, a alimentação é representada pelos hábitos alimentares a qual sofre influência



de redes sociais e comunitárias, como a família e amigos, por exemplo: a rotina acelerada e a falta de tempo de um grupo familiar propicia o consumo de refeições prontas ou *fastfood*, principais fontes de gordura vegetal hidrogenada, o que acarreta na redução do *High Density Lipoproteins* (HDL-c) e no aumento do *Low Density Lipoproteins* (LDL-c) e triglicérides (BARBOSA et al., 2016).

Para que haja eficiência na prevenção de complicações patológicas aos diabéticos e hipertensos, é necessária a participação de toda a conjuntura social em todos os fatores determinantes do processo saúde doença, principalmente no contexto da promoção da alimentação saudável. Os principais atores são as redes de atenção à saúde, com ênfase na atenção básica, a comunidade, como escolas e universidades, a exemplo dos projetos de extensão e das novas metodologias de ensino dos cursos das áreas de saúde que inserem os estudantes na saúde coletiva, e os governos municipal, estadual e federal por meio das macropolíticas.

A atuação conjunta para toda a população, principalmente das macropolíticas, resultará na otimização dos índices de saúde. A exemplo disso, observa-se que medidas preventivas para a redução de 25% no consumo de sal ou diminuição da 1 kg na média do peso das pessoas ou redução de 10% na média do consumo de álcool seria capaz de reduzir um quarto dos problemas clínicos e seus tratamentos (MALTA et al., 2017).

3.2 DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS DIABÉTICOS E HIPERTENSOS PARA A ADOÇÃO DA DIETA BALANCEADA

Adotar um estilo de vida saudável, simultaneamente a prática regular de atividades físicas e uma dieta adequada ao indivíduo e a sua condição clínica, é eficaz para a redução e exclusão de riscos à saúde e constitui importante para promover a qualidade de vida aos portadores de DCNT's (MALACHIAS et al., 2016). Os benefícios são bastante evidentes, no entanto existem diversas dificuldades na mudança do estilo de vida. Durante a roda de conversa, evidenciou-se que os participantes com doença crônica não realizavam as condutas de tratamento não medicamentoso adequadamente, como controle do peso, redução do consumo de sal, álcool e carboidratos. Nesse sentido, apresentavam irregulares condições de saúde.



A falta de conhecimento sobre as DCNT's, impossibilita a construção do pensamento consciente acerca dos possíveis riscos de agravos e a busca pelo tratamento, o que reflete no ônus econômico tanto pessoal, quanto para o governo (MALTA et al., 2017). Embora sejam doenças responsáveis por cerca de 70% das mortes no mundo, com estimação de 38 milhões de mortes anuais (MALTA et al., 2017), existem muitas pessoas que desconhecem a doença e o que ela pode causar ou conhece de forma superficial. Dessa forma, era nítido a falta de conhecimento dos participantes da oficina quanto ao seu diagnóstico, como tratar e como melhorar a qualidade de suas refeições.

Para iniciar uma vida saudável é importante saber selecionar os alimentos, o que comer em cada refeição e a pausa entre elas. O conhecimento não, necessariamente, promove a mudança dos hábitos de vida, mas é uma ferramenta fundamental para o paciente desenvolver as habilidades de autonomia e autocuidado. Sendo assim, o Conhecimento Nutricional (CN) é individual e pode ter relação com a seleção dos alimentos e com o sucesso, ou não, da prevenção do diabetes e da hipertensão (BARBOSA et al., 2016).

Alguns estudos transversais realizados apontam uma ligação entre a renda e a disponibilidade de alimentos na família. O nível de renda familiar também é um indicador da qualidade de vida (BRAGA; LOPES, 2009) – sem recursos não há oportunidade de manter um padrão alimentar saudável. Os participantes relataram não ter condições financeiras para arcar com as despesas alimentícias, porquanto havia outras despesas domiciliares as quais eram prioridade para eles. Entretanto lhes foi mostrado alimentos mais acessíveis e saudáveis para serem inseridos à dieta, concomitante surgiram dúvidas de como preparar a refeição e sobre a média dos preços.

A estrutura familiar funciona como um sistema – que pode ser definido por *Hall and Fagen* como “um conjunto de objetos com relações entre eles e seus atributos. Os objetos são as partes que compõem o sistema, seus atributos são as propriedades dos objetos, e é através de suas relações que o sistema se mantém integrado” (BRAGA; LOPES, 2009). Nem sempre essas relações são colaborativas para os membros da família. As identidades familiares variam e sofrem mudanças de acordo com o meio cultural e social o qual estão inseridas. Alguns participantes relataram que o consumo de açúcar é exacerbado devido as frutas mais acessíveis possuírem maior teor de acidez e que o paladar das pessoas se adaptou à grande ingestão de açúcar. Mesmo sendo diabético ou pré-diabético, muitos continuam consumindo de forma errônea. Foram dadas orientações à uma copeira,



da escola do povoado de Penachinho, para que ela diminuísse a quantidade de açúcar no suco ofertado aos alunos, e obteve-se resposta positiva.

Para ter um estilo de vida saudável é imprescindível o apoio familiar. O comportamento de cada membro da família tem influência nos familiares acerca (MOTA, 2009). Foi relatado por uma das participantes da roda de conversa o seguinte: “Eu até tento mudar meus hábitos, comer mais frutas, verduras. Mas o marido e os filhos sempre comem as coisas sem controle e quando eu vou procurar não tem. E não tenho dinheiro pra tá comprando fruta toda semana”.

Se o indivíduo portador de DCNT não encontra motivação e suporte dos familiares, dificulta o sucesso do tratamento. A família pode servir como uma barreira ou como uma ponte nesse processo (MOTA, 2009); por isso se faz necessário que ela se envolva de forma direta ou indireta no tratamento do diabético ou hipertenso. Algumas pessoas que compunham a roda de conversa afirmaram não ter uma alimentação correta, não ir ao médico e não tomarem medicamentos para a doença que porta.

Em Penachinho, o acompanhamento médico muitas vezes não ocorre devido as inúmeras dificuldades. Não existe Unidade de Saúde da Família no povoado e a unidade mais próxima fica no município de Boa Nova, então existem dificuldades de locomoção, principalmente dos idosos que, muitas vezes, se encontram impossibilitados devido sua condição física. Não há um encaminhamento pelos enfermeiros para que as pessoas possam ir ao médico. Na maioria das vezes, os indivíduos procuram assistência médica somente em caso de doença grave e que não tenha como tratar em casa. Não somente ir ao médico é importante, como também a adesão ao tratamento, que só se tem sucesso quando o conjunto paciente/médico entende, concorda e segue a prescrição adequadamente (ROLLO et al., 2008).

3.3 RECOMENDAÇÕES AOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA SAÚDE BÁSICA PARA A PROMOÇÃO DE VALORES NUTRICIONAIS

É direito do cidadão e respaldado pela constituição o direito à Saúde, assim como outras necessidades vitais e que agregam ao Bem-Estar e a Qualidade de Vida da sociedade (NAHAS, 2012). O SUS, ferramenta de controle de saúde do governo, conta com uma gama de profissionais e que englobam o nicho da esfera da saúde, dentre estes profissionais, encontram-se: médicos, enfermeiros,



técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, sociólogos e entre outros (JUNQUEIRA, 2010).

Entretanto, estes profissionais devem trabalhar em suas partes, para englobar o bem-estar maior em sua totalidade, promovendo possibilidades e ferramentas de conscientização para a população vigente, a fim de promover a ordem, a equidade e a integralidade nos atendimentos, dentre outros princípios do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). É necessário que esta equipe esteja em sintonia e não havendo maior grau de importância profissional, todos os profissionais possuem um caráter impa na equipe, onde um profissional necessita do outro, fluindo uma sintonia perfeita e multidisciplinar. Esta sintonia entre os profissionais deve perpassar pelos 3 níveis de complexidade do SUS: atenção básica, secundária e terciária (SAUPE, 2005).

Os profissionais de saúde, principalmente da atenção básica, como os Agentes Comunitários em Saúde e a equipe do Núcleo de Apoio de Saúde da Família, devem atuar com ações articuladas, tendo a escuta e o acolhimento do paciente como o eixo principal da conduta de intervenção do processo saúde-doença. Neste contexto, esses profissionais e gestores devem elaborar programas de Educação em Saúde mais abrangentes sobre a mudança de hábitos alimentares, estabelecendo metas e objetivos, considerando fatores sociodemográficos e socio sanitários.

Com o objetivo de obter máxima eficiência da saúde pública e privada brasileira para o controle de complicações desencadeadas pela pressão elevada e resistência insulínica, é necessário orientar todos os profissionais de saúde quanto à sua função como ator modificador da condição física, mental e social do paciente, tanto individualmente como coletivamente. É preciso compreender que todo profissional em qualquer ambiente de saúde é um potencial formador didático/pedagógico de informações para prevenção de agravos e promoção da qualidade de vida.

Considerando a atenção básica como a porta de entrada dos serviços de saúde no Brasil, é preciso que a Equipe de Saúde da Família (ESF) investigue, analise e compreenda as necessidades em saúde da população adscrita por meio de avaliações epidemiológicas e pesquisas de campo, a fim de conhecer e intervir nas principais dificuldades alimentares enfrentadas pelos seus pacientes. Para isso, é necessário: realizar o processo de territorialização; visitar os âmbitos da saúde, domicílios e outros espaços, como escolas e associações; realizar ações de atenção integral, como distribuir panfletos, cartazes, promover palestras, ações internas, externas e intersetoriais; garantir a



integralidade, a escuta humanizada e o acolhimento; responsabilizar-se pela população adstrita; promover a participação da comunidade; e promover educação permanente e atividades que sejam prioridades locais (ALVES, 2014).

Durante a intervenção na alimentação dos diabéticos e hipertensos, é necessário que a equipe multiprofissional da atenção básica execute alguns dos princípios e diretrizes do SUS, como: o acolhimento e o acompanhamento, a transversalidade, a equidade, integralidade e a Educação em Saúde. O acolhimento e acompanhamento consiste em: atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde e garantindo o acesso universal; reorganizar o processo de trabalho com o foco de redirecionar o eixo central do médico para a equipe multiprofissional; e qualificar cada paciente, criando parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (NICÁCIO JÚNIOR, 2014).

O acolhimento tem o objetivo de escutar as necessidades e todas as queixas do paciente. É um processo fundamental do trabalho para a promoção de um serviço afetivo com otimização das atividades, humanização do atendimento e viabiliza a resolutividade das ações desenvolvidas, ao passo em que proporciona aos usuários uma resposta imediata à sua demanda quando procura o serviço de saúde (MOTA, 2009). Por meio dessa ferramenta, toda a equipe, e não somente o médico, será responsável em compreender as dificuldades enfrentadas pelo paciente durante a terapêutica não medicamentosa. Por meio da compreensão completa da anamnese e exame físico do usuário, será possível identificar e combater os fatores que dificultam na mudança do estilo de vida.

A transversalidade é um seguimento da Política Nacional de Humanização (PNH) e tem como base o grau de contato entre os pacientes e os profissionais de saúde, sem hierarquização, reforçando a ideia de saúde universal e qualidade de vida (RHS, 2015). Por meio da transversalidade, é possível reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido (ROLLO et al., 2008). Logo, tanto a equipe como o paciente, são atores corresponsáveis que podem atuar na modificação do processo do adoecer. Nesse sentido, torna-se importante a composição multiprofissional da equipe, já que os diferentes conhecimentos dos especialistas irão permitir uma visão mais holística da lista de problemas encontrados nos pacientes diabéticos e hipertensos.

A equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo em maior proporção onde há maior demanda e carência (ROLLO et al., 2008). Baseia-se na ferramenta da conduta singular, a



qual visa identificar as particularidades do paciente que influenciam diretamente na sua condição de saúde e trata-las de acordo as melhores medidas possíveis. Indo de encontro com as recomendações gerais presentes em diretrizes e livros sobre DM e HAS, a conduta singular particulariza o indivíduo, considerando as suas características, dificuldades e complicações. Cada ser humano não é igual a outro, logo, a conduta terapêutica não medicamentosa também não deve ser.

Durante a conduta singular, devem ser incorporadas as seguintes atividades, como: a estratificação das pessoas segundo riscos/vulnerabilidade, com intervenções individuais e coletivas conforme o estrato de risco; o cuidado compartilhado; o apoio ao autocuidado; a maior qualidade nos cuidados preventivos, oriundas da formação, incorporando conceitos das ciências sociais, intervenções comportamentais, neuropsicológicas, ambientais e econômicas.

A integralidade considera o indivíduo como um todo, buscando atender todas as suas necessidades físicas, mentais e sociais. A alimentação perpassa por essas 3 partes do indivíduo. O ser humano necessita comer para suprir as suas necessidades fisiológicas, para isso é necessário que ele esteja inserido em um meio social que influencia nos tipos de alimentos escolhidos para compor a sua dieta. A motivação do paciente para se alimentar adequadamente está fortemente ligada ao seu eixo mental, como por exemplo, no Transtorno de Ansiedade Generalizada, alguns pacientes acabam comendo compulsivamente para aliviar a tensão. Neste princípio, há também uma articulação da saúde com outras instituições públicas, para assegurar as ações e eficiências na saúde, qualidade de vida e bem-estar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O último princípio é a Educação em Saúde, ferramenta fundamental para promoção de diálogos educativos e realização de ações de prevenção de doenças e agravos. Seja durante a sala de espera de uma USF ou propagandas veiculadas nas redes sociais, este princípio busca informar ao paciente sobre a sua condição de vida e os principais cuidados para promover, proteger e recuperar a saúde. Esta deve ter uma linguagem acessível ao público alvo e ser direcionada a todas as faixas etárias, doentes e não doentes, já que as más práticas alimentares também são consideradas fatores de risco para o desencadeamento de outras doenças, como a Síndrome Metabólica (FREIRE, 2001).

Sem dúvida, as recomendações aos profissionais de saúde devem estar fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS, no entanto, estas dependem da conjuntura política e social brasileira. É preciso que a população, juntamente com o Estado e as redes de atenção à saúde, objetive a



valorização do modelo do sistema de saúde assistencialista que contrapõe o modelo tecnicista. É necessário ter uma visão além da patologia do doente, e compreender as suas particularidades, o seu ser biopsicossocial. Somente desta forma será possível pormenorizar as dificuldades enfrentadas pelos diabéticos e hipertensos que necessitam da mudança dos hábitos alimentares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se que o grupo pequeno durante a roda de conversa propiciou um espaço mais efetivo para a promoção da saúde e a retirada de dúvidas individualmente. Além disso, o compartilhamento de conhecimentos e a aprendizagem entre os acadêmicos e os participantes foram essenciais para o estabelecimento de um relacionamento profissional-paciente, bem como facilitou a realização da Educação em Saúde.

Os participantes, inicialmente, leigos, obtiveram sucesso no aprendizado. Devido ao conhecimento insuficiente sobre uma dieta adequada a sua condição de saúde, a estrutura familiar e a baixa condição socioeconômica, os participantes não realizavam as refeições de forma correta, utilizando os alimentos inapropriados e horários desorganizados. Ao final da oficina, os pacientes afirmaram que se sentiam autônomos para a realização do autocuidado e transpareciam entusiasmo para começar a colocar em prática os novos ensinamentos, o que reflete na saúde do mesmo e pode vir a influenciar na saúde da família também.

O estudo contribuiu para afirmar que a Educação em Saúde é capaz de não somente mudar o comportamento alimentar, mas também estimular o prazer em comer bem e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Contudo, além de mudanças advindas do próprio indivíduo, é importante a atuação do governo no quesito de disposição dos serviços de saúde à essas pessoas, a criação de uma unidade de saúde da família na localidade, mais programas de saúde, e uma equipe completa e qualificada para atender o povoado de Penachinho.

Também é importante a presença de médicos na comunidade para diagnosticar tais doenças e realizar a prescrição de medicamentos, se necessário, enfermeiros para o encaminhamento à consulta médica, Educação em Saúde, curativos, métodos paliativos, nutricionista para elaborar uma dieta individualizada, psicólogos para atuar na motivação do tratamento e métodos de combater uma



possível compulsão alimentar. Ou seja, é necessário a presença de uma equipe multiprofissional e humanizada para a promoção da saúde a estes pacientes por meio da modificação dos hábitos alimentares.

REFERÊNCIAS

ALVES, Felipe. *Saiba as diferenças entre postos de saúde, UPAs e hospitais*. Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://ndmais.com.br/noticias/saiba-as-diferencas-entre-postos-de-saude-upas-e-hospitais/>. Acesso em: 18/06/2019.

BARBOSA, Lídia Bezerra, et. al. Estudos de avaliação do conhecimento nutricional de adultos: uma revisão sistemática. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, 2016, (449-462). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0449.pdf>. Acesso em: 03/06/ 2019.

BRAGA, Lara Ribeiro; LOPES, Flávia. A influência que a relação familiar pode exercer no paciente pós cirurgia bariátrica. *Rev. Online. Portal dos Psicólogos – TCC*, Salvador, 2009. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0236.pdf>. Acesso em: 07/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 162 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 10/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 11/06/2019.

COSTA, Jorge de Assis, et. al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, 2011, (2001-2009). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2011.v16n3/2001-2009/>. Acesso em: 03/06/ 2019.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: Institute for Futures Studies, 1991-. ISSN 1652-120X. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acesso em: 16/06/2019.

Bastos, M. N. et al. (2020).



FREIRE, Paulo. Carta de Paulo Freire aos professores: ensinar, aprender; leitura do mundo, leitura da palavra. *Estudos Avançados*, v. 42, n. 15, 2001, (259-268). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v15n42/v15n42a13.pdf>. Acesso em: 10/06/2019.

JUNQUEIRA, Simone Rennó. Módulo Político Gestor: competências profissionais na estratégia saúde da família e o trabalho em equipe, *Especialização em Saúde da Família*. UNIFESP, São Paulo, 2010, (93-108). Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf. Acesso em: 15/06/2019.

LIMA, Eronides da Silva, et. al. Condições socioeconômicas, alimentação e nutrição da população urbana de uma localidade do estado de minas gerais (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, v. 23, n. 5, 1989, (410-421). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v23n5/08.pdf>. Acesso em: 05/06/2019.

MALACHIAS, Marcus Vinicius Bolívar, et. al. Sociedade Brasileira de Cardiologia: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 107, n. 3, [S.3], set. 2016, (01-83). Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 04/06/2019.

MALTA, Déborah Carvalho, et. al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, [S.1], 2017, (01-10). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf. Acesso em: 05/06/2019.

MARINHO, Maria Cristina Sebba, et. al. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal. Brasil. *Rev. Brasil Saúde Materna Infantil*. Recife, v. 7, jul./set. 2007, p. 251-261. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/04.pdf>. Acesso em: 01/06/2019.

MARTINS, Milton de Arruda, et. al. *Clínica Médica*, São Paulo: Manole, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Princípios do SUS. *Rev. Digital*, 2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 15/06/2019.

MOTA, Priscyla de Paula. Acolhimento como ferramenta estratégica para reorganização do processo de trabalho no programa de saúde da família: relato de experiência. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG, Formiga/MG, 2009. Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/. Acesso em: 15/06/2019.

NAHAS, Markus Vinicius, et. al. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. *Rev. Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 34, n. 2, abr./jun. 2012,

Educação em Saúde. Revista Revise, v. 4, n. 00 (2020): O Sistema Único de Saúde na Formação e na Prática Médica, p. 173-191.

Bastos, M. N. et al. (2020).



(513-518). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892012000200018. Acesso em 15/06/2019.

NICÁCIO JÚNIOR, Joab Alves. Acolhimento de diabéticos e hipertensos em unidade básica de saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/acolhimento-diabeticos-hipertensos.pdf>. Acesso em: 20/06/2019.

PENA, Lucia Helena Garcia; CARINHANHA, Joana Iabrudi. Consulta coletiva pré-natal: uma proposta para uma assistência integral. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, n. 1, jan./fev. 2008, (158-160). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_23. Acesso em: 01/06/2019.

PONTE, Hermínia Maria Sousa da; OLIVEIRA, Lucia Conde de; Ávila, Maria Marlene Marques. Desafios da operacionalização do Método da Roda: Experiência em Sobral (CE). *Saúde Debate*, v. 40, n. 108, jan./mar. 2016, (34-47). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00034.pdf>. Acesso em: 01/06/2019.

RHS. Rede Humaniza do SUS. *Rev. Digital RHS*, 2015. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/93093-transversalidade-no-sus/>. Acesso em: 20/06/2019.

ROLLO, Adail de Almeida, et. al. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

SAUPE, Rosita, et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, v. 9, n. 18, set./dez. 2005, (521-536). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2005.v9n18/521-536/>. Acesso em: 15/06/ 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *O Que é Diabetes?*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 160 p. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes>. Acesso em: 04/06/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The top 10 causes of death. *Newsroom*, [S. l.]. Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 04/07/2019.