



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Brendon Icaro Silva Donato

# A Promoção de Uma Alimentação Saudável para Moradores do Município de Ibirubá-RS

Florianópolis, Março de 2023



Brendon Icaro Silva Donato

A Promoção de Uma Alimentação Saudável para Moradores do  
Município de Ibirubá-RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Silvia Salvador do Prado  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Brendon Icaro Silva Donato

## A Promoção de Uma Alimentação Saudável para Moradores do Município de Ibirubá-RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Silvia Salvador do Prado**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** O presente trabalho tem por objetivo desenvolver um projeto de estímulo ao desenvolvimento de hábitos de alimentação saudável na população do território da Estratégia de saúde da Família Hermany, município de Ibirubá (RS). Em prossecução ao trabalho de pesquisa, seguiu-se o processo de intervenção. **Metodologia:** Para isso, realizamos coleta de dados com usuários dos serviços de saúde da família adscritos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro Hermany, no intuito de avaliar seus hábitos alimentares, e com isso contribuir na elaboração de estratégias condizentes para práticas de alimentação saudável. Como forma de dar corpus a esta pesquisa, avaliamos pacientes com índices de obesidade e outras comorbidades, como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, haja vista desejarmos auferir dados que embasassem nossas assertivas para esta pesquisa. A maioria dos usuarios abordados já possui uma morbidade crônica instalada, o que reforça a importância de hábitos saudáveis. Ações de educação permanente foram desenvolvidas com a equipe e vídeos informativos foram incluídos em sala de espera da unidade. **Resultados Esperados:** Desenvolvemos a promoção da saúde por meio de reprodução de vídeos educativos sobre alimentação saudável, nutrição, preparo e armazenamento dos alimentos para reprodução em sala de esperas e cartilhas sobre alimentação saudável, nutrição, preparo e armazenamento dos alimentos para distribuição à população.

**Palavras-chave:** Estudos Populacionais em Saúde Pública, Hábitos Alimentares, Nutrição em Saúde Pública, Obesidade





# Sumário

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .            | <b>9</b>  |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b> . . . . .             | <b>13</b> |
| <b>3</b> | <b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . . | <b>15</b> |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA</b> . . . . .           | <b>21</b> |
| 4.0.1    | Local e população . . . . .            | 21        |
| 4.0.2    | Procedimentos . . . . .                | 21        |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .  | <b>25</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .           | <b>29</b> |



# 1 Introdução

Ao longo de um ano de serviços prestados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Hermany situado na cidade de Ibirubá (RS), é possível se ter uma percepção da realidade populacional e, com isso, realizar um diagnóstico mais preciso da saúde do território.

A cidade de Ibirubá (RS) está inserida em um meio agrícola/industrial. Já na zona urbana se encontra grandes empresas multinacionais que empregam aproximadamente 4 mil funcionários. No município ainda existe um importante comércio, pois a cidade é a maior da sua região. As empresas multinacionais mencionadas estão, predominantemente na área da Estratégia de saúde da Família Hermany. Com relação a área rural a maior parte é utilizada para a agricultura e uma pequena porcentagem para a criação de bovinos, equinos, suínos e aviário.

Existe saneamento básico para toda a população, inclusive para a população rural, pois existe um rigoroso cuidado e vigilância das fontes de água e um tratamento adequado dos resíduos com o descarte sendo feito em uma zona isolada. Há também um sistema cooperativo de reciclagem com geração de renda e melhor aproveitamento dos materiais descartados.

A população total da cidade é de 20300 habitantes (DATASUS, 2017), e em relação a sua distribuição podemos considerar que é predominantemente idosa, com o índice de envelhecimento de aproximadamente 143, um valor consideravelmente elevado indicando uma transição demográfica avançada. O coeficiente de natalidade se mantém aproximado ao nacional, de 13,6 nascimentos/ 103 habitantes. A taxa de mortalidade geral é de 7,76 óbitos/103 habitantes (DATASUS, 2017), e se encontra levemente acima da média nacional que é de 6,6 óbitos/103 habitantes (DATASUS, 2016). A razão de mortalidade materna no município é zero e a mortalidade infantil de 11,8 óbitos/103 nascidos vivos, menor que a média nacional (SIM/SINASC, 2018).

O serviço de saúde é completo, estando inserido em uma rede de atenção à saúde com protocolos bem definidos, todos os níveis de atenção, em quase todas as especialidades. A cidade conta no total com 4 Estratégias de Saúde da Família e 3 Unidades Básicas. Quando o problema não é resolvido no município, rapidamente se encaminha o paciente para o centro de referência para dar prosseguimento no cuidado, sendo esse integral, longitudinal e com a coordenação do cuidado sob responsabilidade da equipe da ESF a qual o paciente pertence. Em relação a disponibilidade de recursos tecnológicos, existe na cidade: clínica de diagnóstico por imagem que conta com aparelho de Tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, ultrassonografia e radiografia.

A rede de atenção a saúde do município possui um serviço de saúde de qualidade e resolutivo, existe uma grande procura dos serviços prestados pelo SUS por parte da população, e uma menor procura do setor privado na cidade.

Na ESF Hermany estão adscritos atualmente 4154 cidadãos, e cerca de 63% da população adscrita nesta ESF vive em zona rural. Na área de atuação percebe-se que há uma heterogeneidade em relação a classes sociais, desde classes altas a classes mais empobrecidas. No geral, a população possui renda adequada, na média nacional, que permite sobreviver e suprir necessidades básicas, como alimentação, moradia, transporte, lazer, etc.

O atendimento na ESF é realizado através de consultas agendadas que representa 30% do horário de atendimento, e a livre demanda ocupando os 70% restantes. Também é realizado pequenos procedimentos, como lavagem otológica, pequenas suturas, administração de medicamentos, observação de pacientes, curativos, cantoplastias, etc. A demanda por atendimento médico é maior por parte da população idosa, representando aproximadamente 50% dos atendimentos realizados. As principais queixas estão relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente diabetes e hipertensão e suas complicações, e doenças mentais. Outros 25-30% das consultas são para adultos jovens que apresentam com problemas de saúde mental (depressão, ansiedade generalizada), problemas relacionados ao trabalho e também doenças crônicas não transmissíveis. Vale ressaltar que os problemas relacionados ao trabalho são extremamente relevantes, pois denuncia uma má ergonomia durante o trabalho com problemas em articulações, lesão por esforço repetitivo (LER), perda auditiva induzida por ruído (PAIR), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), e em relação ao trabalho exercido na zona rural está presente as intoxicações causadas por agrotóxicos explicado pela falta do uso adequados dos mesmos e a não utilização dos (equipamentos de proteção individual (EPIs). Puericultura, pré-natal, atendimento a puérperas e pediatria representam aproximadamente 20% da demanda. Uma pequena porcentagem está relacionada a problemas variados e diversos. Cerca de 67% dos atendimentos são para mulheres e 33% para homens.

As DCNT estão se manifestando cada vez de forma mais precoce, pois faz parte da demanda dos adultos jovens (cada vez mais jovens), dos idosos e crianças, pois apresentam a principal queixa e principal motivo de consulta. Na ESF Hermany dentre os problemas do grupo de DCNT o principal é a Hipertensão arterial sistêmica, apresentando uma prevalência de aproximadamente 23% dos indivíduos, em segundo lugar a depressão/ansiedade com 14% e em terceiro a diabetes com 7%. A obesidade apesar de não ser considerada uma patologia em si, predispõe a pessoa a desenvolver doenças, e apresenta-se com uma prevalência aproximada de 22%.

Logo em seguida estão os problemas relacionados à saúde mental, pois há um aumento significativo da auto cobrança (por independência financeira, por exemplo), estímulo excessivo ao consumismo, problemas familiares, problemas com drogadição, o que leva a um adoecimento mental e a uma grande necessidade de uso de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos.

De acordo com os dados expostos, se observa que o principal problema a enfrentar é

---

a pandemia de doenças crônicas não transmissíveis. Em 2018, cerca de 67,3% das mortes no Rio Grande do Sul foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras). Como causas desse número expressivo de mortes temos uma mudança na vida da população ao longo dos anos como o crescimento da renda, a industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados e ultra processados, e a globalização de hábitos não saudáveis, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas.

Hoje com a globalização, os indivíduos estão cada vez mais sobrecarregados. Os trabalhos já não exigem esforço físico, o tempo é sempre curto, e as pessoas sofrem por falta de lazer. Com isso a utilização de pratos prontos estão cada vez maior, e esses não contêm os mesmos nutrientes de uma alimentação in natura, ou mesmo do alimento preparado em casa .

Analisando esses dados e temos que um fator de risco em comum com as DCNT que é uma dieta inadequada. Inclusive, na região sul do país os costumes herdados das descendências de italianos e alemães é marcada por uma dieta rica em carboidratos, gorduras saturadas e trans, tornando-se um agravante. Isso já é marcado nacionalmente, fazendo parte da cultura local, interferindo assim na qualidade de vida, na eficácia dos tratamentos, na epidemiologia das doenças e na perpetuação de uma população doente.

Outro ponto importante é que a dieta inadequada afeta a todos, independente do público, pois dados recentes revelam que os problemas relacionados com a obesidade, resistência à insulina, síndrome metabólica, hipertensão, etc., estão se iniciando cada vez mais precoce, atingindo uma alta porcentagem até mesmo em crianças. Já nos adultos da mesma maneira que uma dieta inadequada contribui para uma má qualidade de vida, uma dieta adequada serve tanto como fator protetor em paciente sadios, como tratamento para os pacientes portadores de DCNT.

Observando a elevada importância de uma alimentação saudável, fica fácil perceber que este é um ponto crucial a ser trabalhado. Trata-se de um fator de elevada magnitude e transcendência, afetando a todos, não necessitando de tecnologias ou aparatos, e de baixo custo, visto tratar-se de um tema relacionado à educação da população em relação aos alimentos/hábitos alimentares.

O estudo do tema é importante não somente para o médico ou a equipe da saúde, mas para toda a população porque trata de qualidade de vida sendo atingido de maneira simples, com grande possibilidade de se obter êxito através da educação alimentar.

Grande parte da mídia, meios de comunicação e redes sociais já fala sobre este tema há um certo tempo, e hoje todos sabem que excesso de gordura, sal e carboidratos consumidos diariamente não contribuem para a saúde. Visto não haver um controle sobre a veracidade das informações disseminadas, existe uma certa emergência na conscientização da população quanto ao tema, informando de maneira correta e eficaz sobre os alimentos, sanando as dúvidas que os indivíduos apresentam e sedimentando um conhecimento

científico de maneira natural e duradoura em meio à comunidade.

Como os benefícios de tal intervenção são inestimáveis, existe o interesse por parte de toda a equipe neste trabalho, o que reforçará ainda mais o vínculo da ESF com todos que a utilizam e fazem parte da mesma.

## 2 Objetivos

### OBJETIVO GERAL

Desenvolver um projeto de estímulo ao desenvolvimento de hábitos de alimentação saudável na população do território da Estratégia de saúde da Família Hermany, município de Ibirubá (RS).

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar um instrumento de coleta de dados acerca dos hábitos de alimentação dos usuários do serviço, para identificação/avaliação de seus hábitos alimentares;
2. Realizar ações de educação continuada/permanente à equipe da ESF com relação a hábitos de alimentação saudável;
3. Elaborar vídeos educativos sobre alimentação saudável, nutrição, preparo e armazenamento dos alimentos para reprodução em sala de esperas e cartilhas sobre alimentação saudável, nutrição, preparo e armazenamento dos alimentos para distribuição à população.





### 3 Revisão da Literatura

A promoção da saúde (PS) é uma estratégia que proporciona maior percepção aos fatores de risco e aos agravos à saúde da população, entregando um atendimento integral e longitudinal, permitindo o desenvolvimento de medidas que reduza danos aos indivíduos (BUSS, 2000). Para melhor compreensão da Promoção da Saúde, o termo saúde deve estar claro e bem definido. Diversos conceitos são encontrados na literatura, sendo o mais utilizado o da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde diz “ser um completo bem estar físico, mental e social, não somente a ausência de doença ou enfermidade” [Organização Mundial de Saúde - OMS \(2006\)](#).

Durante a primeira conferência internacional sobre promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986, foi definido que para se alcançar o completo bem estar físico, mental e social os indivíduos devem estar aptos a identificar e realizar as suas próprias aspirações e poder satisfazer as suas próprias necessidades, sendo a saúde entendida como um recurso para a vida e não uma finalidade de vida, [Organização Mundial de Saúde \(1986\)](#).

A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilo de vida saudável para atingir o bem estar. Deve-se incentivar a população para que assuma o poder sobre sua saúde. Isto exige um acesso pleno e contínuo à informação, oportunidades de aprendizagem em saúde, educação, reforçando competências que habilitem uma vida saudável. Este processo deve ser contínuo, para que as pessoas consigam se adaptar em todas as diferentes etapas de suas vidas, enfrentando as doenças crônicas e suas incapacidades ([ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986](#)).

Corroborando com princípios de promoção da saúde o trabalho no âmbito da Atenção Básica, envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, além da redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades ([BRASIL, 2012](#)).

No Brasil apesar dos avanços obtidos na implantação da Atenção Básica, constata-se que existe dificuldades em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde ([CAMPOS, 2005](#)). Os próprios usuários utilizam o sistema somente quando se apresentam com patologias agudas, ou quando ocorre uma descompensação das doenças crônicas, levando a uma priorização de ações curativas de condições agudas centradas na atuação do médico a partir da demanda e não nas reais necessidades dos usuários ([COELHO; JORGE, 2009](#)).

Essa cultura centrada na atenção do médico é um reflexo do modelo de atenção à saúde do Brasil antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), quando os serviços eram prestados basicamente por hospitais, focado no tratamento de doenças, um serviço

curativo, dependente de médicos especializados e de equipamentos de alta complexidade e elevado custo. Era chamado de modelo médico-assistencial hospitalocêntrico. Fortalecido pelo antigo conceito de saúde como ausência de doença e pelo enriquecimento do complexo médico-tecnológico meramente mercantilista. Porém com a introdução do novo conceito de saúde e de assistência à população com a implantação da atenção básica e todos os seus princípios, o Brasil passou por uma transição epidemiológica, onde as taxas de morbimortalidade por doenças Infecciosas decaíram consideravelmente, ao mesmo tempo em que as doenças e agravos não transmissíveis vieram e vêm aumentando, passando a ser a principal causa de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo (BRASIL, 2006a).

O processo de mudança global, com desenvolvimento de tecnologias, surgimento e disseminação de informações em velocidade recorde, o imediatismo, o consumismo, dentre outros, contribuem para o aumento progressivo da obesidade, e além disto, existe uma complexa relação entre corpo-saúde- alimento e cultura, uma vez que existem vários grupos com diferentes contextos e paradigmas sobre estes temas, que variam com a história (BRASIL, 2006a).

O diagnóstico de obesidade é realizado a partir do parâmetro estipulado pelo índice de massa corporal (IMC), obtido a partir da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura ao quadrado (m)<sup>2</sup> dos indivíduos. Através deste parâmetro, são considerados sobrepeso os indivíduos cujo IMC encontra-se entre 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> e obeso os indivíduos cujo IMC encontra-se num valor igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (WHO, 2000)

No Brasil encontramos atualmente 55,7% da população adulta com excesso de peso e 19,8% com obesidade. Além disso, 7,7% da população adulta apresenta diabetes melitus (DM) e 24,7% hipertensão (BRASIL, 2019) Dado alarmante, pois, em 2006 a população adulta com excesso de peso era de 42,7% e 11,6% apresentava-se com obesidade (BRASIL, 2007). Temos então um incremento de 13 pontos percentuais na contagem de sobrepeso e 8,2 pontos percentuais na contagem de obesidade em 12 anos. Dados de 2013 indicam que dentre os adultos com diabetes, 75,2% têm excesso de peso e, entre os adultos com hipertensão, 74,4% têm excesso de peso (IBGE et al., 2013)

Em função da magnitude da obesidade e da velocidade da sua evolução em vários países do mundo, este agravo tem sido definido como uma pandemia, atingindo tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, entre eles o Brasil (BRASIL, 2006a).

Não existe uma causa única para a obesidade, pois envolve questões biológicas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Porém, o principal determinante que é considerado o grande responsável pelo quadro, é o balanço energético positivo advindo de uma dieta hipercalórica, ou seja, a quantidade de energia consumida pelo indivíduo é maior do que a quantidade gasta. Existe uma teoria genética que por falta de evidências não é um mecanismo totalmente aceito. Outras causas como desordens metabólicas, que seriam causa de uma obesidade secundária a uma patologia endócrina, representa menos

de 1% dos casos de obesidade (BRASIL, 2006a).

Uma adequada alimentação deve fazer parte da vida de todos os brasileiros. No que concerne à hipertensão arterial sistêmica, a dieta desempenha um papel importante em seu controle. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2006b)

Seguindo a mesma linha, sobre o DM, as modificações na alimentação são reconhecidas como um recurso para o controle glicêmico e redução do risco das doenças cardiovasculares. Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientadas sobre a importância da adoção de medidas para mudanças no estilo de vida, o que inclui a alimentação saudável, para a efetividade do tratamento, pois, hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sendo grau de recomendação A. Somente após a regularização da alimentação associado a um estilo de vida mais ativo, é que se analisa a necessidade da introdução da terapia farmacológica (BRASIL, 2013).

Com relação às doenças neoplásicas, aproximadamente 20% de todas neoplasias malignas são causadas por obesidade variando de acordo ao sexo, etnia e nacionalidade. Pacientes adultos que apresentaram sobrepeso ou obesidade na infância têm 9% a mais de risco de desenvolver câncer. Se durante a adolescência o indivíduo apresentar sobrepeso ou obesidade, o risco de morte por câncer de cólon na vida adulta duplica. Um adulto que esteja 20 kg acima do seu peso ideal, apresenta um risco de 60% a mais de desenvolver câncer colorretal, para ambos os sexos, ou de endométrio, no caso da mulher (GUILLÉN; ROSENSTOCK; SÁNCHEZ, 2018).

Se levado em consideração somente uma dieta inadequada, associada ou não à obesidade, o risco de neoplasia permanece alto. O câncer gástrico, que é a quarta causa de morte por câncer a nível mundial, apresenta uma importante relação com alguns alimentos utilizados no cotidiano da população, por exemplo, alimentos ricos em sal, alimentos picantes, defumados, carnes processadas e assadas. Se associado a uma ingestão pobre em hortaliças, vegetais e leguminosas, o risco aumenta ainda mais (GUILLÉN; ROSENSTOCK; SÁNCHEZ, 2018). O mesmo pode-se dizer em relação às neoplasias de cólon e reto (LUIS et al., 2012).

Há muito já se percebe a necessidade em combater a pandemia de obesidade instalada e crescente e controlar as Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade. Além de ser um fator de risco importante para outras DCNT, é também um determinante na duração e qualidade de vida, e ainda apresenta implicações diretas na aceitação social dos indivíduos em decorrência de aspectos fenotípicos aceitos ou não pela sociedade contemporânea (BRASIL, 2006a).

O tema já é estudado no Brasil há bastante tempo, e tornou-se objeto de políticas públicas nos últimos 20 anos, iniciando com a criação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999), do Ministério da Saúde, que definiu diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS. Essa mesma portaria foi revisada em 2012, abordando a temática de forma mais abrangente, reflexiva e categórica, lançando uma atualização neste mesmo ano (DIAS et al., 2017).

Já em 2013 o Ministério da Saúde redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, lançando diversos livros com orientações e condutas com embasamento científico voltadas predominantemente para a AB. Seguindo a definição da OMS estes documentos tratam a obesidade simultaneamente como doença e fator de risco para outras doenças, como condição crônica multifatorial complexa e, ainda, como manifestação da insegurança alimentar e nutricional. Outra política existente é o Sistema Nacional de Segurança Alimentar (SISAN), instituído em 2006 que organiza ações implementadas por diferentes ministérios, abarcando desde a produção até o consumo de alimentos, que vem sendo aperfeiçoado ao longo dos anos com as experiências adquiridas (DIAS et al., 2017).

Em relação a alimentação na infância e no ambiente escolar, salienta-se o Programa Saúde na Escola (PSE), que envolve os Ministérios da Educação e da Saúde promovendo ações de avaliação antropométrica, segurança alimentar e nutricional, incentivando práticas corporais e de atividade física, que podem ser estratégicas no enfrentamento da obesidade (DIAS et al., 2017). Em consonância com o PSE há ainda a Portaria Interministerial número 1.010/2006 37, que institui diretrizes para a alimentação saudável nas escolas da rede pública e privada Brasil (2006).

Um dos princípios da Atenção básica (AB) é ser a porta de entrada preferível dos usuários do SUS, apresentando um ambiente acolhedor, direcionado especificamente à comunidade a qual está inserida, pois através da adscrição da clientela e da territorialização (processos que fazem parte do planejamento da AB) torna-se um lugar privilegiado pela maior compreensão da dinâmica social local. Por conhecer o processo saúde-doença dos seus usuários, deve atuar na viabilização e na difusão de informação científica de maneira fácil e didática, além de criar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano e uma atitude protagonista (BRASIL, 2006a).

Há consenso sobre a importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção do aparecimento das DCNT. Estão bem estabelecidas as ações de saúde que devem ser implementadas para um efetivo controle dos fatores de risco visando à prevenção da doença e de seus agravos. O principal

---

desafio é transformar em ações concretas de cuidado integral a indivíduos e comunidades o conhecimento científico e os avanços tecnológicos hoje disponíveis e colocá-los no âmbito populacional ao alcance de um maior número possível de indivíduos (BRASIL, 2013).

Com um espectro amplo de terapias preventivas de benefício comprovado hoje existentes e com uma capacidade crescente de se identificar as pessoas com maior risco de doenças, a escolha deve obedecer a critérios racionais de eficácia e eficiência, não sendo possível e nem conveniente prescrever "tudo para todos", levando-se em conta o risco de efeitos indesejáveis e a necessidade de otimizar os recursos para cuidados de saúde. Sob o enfoque preventivo, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva. As ações de promoção da saúde devem combinar várias frentes de atuação, com difusão de informação, promover práticas educativas, tornar mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos, motivando-os a seguir as recomendações.

Todo este processo de educação/conscientização está em total acordo com os princípios éticos e políticos estabelecidos durante a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Ottawa que estabeleceu como promoção da saúde o "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986). Ou seja, toda mudança deve considerar a interação do paciente e da comunidade, levando a uma percepção pelos mesmos da necessidade de mudança.

Utilizar os momentos de consultas de demanda espontânea para a introdução oportuna do tema alimentação saudável, pode ser o início de uma mudança necessária a nível do atendimento da atenção básica, pois como exposto anteriormente, a cultura ainda é procurar atendimento médico somente quando está passando por um problema agudo. Ao utilizar a consulta para a prevenção, pode-se conseguir uma maior adesão ao tratamento por parte do paciente, e encorajá-lo a seguir as orientações através da educação, sedimentando o conhecimento, inserindo o paciente no tratamento não como um terceiro, mas como parte fundamental das tomadas de decisões, levando em consideração a disponibilidade de cada um, o conhecimento prévio, a cultura, preferências, hábitos, ocupação, etc. Pois a intenção é que o paciente compreenda sua patologia, e o quão importante é as medidas não farmacológicas para um bom controle da mesma, evitando futuras descompensações, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade.



## 4 Metodologia

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção, onde inicialmente foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da base de dados municipal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

No que concerne a intervenção cremos ser relevante estar no ambiente ativo de pesquisados, posto ser uma forma de dar credibilidade aos dados que desejamos elencar para a pesquisa pois de acordo com Moreira (2002, p. 52), a observação participante é definida como “[...] uma estratégia de campo que combina ao mesmo tempo a participação ativa com os sujeitos, a observação intensiva em ambientes naturais, entrevistas abertas informais e análise documental”.

### 4.0.1 Local e população

Em prossecução ao trabalho de pesquisa, seguiu-se o processo de intervenção. Este foi iniciado através do estudo dos hábitos alimentares da população adscrita na ESF Hermany, que atualmente são mais de 4,1 mil pessoas.

Já os participantes foram selecionados dentro do tema em questão, sendo estes os indivíduos com diagnóstico de DCNT ou obesidade. Foi utilizado o CID-10 relacionado às DCNT (E10, E11, E66, E78, E88, E90, I10, I20 e suas respectivas variações).

### 4.0.2 Procedimentos

Para a coleta de dados em relação aos hábitos alimentares da população, foi utilizado o momento da consulta para realização de um questionário rápido, afim de se conhecer o hábito alimentar de cada indivíduo. Para abranger um número maior de participantes foram incluídos todos os portadores de DCNT ou obesidade, independentemente do motivo de consulta atual.

O questionário foi elaborado de maneira simples, direta e concisa, contendo as principais informações para a avaliação dos hábitos alimentares dos indivíduos, visando a fácil interpretação das perguntas e das respostas. Visto que a maioria dos partícipes não apresentam conhecimentos técnicos, a inclusão de perguntas mais complexas (por ex: gramas de carboidratos ingeridas por dia) dificultaria ou até mesmo inviabilizaria a pesquisa.

As respostas para as perguntas são SIM ou NÃO. O modelo está representado abaixo:

Acerca dos responsáveis pelo projeto, ressalta-se o envolvimento imprescindível de toda a equipe da estratégia de saúde da família (ESF) do bairro Hermany, visto se tratar de

Tabela 1 – Questionário aplicado aos participantes para avaliação dos hábitos alimentares.

|  |                 |
|--|-----------------|
| Ingestão de frutas/verduras/hortaliças diariamente | ( ) Sim ( ) Não |
| Ingestão de refrigerantes/sucos diariamente        | ( ) Sim ( ) Não |
| 3 refeições principais por dia                     | ( ) Sim ( ) Não |
| Uso de álcool (independentemente da quantidade)    | ( ) Sim ( ) Não |
| Uso de tabaco (independentemente da quantidade)    | ( ) Sim ( ) Não |
| 150 minutos semanais de exercícios físicos         | ( ) Sim ( ) Não |
| Alimento preparado em domicílio                    | ( ) Sim ( ) Não |
| Ingestão de 35 ml/kg/dia de água                   | ( ) Sim ( ) Não |
| Ingestão de frituras 3 vezes na semana             | ( ) Sim ( ) Não |

uma intervenção ampla e complexa que envolve um importante percentual dos indivíduos, de todas as faixas etárias e independente da classe social.

Após a coleta da pesquisa, se identificava as principais falhas/equívocos em relação aos hábitos alimentares e se discutia com o paciente, de maneira breve e sucinta, as possibilidades de mudança em suas refeições, respeitando sempre a cultura, disponibilidade de recursos, de tempo, entre outras particularidades individualizadas para cada participante.

Com a finalidade de otimizar o tempo dos pacientes e das consultas, utilizou-se os períodos de espera da triagem e da consulta para transmitir vídeos educativos. A unidade conta com 2 ambientes de espera, ambos com aparelho de televisão disponíveis. Os televisores transmitiam vídeos educativos sobre a alimentação saudável, nutrição, preparo e armazenamento dos alimentos, nos ambientes de espera da ESF.

Os vídeos, que a princípio seriam produzidos pela equipe, foram baixados na *web*, em sites como *Google*, *Youtube*, (links dos vídeos em referências) e foram selecionados os que continham informações pertinentes e cientificamente comprovada, sobre a alimentação saudável, nutrição, preparo e armazenamento dos alimentos para distribuição à população. A espera média de cada paciente era de aproximadamente meia hora sendo o tempo necessário para que todos os vídeos fossem transmitidos ao menos uma vez.

Sabendo que a alimentação afeta a qualidade de vida desde a infância e para abranger à toda a população, uma cartilha foi distribuída aos participantes, contendo os 10 passos para uma alimentação saudável, voltado para a educação alimentar infantil. Após a distribuição se realizava uma breve explicação sobre cada etapa sanando as dúvidas apresentadas.

A capacitação da equipe sobre o tema foi realizada através de ações de educação permanente com relação aos hábitos de alimentação saudável. Para isso foi realizado palestras semanais, feitas pelo médico, sendo utilizado um espaço de tempo da reunião de



equipe. Após a aula, abria-se intervalo para perguntas pertinentes, com a finalidade de prover uma bagagem teórica para que toda a equipe fosse capaz de sanar as dúvidas dos pacientes. A quantidade de palestras foi decidida em conjunto, até que todos da equipe se sentissem capazes de transmitir as informações aprendidas de maneira segura.

O projeto em equipe auxiliou na abrangência na perpetuação e no avanço da intervenção para além do ambiente ambulatorial/clínico chegando até o domicílio dos participantes, com o trabalho realizado pelas agentes comunitárias de saúde.



## 5 Resultados Esperados

A intenção em realizar o projeto está relacionada com o alto poder da alimentação, seja para mal ou para o bem. Há uma frase de Hipócrates que diz: “que seu alimento seja seu remédio, que seu remédio seja o seu alimento “. Ou seja, no século IV antes de Cristo já se sabia a importância em se manter uma alimentação adequada. A globalização leva a alimentação e o autocuidado para um segundo plano deixando a saúde de lado, em busca do desenvolvimento econômico.

### RESULTADOS ESPERADOS

Sabe-se que para controlar as DCNT, as medidas comportamentais e não farmacológicas são essenciais, e evitam o escalonamento de medicamentos e até mesmo a evolução das doenças. Essas atitudes contribuem bastante para evitar um quadro de excesso de peso e suas consequências. É cada vez mais notória a necessidade de políticas públicas mais eficientes, como projetos e programas intersetoriais objetivando a conscientização da necessidade de um estilo de vida mais ativo e de uma alimentação mais saudável. A médio e longo prazo, espera-se melhorar a qualidade de vida da população além de reduzir consideravelmente os gastos com o tratamento da obesidade e doenças subsequentes.

Fica claro a necessidade em se combater a epidemia crescente de doenças crônicas não transmissíveis, logo, com o trabalho, espera-se uma conquista no combate aos maus hábitos, evitando a proliferação das complicações decorrentes do excesso de peso, visando à preservação da vida de dos pacientes em estudo.

Com a intervenção espera-se uma maior aderência por parte dos pacientes, em relação às medidas não farmacológicas indicadas em consultório, e conseqüentemente um maior controle das doenças que os indivíduos apresentam.

Dos vídeos transmitidos nos ambientes de espera, a expectativa é que ocorra a conscientização em relação ao que de fato é uma alimentação saudável, através da transmissão de conhecimento, de forma simples, como a reproduzida, levando a um maior cuidado na compra dos alimentos, atentando aos dados escritos nos rótulos e nas tabelas nutricionais (dados irrelevantes para a maioria dos consumidores, porém de extrema importância). Espera-se um maior cuidado no preparo dos alimentos e com menor desperdício e maior qualidade nutricional.

Em relação às ações de educação continuada/permanente à equipe da ESF sobre os hábitos de alimentação saudável, espera-se a perpetuação da intervenção, com o trabalho das agentes comunitárias de saúde no ambiente domiciliar dos indivíduos, reforçando as orientações dadas em consultório, sanando dúvidas e auxiliando ao câmbio de estilo de vida. Uma vez que a intervenção é de interesse da equipe, espera-se uma mudança, não somente na população assistida como também no dia-a-dia da equipe e seus familiares, avançando além das fronteiras do território da unidade.

| <b>Distribuição dos participantes em relação ao sexo</b> |                   |
|--|-------------------|
| <i>Sexo</i>  | <i>Quantidade</i> |
| <b>Mulheres</b>  | 55 (61,7%)        |
| <b>Homens</b>  | 34 (38,3%)        |

  

| <b>Distribuição das comorbidades</b> |                     |
|--------------------------------------|---------------------|
| <i>Comorbidades</i>                  | <i>Distribuição</i> |
| <b>Obesos</b>                        | 57%                 |
| <b>Hipertensos</b>                   | 37%                 |
| <b>Diabéticos tipo II</b>            | 6%                  |

### RESULTADOS DA COLETA DE DADOS

Foram incluídos na intervenção 89 pacientes que consultaram entre os dias 01/04/2020 e o dia 31/07/2020, e que aceitaram realizar o questionário e seguir as orientações. Destes apenas 22 retornaram ao consultório para uma consulta de controle.

Dos 89 pacientes, 55 foram do sexo feminino (61,7%) e 34 do sexo masculino (38,3%). 18 pacientes apresentavam somente hipertensão arterial sistêmica e 42 pacientes apresentavam somente obesidade. 23 pacientes apresentavam concomitantemente hipertensão e obesidade, 2 pacientes obesidade e diabetes mellitus tipo II, e 5 pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II e obesidade. Total de hipertensos são 46, diabéticos tipo II 7 e obesos 71.

Os dados obtidos através do questionário estão representados na tabela a seguir.

Observa-se que dos participantes 65% afirmaram ingerir pelo menos um tipo de fruta, hortaliça ou legume por dia, juntamente com as refeições, 91% afirmaram realizar pelo menos 3 refeições principais ao dia e 87% afirmaram que suas refeições são preparadas em seus próprios domicílios.

Com relação aos maus hábitos de vida/alimentares, temos que 41 % afirmaram ingerir refrigerantes/sucos artificiais diariamente, 31% afirmaram ingerir bebidas alcoólicas ao menos uma vez na semana, e 13% afirmaram ser tabagistas. Já em relação às frituras, 34% afirmaram ingerir frituras ao menos 3 vezes por semana.

Com relação ao exercício físico, somente 10% da população estudada realizam os 150 minutos semanais recomendados pelas sociedades de cardiologia. Em relação a quantidade ideal a ser ingerida por dia de água pura, nenhum paciente afirmou ingerir esta quantidade.

### RESULTADOS OBTIDOS

Os vídeos transmitidos tiveram grande aceitação por parte dos usuários. Houve relatos de mudança em relação a cocção dos alimentos até mesmo por indivíduos que não estavam participando da pesquisa. Entre os participantes os relatos são iguais, com mudança em suas compras, preparo e armazenamento dos alimentos e havendo até economia em relação

| <b>Resultado do questionário</b>                              |                            |  |
|---|----------------------------|--|
| <i>Pergunta</i>   | <i>Respostas positivas</i> | <i>Distribuição das respostas por sexo</i> |
| <b>Consumo de frutas/verduras diariamente</b>                 | 58                         | 41 mulheres e 17 homens                    |
| <b>Consumo de refrigerantes ou sucos diariamente</b>          | 37                         | 19 mulheres e 18 homens                    |
| <b>Ingesta de 3 refeições principais por dia</b>              | 81                         | 51 mulheres e 30 homens                    |
| <b>Uso de álcool</b>  | 28                         | 6 mulheres e 22 homens                     |
| <b>Uso do tabaco</b>  | 12                         | 3 mulheres e 9 homens                      |
| <b>Prática de 1 50 minutos semanais de exercícios físicos</b> | 9                          | 4 mulheres e 5 homens                      |
| <b>Alimento preparado em domicílio</b>                        | 78                         | 46 mulheres e 32 homens                    |
| <b>Ingestão de 35 ml/kg/dia de água</b>                       | 0                          | 0 mulheres e 0 homens                      |
| <b>Ingestão de frituras 3 vezes na semana</b>                 | 31                         | 8 mulheres e 23 homens                     |

aos gastos, pois alimentos *in natura* são mais em conta que alimentos processados e ultra processados.

Quanto às ações de educação continuada/permanente à equipe da ESF sobre os hábitos de alimentação saudável, não puderam ser realizadas, devido a interrupção das reuniões de equipe em decorrência da pandemia ocorrida na data em que aconteceu a intervenção.

Dentre os 22 pacientes que retornaram à consulta para seguimento após as orientações, 18 relataram melhora na qualidade de vida em relação a: sono, bem estar, autoestima, alimentação e apresentaram atenuação dos sintomas em relação a doença de base. Destes, 11 pacientes são hipertensos e relataram melhora no controle pressórico realizado em domicílio, e 2 diabéticos, que relataram melhora no controle glicêmico realizado pelo hemoglicoteste em domicílio. Dentre os 4 que não obtiveram resultados favoráveis, 3 relataram que não seguiram as orientações dadas, por motivos indeterminados.

Em termos de porcentagem, temos que 81% dos pacientes que retornaram no intervalo em estudo, relataram melhora significativa em sua qualidade de vida.



## Referências

- BRASIL. Promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil. Editora MS, Brasília, n. 1, 2006. Citado na página 18.
- BRASIL, M. da S. *Política Nacional da Atenção básica: Pnab*. Brasília: Editora MS, 2012. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Cadernos de Atenção Básica: Obesidade*. Brasília: Editora MS, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Cadernos de Atenção Básica - Hipertensão: Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Editora MS, 2006. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Editora MS, 2007. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Cadernos de Atenção Básica - DCNT: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Editora MS, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Editora MS, 2019. Citado na página 16.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde coletiva*, p. 163–177, 2000. Citado na página 15.
- CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência e Saúde coletiva*, p. 573–583, 2005. Citado na página 15.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência e Saúde coletiva*, p. 1523–1531, 2009. Citado na página 15.
- DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, p. 33–45, 2017. Citado na página 18.
- GUILLEN, E. C.; ROSENSTOCK, S. C.; SÁNCHEZ, A. C. Obesidad y câncer. *Med. leg. Costa Rica*, p. 45–53, 2018. Citado na página 17.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. et al. *Pesquisa Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Citado na página 16.
- LUIS, B. M. et al. Incidence of colorectal cancer and influence of dietary habits in fifteen european countries from 1971 to 2002. *Gaceta Sanitaria*, p. 69–73, 2012. Citado na página 17.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Carta de ottawa. OMS, Ottawa, n. 1, 1986. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Constituição da org. mundial de saúde. OMS, Genebra, n. 45, 2006. Citado na página 15.

WHO, W. H. O. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Genebra: OMS, 2000. Citado na página 16.