

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Doutorado em Alimentos e Nutrição

Área de Ciências Nutricionais

VALDETE REGINA GUANDALINI

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: avaliação dos cuidados em
saúde e nutrição aos adultos diabéticos e hipertensos, Matão/SP.**

Araraquara/SP

2013

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: avaliação dos cuidados em
saúde e nutrição aos adultos diabéticos e hipertensos, Matão/SP.**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas,
Universidade Estadual Paulista, UNESP, como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Doutor em Ciências Nutricionais.

Aluna: Valdete Regina Guandalini

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Rita Marques de Oliveira

Araraquara/SP

2013

Ficha Catalográfica

Elaborada Pelo Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
UNESP – Campus de Araraquara

Guandalini, Valdete Regina

G897e Estratégia saúde da família: avaliação dos cuidados em saúde e nutrição aos adultos diabéticos e hipertensos, Matão/SP / Valdete Regina Guandalini. – Araraquara, 2013
110 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista. “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição

Orientador: Maria Rita Marques de Oliveira

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde da família. 3. Diabetes mellitus. 4. Hipertensão arterial. 5. Alimentação. 6. Nutrição I. Oliveira, Maria Rita Marques de, orient. II. Título.

CAPES: 50700006

Comissão Examinadora

Profª Drª Maria Rita Marques de Oliveira

Orientadora

Profª Drª Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

Banca Examinadora

Profª Drª Luiza Cristina Godim Domingues Dias

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Lúcia Teixeira Machado

Banca Examinadora

Profª Drª Vera Mariza Henriques de Miranda Costa

Banca Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho especialmente aos meus pais:

Ao meu pai: Valdemar Luiz Guandalini (*in memoriam*), o exemplo de pai, de homem, de ser humano, honestidade, humildade, fé, luta, coragem e amor.

À minha amada mãe: Claudete Beretta Guandalini, que sempre foi um exemplo de mãe, de mulher, honestidade, humildade, força, fé, coragem, superação e amor.

A vocês, meu amor e gratidão eterna a tudo o que me proporcionaram, desde os primeiros anos de vida até o dia de hoje, para que pudesse estar vivendo este momento tão importante.

Aos meus irmãos e cunhadas, que sempre me apoiaram, torceram pelo meu sucesso profissional e pessoal, além meus lindos sobrinhos (Caio e Manuella) que trazem a pureza do amor, do carinho e acalmam a alma!

À minha querida e amada avó Anna Ferrari Beretta, na sua pessoa agradeço meus demais avós: obrigada pelo “berço”, pela dedicação, pelo amor.

Às minhas queridas e leais amigas que estiveram sempre me apoiando e compartilhando de suas vidas: Angélica de Moraes Manço Rubiatti, Cíntia Matiucci Pereira, Maria Sylvia Carvalho de Barros, Nathália Sigoli, Paula Magalhães, Valéria Cristina Schneider, e tantas outras que Deus também me presentou com suas amizades. Minha gratidão, carinho e respeito.

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Rita, minha orientadora, por me direcionar no desafio que é a pesquisa científica, por me apoiar e orientar sempre que precisei. Pela acolhida, dedicação, paciência e acima de tudo pelos ensinamentos.

Ao Secretário Municipal de Saúde, atual prefeito do município de Matão – S.P, José Francisco Dumont, pela autorização e apoio à pesquisa, colocando a Secretaria de Saúde à disposição para realização deste trabalho. Em seu nome agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização de parte deste trabalho.

A todas as equipes da Estratégia da Saúde da Família de Matão (ACS, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, recepcionistas, pessoal da limpeza), na pessoa dos enfermeiros responsáveis: Marina, Elaine, Rute e Júlio, agradeço pelo fornecimento dos dados necessários para a pesquisa, pelo apoio, dedicação quando foi solicitado e por contribuírem em todo o processo de trabalho. Meu respeito, admiração e carinho a todos vocês.

A todos os hipertensos e diabéticos integrantes da pesquisa, pela recepção e acolhimento em suas casas, atenção e disponibilidade em participar da pesquisa e de suas etapas.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP, pelos conhecimentos compartilhados.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação, pela disponibilidade, atendimento e orientações.

E a todas as pessoas, que apesar de não estarem citadas aqui, estiveram presentes e me auxiliando na realização deste trabalho.

"A vida é assim. O aprendizado é na prática. E a regra é bem simples:
Se não posso mudar os fatos então deixo que os fatos me modifiquem .
Quero o crescimento possível, a travessia que me é proposta.
Porque ficar parado e lamentando a vida que não quero é um jeito
estranho de abandonar a vida que tanto desejo"
(Pe Fábio de Mello)

SUMÁRIO

Introdução.....	15
Objetivos.....	22
Capítulos.....	24
Capítulo 1: Políticas Públicas de Prevenção e Controle do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial: perspectivas atuais com ênfase na nutrição.....	25
Capítulo 2: O cuidado em saúde e nutrição a diabéticos e hipertensos atendidos em unidades de saúde da família sob a luz das diretrizes oficiais.....	45
Capítulo 3: Opinião do usuário quanto ao cuidado prestado pelas equipes de Saúde da Família de Matão/SP a adultos diabéticos e hipertensos.....	63
Capítulo 4: Alimentação e estado nutricional de diabéticos e hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família de Matão/SP.....	80
Considerações finais.....	98
Anexos.....	100
Apêndice.....	104

LISTA DE FIGURAS

- Figura 3.1** Qualidade dos cuidados prestados pelos membros das Equipes de Saúde Família, conforme opinião de hipertensos e diabéticos. Matão/SP, 2011.....70
- Figura 4.1** Frequência de consumo de alimentos entre hipertensos e diabéticos. Matão/SP, 2011.....89

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 Metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular e periodicidade do monitoramento para hipertensos e diabéticos.....	50
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 Motivos relatados por hipertensos e diabéticos para o não seguimento das orientações frente ao enfretamento da doença. Matão/SP, 2011.....	53
Tabela 2.2 Prevalência de atendimentos realizados a hipertensos e diabéticos pelas Equipes de Saúde da Família. Matão/SP, 2011.....	53
Tabela 2.3 Percentual de solicitação laboratorial de acordo com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde. Matão/SP, 2011.....	54
Tabela 4.1 Distribuição de hipertensos e diabéticos segundo o sexo atendidos na Estratégia Saúde da Família. Matão/SP, 2011.....	89
Tabela 4.2 Comparação do consumo de gorduras e alimentos ricos em fibras entre hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Matão/SP, 2011....	90
Tabela 4.3 Influência do consumo de gorduras, frutas, vegetais e fibras sobre o índice de massa corporal e circunferência da cintura entre hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Matão/SP, 2011.....	90
Tabela 4.4 Regressão logística para inaqueção de consumo de gorduras, frutas, vegetais e fibras e as variáveis clínicas de hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Matão/SP, 2011.....	91

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção básica

ACS – Agente comunitário de saúde

ANOVA – Análise de variância

AP – Atenção primária

APS – Atenção primária a saúde

AVC – Acidente vascular cerebral

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CC – Circunferência da Cintura

CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular

CGAN– Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

DANT – Doenças e Agravos não transmissíveis

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

DCV–Doenças cardiovasculares

DM – Diabetes Mellitus

DM 2 – Diabetes Mellitus tipo 2

EP – Erro padrão

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

HA – Hipertensão Arterial

HbA – Hemoglobina glicada

HDL-C – Colesterol de lipoproteína de alta densidade

HIPERDIA – Plano de Reorganização e da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IFDM – Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal

IMC – Índice de Massa Corporal

IRC – Insuficiência renal crônica

LDL- C – Colesterol de lipoproteína de baixa densidade

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB-96 – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PA – Pressão arterial

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PAS – Pressão arterial sistólica

PAD – Pressão arterial diastólica

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa Saúde da Família

QFA – Questionário de frequência alimentar

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISHIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SF – Saúde da Família

SM – Salário mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

VAN – Vigilância alimentar e Nutricional

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO – World Health Organization

RESUMO

A hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) representam as principais doenças e os principais fatores determinantes do perfil de morbimortalidade no Brasil e no mundo. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada com o objetivo de estabelecer ações de promoção em saúde voltadas ao controle e prevenção dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. O objetivo geral deste trabalho foi avaliar o cuidado em saúde e nutrição dispensado a indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial pelas equipes da Saúde da Família (SF), no município de Matão/SP. Foi realizado um estudo do tipo transversal, constituído por análise de prontuário e visita domiciliar para coleta de dados entre usuários por meio da aplicação de questionário. A amostra foi composta por 288 diabéticos e hipertensos atendidos pela ESF, de ambos os sexos, entre 40 e 60 anos de idade. Os resultados mostraram predomínio do sexo feminino (74,0%), idade média de 52,0, cor branca (52,0%), casados ou em união estável (75,0%), com 4 a 7 anos de estudo (38,0%), renda familiar mensal entre 2 a 3 salários mínimos (39,6%), em média com 3 pessoas na casa dependendo desta renda, resultando em renda per capita de 0,66 a 1 salário mínimo. Com relação ao estado nutricional, os homens apresentaram índice de massa corporal (IMC) médio de $29,8 \pm 4,70 \text{ Kg/m}^2$, no sobrepeso, enquanto as mulheres apresentaram $31,5 \pm 6,50 \text{ Kg/m}^2$, na obesidade grau I. Ambos os sexos apresentaram aumento da gordura abdominal. A circunferência da cintura (CC) média dos homens foi de $101,7 \pm 12,0 \text{ cm}$ e $99,5 \pm 14,0 \text{ cm}$ das mulheres. A maior prevalência foi de hipertensão arterial (60,0%), com mais de 10 anos de diagnóstico (36,0%). No que se refere às complicações e limitações das atividades de vida diárias, pela presença da HA e/ou DM2, a maioria disse não apresentar complicações da doença e/ou ter atividades diárias limitadas pela doença. Considerando o consumo dietético avaliado pelo *The Block Screening Questionnaire for Fat and Fruit/Vegetable/Fiber Intake*, a maioria do grupo mostrou elevado consumo de gorduras e reduzido consumo de frutas, vegetais e fibras. Os hipertensos mostraram pior controle da alimentação e da pressão arterial. Os diabéticos apresentaram valores de glicemia capilar acima do desejado, indicando precário controle da doença, embora tenham apresentado melhores resultados para o consumo de gordura que os hipertensos. Foi verificado que o consumo elevado de gorduras influenciou a circunferência da cintura, elevando-a. Quanto à opinião do usuário sobre o cuidado e assistência recebido, constatou-se avaliação positiva para com as equipes da ESF no município, destacando-se as relações interpessoais (usuário-profissionais), o acesso aos serviços, o acolhimento da equipe e as visitas domiciliares recebidas. Na avaliação do cumprimento das diretrizes pelas equipes de saúde, observou-se a necessidade de ajustes ao preconizado, como aferição da pressão arterial, glicemia em jejum, aferição de peso e CC, que segundo os resultados obtidos atenderam parcialmente às diretrizes preconizadas. Segundo os usuários, as orientações quanto ao peso, uso de cigarro e atividades físicas são na sua maioria feitas pelo médico, durante a consulta, de forma verbal. Quanto ao trabalho da equipe de saúde, foi verificado que não há registros suficientes e adequados em prontuários de consultas. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para melhoria das ações de cuidado em saúde e nutrição ao diabético e hipertenso, ao reforçar a necessidade de políticas e programas que possam oferecer à população assistência integral por uma equipe de saúde multi e interdisciplinar, consciente do seu papel, capaz de atender aos pressupostos designados ao cuidado do hipertenso e diabético.

Palavras chaves: atenção primária à saúde; saúde da família; diabetes mellitus; hipertensão arterial; alimentação; nutrição.

ABSTRACT

High blood pressure (H) and diabetes mellitus (DM) are major diseases and the main factors in morbidity and mortality in Brazil and worldwide. The Family Health Strategy (FHS) was created with the goal of establishing health promotion actions aimed at the prevention and control of major risk factors for the development of hypertension and diabetes. The aim of this study was to evaluate the health care and nutrition dispensed to individuals with type 2 diabetes mellitus and hypertension teams of the Family Health (FH) in the municipality of Matão/SP. We conducted a cross-sectional study, consisting of analysis of medical records and home visits to collect data from users through a questionnaire. The sample consisted of 288 diabetic and hypertensive patients by FHS, of both sexes, between 40 and 60 years old. The results showed a predominance of females (74.0%), mean age 52.0, white (52.0%), married or in stable (75.0%), with 4-7 years of study (38.0%), monthly family income between 2-3 minimum wages (39.6%), with an average of 3 people in the house depending on this income, resulting in income per capita from 0.66 to 1 minimum wage. Regarding nutritional status, men were body mass index (BMI) of 29.8 ± 4.70 kg/m² in overweight, while women had 31.5 ± 6.50 kg/m², obesity degree I. Both sexes showed increased abdominal fat. Waist circumference (CC) men's average was 101.7 ± 12.0 cm and 99.5 ± 14.0 cm for women. The highest prevalence was hypertension (60.0%), with over 10 years of diagnosis (36.0%). Concerning the complications and limitations of daily living activities, presence of hypertension and/or DM2, the majority said no complications of the disease and / or daily activities have limited by the disease. Considering the dietary intake assessed by the Block Screening Questionnaire is Fat and Fruit / Vegetable / Fiber Intake, most of the group showed high consumption of fats and low intake of fruits, vegetables and fiber. Hypertensive patients showed worse control of feeding and blood pressure. Diabetic patients had blood glucose values above the desired level, indicating poor control of the disease, although they have shown better results for fat consumption than hypertensive. It was found that high intake of fats influence waist circumference, raising it. As the user opinion about the care and support received, it was found positive evaluation towards FHS teams in the county, especially interpersonal relationships (user-professionals), access to services, the host team and visits household received. In assessing compliance with the guidelines by health teams, there was the need for the adjustments recommended as measuring blood pressure, fasting glucose, weight and measurement of DC, which according to the results obtained are partially guidelines recommended. According to users, the guidelines for weight, cigarette smoking and physical activities are mostly done by the doctor during the consultation, verbally. As for the work of the health team, it was found that there is sufficient records and adequate records of consultations. It is hoped that the results of this study may contribute to improving care initiatives in health and nutrition for diabetics and hypertension, the need to strengthen policies and programs that can offer full assistance to the population by a team of multi and interdisciplinary health conscious their role, able to meet the assumptions referred to hypertension and diabetes care.

Keywords: primary health care; family health; diabetes mellitus; hypertension; nutrition; nutrition.

Introdução

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, recaindo especialmente sobre países de baixa e média renda e nos adultos de meia-idade (WHO, 2005).

As DCNT têm sido consideradas as principais causas de mortes no mundo, estando relacionadas a quase metade das mortes prematuras, em pessoas com menos de 70 anos de idade e um quarto de todas as mortes por doenças crônicas abaixo dos 60 anos, associado à perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além dos impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral (BRASIL, 2011; WHO, 2011).

O diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial (HA) são duas das principais doenças crônicas, e que têm atingido todas as faixas etárias e sexos precocemente, consequência provável do aumento na prevalência da obesidade, do sedentarismo e da mudança de hábitos alimentares, inseridos no processo de transição nutricional (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; KAC; VELÁSQUEZ-MELENDZ, 2003).

Entende-se por transição epidemiológica e nutricional, o fenômeno no qual ocorre uma inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população ao longo do tempo. No Brasil, observa-se a sobreposição dos problemas nutricionais relacionados à carência e aos excessos alimentares, com a permanência das anemias carenciais e o aumento da obesidade e suas comorbidades (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; SCHRAMM et al., 2004; SCHMIDT et al., 2011).

O aumento das DCNT tem sido atribuído ao crescimento da renda, à industrialização e à mecanização da produção, à urbanização e ao maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, além da globalização de hábitos não saudáveis. Esse processo de transição nos modos de vida da população, perfil epidemiológico e nutricional tem levado ao aumento da demanda pelos serviços de saúde (ZAVATINI; OBRELI-NETO; CUMAN, 2010; SCHMIDT, 2011).

As doenças crônicas demandam cuidados de saúde abrangentes que levem em conta o contexto de vida da população, para o que nem sempre os serviços estão preparados, o que demonstra a necessidade de estudos que avaliem a atenção à saúde prestada à população, relativos à saúde e nutrição. No caso específico deste trabalho o

foco foi o cuidado em saúde e nutrição aos diabéticos e hipertensos na atenção básica, ou atenção primária à saúde.

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (BRASIL, 2006).

Entende-se por APS a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade ao sistema de saúde, o primeiro nível de contato com o serviço de saúde. Uma abordagem que serve de base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Atenta-se aos problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar (STARFIELD, 2004).

Atualmente a APS no Brasil tem a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reverter a forma atual de assistência à saúde, centrada no tratamento e cura da doença, mas sobretudo visa a promoção da saúde e da qualidade de vida, intervindo nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008; SOUSA; HAMANN, 2009). A ESF vem sendo considerada como uma proposta de um novo modelo organizacional e assistencial, em substituição ao modelo biomédico e hegemônico. A ESF constituiu-se de novos saberes e práticas de saúde, assim como a regulação e normatização dos processos de trabalho, capazes de contribuir para a resolutividade e a integralidade das intervenções sanitárias no SUS (FAVORETTO; CAMARGO Jr, 2002).

Segundo Mendes (1996), a ESF com ênfase na promoção da saúde, diferencia sua estratégia de cuidado, pautada no modo de agir dos profissionais e na produção social de saúde. O trabalho dos profissionais estaria associado ao saber e técnicas científicas à valorização e o cuidado humanizado do indivíduo, não focado somente na medicina, na doença, mas na saúde, no indivíduo e sua família, no contexto social e epidemiológico.

Esta forma de pensar em saúde e cuidado vem acompanhando as mudanças e revoluções pelas quais a saúde no Brasil tem passado, considerando aqui o modelo biomédico e hegemônico, o modelo biopsicosocial e por fim com a terceira revolução

da saúde, o modelo de resultados. Este último modelo, não põe ênfase na identificação dos mecanismos causadores, mas sim nos determinantes dos resultados da intervenção, a prática baseada em evidências (RIBEIRO, 2007). Nesta nova maneira de ver a saúde, a avaliação de um serviço de atenção primária à saúde, faz-se primordial e necessário para a manutenção e fortalecimento deste modelo atualmente proposto.

Entende-se que avaliar a qualidade de um serviço de saúde prestado a população é uma tarefa árdua e arriscada. Diversas são as metodologias para avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Entre eles, aquelas que priorizam a opinião dos usuários vêm ganhando destaque nos últimos anos. A satisfação do usuário é um indicador reconhecido na qualidade de atenção à saúde. Esta prática de avaliação dos serviços de saúde por meio de questionário aos usuários difundiu-se a partir da década de 60 na Europa e nos EUA. No Brasil estes estudos ganharam espaço a partir da segunda metade da década de 90 (ESPIRIDÃO; TRAD, 2005; SOUZA; FRANCO, 2007).

A participação do usuário na avaliação do serviço tem sido valorizada como uma forma não somente de indicador sensível de qualidade do serviço, mas também como maior adequação do serviço (TRAD et al., 2001).

O município de Matão/SP está localizado no interior de São Paulo, à aproximadamente 300 km da capital do Estado. No primeiro bimestre de 2013 sua população foi de 77.484 habitantes, com uma taxa de crescimento geométrico anual da população de 0,48 ao ano considerando o período de 2010/2012. Possui 98,0% da população na área urbana e uma taxa de envelhecimento de 66,0% (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2013).

O município de Matão possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,806, classificado como elevado no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no ano de 2000.

Assim considerando que o município de Matão, possui condições para ofertar aos seus cidadãos assistência à saúde de qualidade, o presente trabalho buscou respostas para questões relativas aos serviços prestados na atenção primária (AP) do município sob a ótica do usuário quanto ao cuidado em saúde e nutrição.

Para compreensão e avaliação deste cuidado ao diabético e hipertenso, considerou-se avaliar junto aos usuários sua opinião quanto à assistência recebida, bem como indicadores de saúde e nutrição dessa população, mediante primeiramente um

questionário aplicado em domicílio. Em uma segunda etapa foi realizada uma busca nos prontuários de todos os indivíduos que receberam a visita para identificar o cumprimento das diretrizes propostas pelo MS no cuidado ao DM e a HA.

Frente à relevância em identificar a prevalência e o cuidado de hipertensos e diabéticos na atenção primária, como forma de prevenir suas complicações uma vez que os fatores de risco e os cuidados e ações para ambas estão interligados, demandando ações conjuntas, realizou-se este estudo apresentado a seguir em quatro capítulos.

O primeiro capítulo, “Políticas Públicas de Prevenção e Controle do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial: perspectivas atuais com ênfase na nutrição”. É uma revisão de literatura enfocando as políticas públicas na área de alimentação, nutrição e promoção da saúde para o hipertenso e diabético; O segundo capítulo: “O cuidado em saúde e nutrição a diabéticos e hipertensos atendidos em unidades de saúde da família sob a luz das diretrizes oficiais” também de caráter transversal, tendo o objetivo de avaliar se o atendimento realizado pelas Unidades de Saúde da Família estão de acordo com as diretrizes propostas, quanto à assistência e cuidado ao diabético e hipertenso; O terceiro capítulo intitulou-se: “Satisfação de adultos diabéticos e hipertensos quanto à assistência e ao cuidado prestados pelas equipes de Saúde da Família de Matão/SP”, com o objetivo de analisar a satisfação dos indivíduos diabéticos e hipertensos quanto a aspectos de assistência e cuidado prestados pela equipe da Saúde da Família no município de Matão – S.P. E por fim, o quarto capítulo: “Alimentação e estado nutricional de diabéticos e hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família de Matão – S.P.”, que teve este o objetivo de caracterizar qualitativamente o consumo alimentar de indivíduos diabéticos e hipertensos, buscando sua associação com as variáveis de estado nutricional e controle da doença (pressão arterial e glicemia capilar).

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para melhoria das ações de cuidado em saúde e nutrição ao diabético e hipertenso, ao reforçar a necessidade de políticas e programas que possam oferecer à população assistência integral, por uma equipe de saúde multi e interdisciplinar, consciente do seu papel, capaz de atender aos pressupostos designados ao cuidado do hipertenso e diabético, promovendo assim um melhor controle da doença, redução das complicações e melhor qualidade de vida.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF, 60p., 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília – DF, 200 p., 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília – DF, 160 p., 2011.

BATISTA FILHO, M; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, v.19, Supl.1, p.181-191, 2003.

ESPIRIDIANO, M.; TRAD, L.A.B. Avaliação de usuários. **Rev. Saúde Coletiva**. v.12, n.1, p. 59-75, 2005.

FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO Jr., K.R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10 (Supl.), p. 303-312, 2002.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Populações e estatísticas vitais. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acessado em 25 de Abril 2013.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELENDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad Saúde Pública**, v.19, Supl 1, p S4-5, 2003.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996, 300p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório de desenvolvimento humano. Disponível em: www.pnud.org.br. Acesso em 10 de março de 2012.

RIBEIRO, J.L.P. **Introdução à psicologia da saúde**. Rio de Janeiro: Quarteto, 2007, 356 p.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, n. 377, p.61-74, 2011.

SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.897-908, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA – DF, 2004, 726p.

SOUZA, S.A.; FRANCO, S.C. Avaliação dos serviços de saúde na rede básica em um município do sul do país: a visão do usuário. **Saúde em Debate**, v. 31, n.75/76/77, p.147-156, 2007.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. SANTANA, E.M.; NUNES, M. **A construção social da Estratégia Saúde da Família: condições, sujeitos e contextos**. PNEPG, CNPQ, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. WHO Global Report. Geneva: WHO, 2005, 36p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. WHO Global Report. Geneva: WHO, 2011, 176p.

ZAVATINI, M.; OBRELI-NETO; P.R.; CUMAN, R.K.N. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.31, n.4., p. 647-654, 2010.

Objetivos

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar o cuidado em saúde e nutrição dispensado a indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial pelas equipes da Saúde da Família (SF), no município de Matão/SP.

Objetivos Específicos

Avaliar a relação entre o atendimento realizado pelas Unidades de Saúde da Família e as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, quanto à assistência e cuidado ao diabético e hipertenso.

Identificar a opinião do usuário quanto à assistência e cuidado prestados pela equipe de Saúde da Família.

Caracterizar qualitativamente o consumo alimentar de indivíduos diabéticos e hipertensos, visando verificar associação com as variáveis de estado nutricional e controle da doença (pressão arterial e glicemia capilar).



Capítulos

Capítulo 1

Políticas Públicas de Prevenção e Controle do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial: perspectivas com ênfase na nutrição

**Políticas Públicas de Prevenção e Controle do Diabetes Mellitus e da Hipertensão
Arterial perspectivas com ênfase na nutrição**

**Public Policy for the Prevention and Control of Diabetes Mellitus and
Hypertension: perspectives with an emphasis on nutrition**

Valdete Regina Guandalini¹

Maria Rita Marques de Oliveira^{1,2}

¹Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Araraquara-SP.

²Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Botucatu-SP.

RESUMO

A partir da segunda metade do século XX, o perfil epidemiológico brasileiro foi se alterando em consequência do surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), um conjunto de doenças representado pelas doenças cardiovasculares (DCV), diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, o que gerou a necessidade de reorganização do sistema de saúde, a fim de prevenir e controlar as DCNT. No Brasil, essa demanda vem sendo atendida principalmente por meio da atenção primária à saúde que tem como seu representante principal a Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre as DCNT, o diabetes e a hipertensão arterial representam as principais causas de mortalidade e de hospitalizações, associando-se diretamente ao excesso de peso, estilo de vida (sedentarismo, álcool e fumo) e ao padrão alimentar voltado ao consumo excessivo de gorduras, alimentos industrializados ricos em açúcar, sódio e energia e reduzido em cereais, leguminosas, frutas, verduras e legumes. Como resposta ao desafio, o Ministério da Saúde do Brasil tem implantado importantes políticas para o enfrentamento das DCNT por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A concretização satisfatória das políticas, programas e diretrizes atualmente existentes no Brasil permanece um grande desafio, como estratégias de prevenção primária em DM e HA, seja na efetiva implantação e inserção do nutricionista na ESF, seja nas ações e programas de prevenção que priorizem uma alimentação saudável e mudança do estilo de vida em indivíduos de alto risco.

Palavras-chave: política pública; atenção primária à saúde; diabetes mellitus; hipertensão arterial, nutrição.

ABSTRACT

In the second half of the twentieth century, Brazil's epidemiological profile underwent changes from the rise in chronic non-communicable diseases (NCDs), a set of diseases represented by cardiovascular diseases (CVD), diabetes, cancer and chronic respiratory diseases, all of which required reorganizing the health system in order to prevent and control NCDs. In Brazil, this demand is largely met by primary healthcare, fundamentally represented by the Family Health Strategy (FHS). Among the NCDs, diabetes and hypertension are the main causes of mortality and hospitalizations, directly associated to excess weight, lifestyle (sedentary lifestyle, alcohol and tobacco) and the food intake pattern leading to excessive consumption of fats, industrialized foods rich in sugar, sodium and energy, and low in grains, legumes, fruits and vegetables. In response to this challenge, Brazil's Ministry of Health implemented important policies to confront the NCDs through the National Policy for Primary Care (PNAB), the National Policy for Health Promotion (PNPS) and National Policy for Food and Nutrition (PNAN). The satisfactory implementation of policies, programs and guidelines currently in use in Brazil remains a major challenge as primary prevention strategies for DM and H, either by the effective implementation and insertion of FHS nutritionists, or by actions and prevention programs which focus on healthy eating and lifestyle changes for high-risk individuals.

Keywords: public policy, primary health care, diabetes mellitus, hypertension, nutrition

Introdução

O perfil epidemiológico brasileiro foi se modificando de maneira expressiva nas últimas décadas, principalmente pela elevada prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), que assumiram papel de destaque entre as causas de morbimortalidade, além de levarem à perda da qualidade de vida, com alto grau de limitações, impacto socioeconômicos para o indivíduo e a sociedade e aumento da mortalidade prematura¹.

Nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, as DCNT vêm representando, a partir da segunda metade do século XX, uma importante causa de mortalidade e incapacidade, por meio de aumento e agravamento dos casos, particularmente nos países onde ainda persiste grande desigualdade entre as classes sociais².

O grupo das DCNT é composto principalmente pelas doenças cardiovasculares (DCV), diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas³.

O diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial (HA) se correlacionam e representam importante problema de Saúde Pública para o Brasil⁴. A prevalência de hipertensão é de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos, quando comparados aos não diabéticos, afetando 40,0% ou mais dos indivíduos diabéticos⁵⁻⁶.

Diante da gravidade do problema, o Brasil vem criando e implantando políticas que, entre outros, estabelecem diretrizes e protocolos de cuidado e atenção ao diabético e ao hipertenso. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), em 2001, foi a primeira iniciativa realizada pelo Ministério da Saúde no combate à hipertensão e ao diabetes, com o intuito de reduzir a morbimortalidade causada por ambas, durante o período de 2001 a 2003⁷. Uma das suas propostas era de que todos os casos confirmados seriam cadastrados e vinculados às unidades básicas de saúde e às equipes do Programa Saúde da Família (PSF) para acompanhamento continuado, clínico e laboratorial⁸.

Em conjunto com a implantação do HIPERDIA, criou-se o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que previa que os gestores, mediante o cadastro dos hipertensos e diabéticos, planejassem as necessidades de atendimento desse público⁸. Seguindo esta tendência de reorganização do modelo assistencial, em 2006 houve a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), seguida pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com vistas a promover ações de promoção da saúde, voltadas à alimentação e nutrição, redução e controle dos fatores de risco relacionados aos hábitos de vida e ações de vigilância das DCNT⁹⁻¹⁰.

Em consonância às demais políticas e ao novo cenário epidemiológico nutricional no Brasil, em 2011, houve a reestruturação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), com a proposta de reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira, no âmbito do SUS¹¹.

Considerando os aspectos relacionados à transição epidemiológica nutricional os principais fatores de risco atribuídos às DCNT são o tabaco, a alimentação inadequada, a inatividade física e o consumo abusivo do álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo elevação do colesterol¹².

Colocando em destaque a alimentação, atenção especial deve ser dada à redução no consumo de alimentos naturais e fontes de fibras, como frutas, legumes e verduras e cereais integrais, acompanhado pelo alto consumo de gorduras, sal e açúcares¹³⁻¹⁵.

Trabalhos citados por Malta et al.¹⁶ demonstram que o consumo adequado de frutas, legumes e verduras podem reduzir os riscos de doenças do aparelho circulatório e

alguns tipos de câncer, principalmente do trato gastrointestinal. Com relação ao consumo do sal, a maioria das populações consome mais que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção de doenças, mesmo sendo considerado um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular¹³.

Quanto ao consumo excessivo de gorduras saturadas e ácidos graxos trans, observa-se a relação com o aumento das doenças cardiovasculares. A alimentação inadequada, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda¹⁵.

Diante deste panorama e complexidade no cenário das DCNT, em especial ao diabetes e hipertensão arterial, o objetivo desta revisão foi apresentar os aspectos demográficos e epidemiológicos do diabetes e da hipertensão arterial, assim como as políticas públicas em saúde, alimentação e nutrição e os avanços e desafios no enfrentamento destas morbidades no Brasil.

Como critérios metodológicos de análise e estruturação do artigo foram estabelecidos, em literatura nacional e internacional, três cortes conforme se apresenta o texto: o primeiro corresponde aos aspectos epidemiológicos do diabetes e da hipertensão arterial no Brasil e no mundo; o segundo corresponde ao levantamento de políticas públicas direcionadas ao hipertenso e diabético, com relação à saúde, alimentação e nutrição a partir da década de 80; e por fim, o terceiro corresponde às perspectivas e propostas de programas e ações no combate às DCNT no Brasil, em especial do diabetes e da hipertensão arterial. Utilizou-se para estas buscas as bases de dados: scielo, scielo sp, pub med e BVS, utilizando como descritores: atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; doenças crônicas não transmissíveis.

Caracterização demográfica epidemiológica do diabetes e hipertensão

A situação de saúde no Brasil se caracteriza por transição demográfica acelerada e por situação epidemiológica de tripla carga de doenças, composta por: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus principais fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada e um forte crescimento de causas externas¹⁷. Esse quadro é reflexo do processo de transição epidemiológica e nutricional pelo qual o país vem atravessando.

Segundo Schuramm et al.¹⁸ em 1998, as DCNT responderam por 66,3% da carga de doença no Brasil e as doenças infecciosas responderam por 23,5%, enquanto as causas externas foram responsáveis por 10,2%. Mundialmente, a carga de doença relacionada aos agravos não transmissíveis tem se elevado rapidamente e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública. A inatividade física juntamente com a alimentação inadequada têm elevado a incidência das DCNT, incluindo as doenças cardiovasculares, o diabetes tipo 2 (DM2) e certos tipos de câncer, explicando assim a importância da criação de mecanismos para prevenção e controle das mesmas².

O processo de transição epidemiológica engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; transferência da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante¹⁸⁻²⁰. No que diz respeito à transição nutricional, observa-se a sobreposição dos problemas nutricionais relacionados à carência e aos excessos alimentares, destacando-se a permanência das anemias carenciais e o aumento da obesidade e suas comorbidades¹⁸⁻¹⁹.

Projeções da OMS indicam que no período de 2000 a 2030 haverá um aumento expressivo na prevalência de diabetes no Brasil, passando de 4,5 milhões em 2000 para 11,3 milhões em 2030. Esse aumento na prevalência da hipertensão e do diabetes vem ocorrendo diretamente associado ao processo de transição epidemiológica e nutricional que vem passando o Brasil, assim como outros países em desenvolvimento²¹.

No Brasil, as doenças cardiovasculares vêm correspondendo à primeira causa de morte há pelo menos quatro décadas, acompanhada de um aumento expressivo da mortalidade por diabetes e ascensão de algumas neoplasias malignas^{20;22}.

Em 2007, 72,0% dos óbitos no país foram decorrentes das DCNT, em primeiro lugar as doenças cardiovasculares (31,3%), seguidas do câncer (16,3%), doença respiratória crônica (5,8%) e diabetes (5,2%), estando associadas a todas as camadas socioeconômicas da população, faixa etária e sexo, mas ocorre principalmente nos grupos mais vulneráveis como idosos e indivíduos com baixa renda e escolaridade^{1;20}. Além disso, o DM e a HA são responsáveis pela primeira causa de hospitalizações no país⁷.

O diabetes e a hipertensão arterial foram associados com um risco aumentado da incidência e mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC)⁶. A HA está relacionada

em média a 80% dos casos de AVC e a 60% dos casos de doença isquêmica do coração. As complicações mais frequentes do DM estão relacionadas a infarto agudo do miocárdio (IAM), AVC, insuficiência renal crônica (IRC), amputações de membros, cegueira e mortes perinatais^{7;23}.

A hipertensão e o diabetes estão diretamente associados ao padrão alimentar encontrado entre as famílias brasileiras, quando se tem observado a participação crescente de gorduras em geral, gorduras de origem animal, alimentos industrializados ricos em açúcar, sódio e energia, e diminuição no consumo de cereais, leguminosas, frutas, verduras e legumes; decorrente do fato de o comércio facilitar o acesso e oferecer produtos de baixo custo a uma população pouco ativa fisicamente^{12;24-26}.

Dada à elevada prevalência HA e DM2 na população, à gravidade das complicações advindas dessas doenças crônicas e ao envolvimento de fatores de risco modificáveis na prevenção e controle dessas doenças, é que políticas públicas abrangentes e específicas são necessárias.

Políticas públicas de saúde direcionadas ao hipertenso e diabético

Na década de 80, há registros de discretos programas dirigidos à hipertensão arterial e diabetes, os quais, porém, não apresentaram o desempenho esperado por diversas razões, entre elas as mudanças administrativas no setor da saúde e a falta de recursos financeiros e de apoio para sua manutenção e sucesso. Foram programas com propostas de educação e controle direcionados à hipertensão e ao diabetes, mas que não conseguiram se enquadrar na prevenção primária de baixo custo, desviando-se exclusivamente para a prática clínica, onerosa, de restrito acesso e baixa cobertura²⁷.

Após tentativas fracassadas, uma nova forma de prevenção e controle das DCNT foi a reorganização do modelo de assistência à saúde vigente, que se deu principalmente por meio da PNAB¹⁰. Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, a atenção básica, termo mais utilizado no Brasil, ou atenção primária à saúde (APS), teve como objetivo oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implantar ações intersetoriais de promoção de saúde, manutenção da saúde e prevenção de doenças²⁸⁻²⁹.

O PSF foi a marca desse processo de reestruturação da atenção primária à saúde. Hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), devido a seu caráter de permanência na agenda de saúde do país, se configura como a principal estratégia para reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil¹⁰. No Brasil a origem do Programa de Saúde da Família (PSF) remonta criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários da Saúde) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde^{10:28}..

A ESF, que vem sendo implantada desde 1994, surgiu como uma política nacional de saúde, especialmente a partir da promulgação da Normas Operacionais Básica-96 (NOB-96), com o intuito de ser uma estratégia de consolidação dos princípios do SUS, como uma oportunidade de expansão da atenção primária, garantido melhor acesso, prevenção, cuidado e monitoramento das doenças crônicas. Focado no âmbito familiar e construído operacionalmente na comunidade, a ESF permite a identificação, o cuidado e um acompanhamento mais acurado dos indivíduos na comunidade e suas morbidades^{10:28;30}.

Atendendo à essa necessidade de reestruturação foi criado e implementado em 2001, pelo Ministério da Saúde (MS), o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), com o objetivo principal de estabelecer diretrizes e metas para a atenção às pessoas com esses agravos no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo o vínculo entre o paciente e as unidades de atenção à saúde. Associado a esse plano foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA), visando ao monitoramento e avaliação contínua dos usuários cadastrados⁷.

Neste plano se inclui a organização da atenção especializada, capaz de dar respostas efetivas às complicações que porventura surgirem, evitando a morte precoce e a incapacidade dos indivíduos. No âmbito da APS incluem-se a promoção de mudanças do estilo de vida, hábitos alimentares, prática de atividade física, acesso aos medicamentos e a avaliação clínica sistemática, visando ao controle dos níveis de pressão arterial e à glicemia^{7:25}.

A identificação precoce, a oferta de assistência e acompanhamento adequados às pessoas com HA e DM e o estabelecimento do vínculo com as unidades de atenção primária à saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso no controle desses

agravos, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade por doenças cardiovasculares, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas. Desta forma, a ESF permite a identificação, o cuidado e um acompanhamento mais acurado dos indivíduos diabéticos e hipertensos^{7;29}.

Após o HIPERDIA, primeira iniciativa nacional de atenção e cuidado a hipertensos e diabéticos, foi aprovada em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ratificando a institucionalização da promoção da saúde no SUS⁹.

A PNPS tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool. Associada à PNPS destaca-se a organização da vigilância das DCNT, que tem por objetivo conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, como os sociais, econômicos e ambientais, fornecendo informações adequadas e atualizadas, a fim de sustentar e apoiar as políticas públicas de promoção à saúde^{1;12;25}.

No ano de 2003, foi criada a Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT)/SVS/MS) e a sua principal missão consiste na criação e implantação da vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) em todas as esferas do sistema de saúde, tendo como prioridade a estruturação de um sistema de vigilância voltado a essas doenças, em função de suas peculiaridades e possibilidades existentes de prevenção e controle^{12;22}.

Avanços e desafios no combate as DCNT no Brasil

O marco referencial ao conceito e importância do tema promoção da saúde se deu após a realização, pela OMS e o Ministério da Saúde do Canadá, da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, em 1986. Desse encontro resultou a Carta de Ottawa, que definiu cinco áreas prioritárias de ação em promoção da saúde: políticas públicas direcionadas à promoção da saúde, criação de ambientes saudáveis, reforço à ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Ainda nessa Carta, foram descritos os pré-requisitos para a saúde: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema saudável, justiça social e equidade^{23;31;32}.

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), apoiando-se na Carta de Ottawa, referencia promoção e vigilância em saúde como parte essencial de uma abordagem integrada à prevenção e ao controle de doenças crônicas, no sentido de priorizar a promoção da saúde e habilitar indivíduos e comunidades para que exerçam maior controle sobre sua saúde e os determinantes sociais. Para abordar as necessidades de promoção da saúde, particularmente a promoção de alimentação saudável, atividade física e controle do tabaco, as estratégias propostas pela OPAS²⁴ foram:

- promoção e adoção de hábitos saudáveis de alimentação e estilo de vida ativo;
- controle da obesidade e de doenças crônicas relacionadas com a nutrição;
- desenvolvimento de políticas públicas, diretrizes, mudanças institucionais, estratégias de comunicação e pesquisa relacionada com a alimentação e atividade física;
- promoção da saúde e estratégias de prevenção de doenças;
- uma perspectiva do curso de vida que considere a saúde desde o desenvolvimento fetal até a velhice;
- esforço conjunto de múltiplos parceiros da saúde e setores afins.

Seguindo esta tendência, o Brasil vem se engajando em estratégias globais e internacionais, juntamente com a OPAS e a OMS, voltadas ao enfrentamento e vigilância das causas dessas doenças, como o projeto Mega-Country e a rede CARMEM, a Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física^{12;22;24;25}. Outra importante adesão do País quanto à alimentação e nutrição e o combate às DCNT foi a participação junto a OPAS da construção do documento Estratégia Regional e Plano de Ação com enfoque integrado da prevenção e controle de doenças crônicas, inclusive dieta, atividade física e saúde, no qual faz avaliação e cria estratégias de promoção da saúde e controle das DCNT na América Latina e o Caribe²⁴.

Como parte das ações da PNPS, os gestores do SUS deliberaram e construíram uma agenda de ações específicas e prioritárias para a primeira fase de implantação da promoção da saúde no SUS. Das ações priorizadas para os anos de 2006 a 2008, quatro estão diretamente relacionadas ao cuidado integral para as DCNT: 1ª) alimentação saudável; 2ª) atividade física/práticas corporais; 3ª) prevenção e controle do tabagismo;

4^a) redução da morbimortalidade decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas 9:25.

Entre estas ações e programas, houve o combate ao tabagismo com ações regulatórias, impostos elevados, proibição da propaganda de cigarros, advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, e adesão, em 2006, à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco, com resultados positivos. Entre 1989 e 2009 as prevalências de fumo caíram de 35,0% para 17,0%^{16;20}.

A assistência farmacêutica ao diabético e hipertenso, que foi instituída em 2002, pela Portaria nº 371/GM, com distribuição gratuita de medicamentos (antihipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, estatina, entre outros) foi expandida nas farmácias das unidades de atenção primária do SUS. Em março de 2011, o programa ‘Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço’ passou também a ofertar medicamentos para hipertensão e diabetes¹⁶.

No que se refere à alimentação e nutrição, houve a elaboração do Guia Alimentar da População Brasileira, o controle e normatização da rotulagem dos alimentos e dos acordos com a indústria para a eliminação das gorduras trans e redução de sal nos alimentos. Em 2011, foi lançado o programa ‘Brasil sem Miséria’, que visa à redução da pobreza, destacando ações para o enfrentamento de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes. Quanto à atividade física, foi implementado o programa ‘Academia da Saúde’, também em 2011, que visa à promoção de atividade física e tem por meta sua expansão para quatro mil municípios até 2015¹⁶.

Torna-se relevante avaliar, com cautela, o cumprimento e os resultados dessas ações, uma vez que ainda se observa o aumento da prevalência das morbidades e suas complicações e carências de atendimento interdisciplinar¹⁶. Faz-se necessário também, o cumprimento do princípio da integralidade das ações de cuidado, sem fragmentações, com esforços adicionais do sistema de saúde em todas as suas esferas para a formação e capacitação da equipe de saúde, dada à complexidade e magnitude deste tema.

Em consonância com a política nacional de promoção da saúde¹⁰, o MS, em 2008, elaborou as diretrizes e recomendações para o cuidado integral para prevenção e controle das DCNT, sendo estas: Fortalecimento dos Sistemas de Vigilância em Saúde para o Cuidado Integral de DCNT; Fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde no Cuidado Integral de DCNT; Fortalecimento e Reorientação dos Sistemas de Saúde para o Cuidado Integral de DCNT; Monitoramento e Avaliação²⁵.

A PNAB, na atenção primária à saúde e a PNPS, na saúde global, apresentam interfaces com várias outras políticas, principalmente no que diz respeito à integralidade da atenção, colocando-se como base primordial das linhas de cuidado e apostando no vínculo entre a população e as equipes de saúde, além do respeito às características peculiares de cada território e da atuação intersetorial, com integração de agendas públicas sociais^{9;10;25}.

Seguindo a política de reestruturação da APS, o MS, em conjunto com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), reeditou a já existente Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em 2011, com o propósito de oferecer melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição¹¹.

As medidas preventivas e as metas para o controle das DCNT e seus fatores de risco devem apresentar um conjunto de ações capazes de atuar nos setores envolvidos: social, econômico, educacional e populacional. Deve haver apoio político, recursos financeiros e humanos capacitados para o enfrentamento desse problema em todas as esferas governamentais. No ano de 2011, o Governo Brasileiro ampliou as estratégias políticas de combate às DCNT.

Baseado em diversos estudos e dados de prevalência no Brasil e no mundo, o MS com o objetivo de reduzir a prevalência e o impacto na saúde pública das DCNT elaborou, no ano de 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, que define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos. O principal objetivo é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, com o fortalecimento dos serviços de saúde voltados às doenças crônicas.

Desta forma, o Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e

obesidade) e definem diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral¹.

As novas diretrizes que integram a PNAN (2011) também indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. Sendo consolidadas em 9 diretrizes: Organização da Atenção Nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Vigilância Alimentar e Nutricional; Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; Participação e Controle Social; Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação dos Alimentos; Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional¹¹.

A vigilância alimentar e nutricional (VAN), no âmbito do SUS e da atenção primária, deve ser realizada por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), com os objetivos de assegurar um maior controle e acompanhamento da segurança alimentar e dos problemas relacionados à nutrição; avaliar e monitorar o estado nutricional de indivíduos e grupos; identificar as morbidades associadas aos principais desvios nutricionais; identificar as carências nutricionais específicas (ferro, vitamina A, tiamina, iodo); a prática de aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares; a qualidade da alimentação quanto ao consumo de energia, de macro e micronutrientes com destaque para o consumo de gorduras trans e saturadas, sódio e açúcares e o baixo consumo de frutas e vegetais⁴⁰.

Entretanto, há diversos desafios e dificuldades na consolidação do SISVAN, como disponibilidade de recursos humanos, materiais e financeiros, a confiabilidade das informações e a capacitação e conscientização da equipe de saúde e dos gestores, considerando que essas informações podem servir de base para ações de cuidado e atenção aos grupos mais vulneráveis da população como crianças, gestantes, idosos e portadores de DCNT⁴⁰.

A OMS divulgou as intervenções consideradas mais custo-efetivas, sendo algumas delas apresentadas como as ações mais positivas, que podem ser revertidas com investimentos modestos, e que devem ser executadas imediatamente para que produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos altos evitados, considerados os fatores de risco comportamentais, sendo eles: redução do uso do tabaco; redução do uso abusivo do álcool, promoção da alimentação saudável; promoção da atividade física e estratégias específicas para prevenção do câncer¹⁵.

Todas as propostas, políticas e diretrizes são desafios que implicam mobilização de diversos setores do poder público, da sociedade, das instituições acadêmicas e da população. O Brasil já avançou muito, mas ainda precisa criar mais oportunidades para a promoção da saúde, investir em educação continuada, em recursos humanos, técnicos e científicos, e assim, prevenir o avanço das DCNT, principalmente da obesidade, hipertensão e diabetes mellitus e seus fatores de riscos comportamentais, sob garantia de atenção universal e de qualidade.

Com as mudanças ocorridas nas políticas e modelos de atenção à saúde desde a criação do SUS, a diversidade no perfil social, cultural e econômico da população e da mudança no perfil de mortalidade e morbidade da população brasileira, com o aumento da prevalência e dos óbitos pelas DCNT, reconhece-se a dificuldade em adequar e garantir que os princípios do SUS, de forma homogênea e satisfatória atenda a essa nova realidade.

A ESF, a descentralização e a municipalização da saúde apresentaram-se como políticas setoriais que poderiam facilitar a superação dessas dificuldades⁴¹. Desde sua criação, o Saúde da Família é uma estratégia que vem se estendendo por todo o território nacional, o que não deve relacioná-lo com maior equidade das ações, ou com uma alteração real das tradicionais formas de atenção à saúde ou uma estratégia de promoção da saúde. Entraves para a concretização da ESF têm sido apresentados, entre estes os interesses políticos dos gestores, o repasse insuficiente de verbas pelo governo federal e estadual e, ainda, a transferência da responsabilidade pela saúde para os municípios⁴².

Outro aspecto de fundamental importância para o adequado funcionamento da ESF deve ser a composição da equipe de saúde, para a qual se preconiza o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, que além da formação técnica devem conhecer a proposta da saúde da família, que zela por ações preventivas e de promoção da saúde, física, social e psicológica³⁵⁻³⁶. Uma avaliação realizada pelo Ministério da Saúde revelou que em menos de 5% das equipes de saúde da família havia profissionais da área de nutrição atuando³⁶.

Em 2008, o MS reconheceu a importância de outros profissionais de saúde na ESF ao criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que se caracterizam pela constituição em equipes multiprofissionais, pertencentes à ESF, atuantes no âmbito da saúde e assistência social, sendo o nutricionista um dos profissionais que faz parte delas.

O objetivo central é de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica³⁷.

Em estudos nos quais foi avaliada a inserção do nutricionista na atenção primária e na rede básica de saúde, embora tenham encontrado algum avanço após a criação do NASF, foi observada a ausência ou insuficiência no número destes profissionais, aliado a outras dificuldades como acúmulo de funções em diversas áreas e atuação a partir de prática assistencialista, em detrimento as ações de promoção da saúde, falta de reconhecimento da importância do profissional por parte dos gestores e da sociedade, desvalorização profissional, desconhecimento do núcleo de competência do nutricionista e manutenção do modelo médico-hegemônico, associado ainda à relativa carência do profissional nas equipes³⁸⁻⁴¹.

Essa carência do profissional nutricionista nas equipes não se deve à falha na formação deste profissional, bem como à falta de habilidade técnica em participar das equipes de saúde dos estados brasileiros, mas sim a uma questão histórica e estrutural das políticas públicas, que centra o cuidado na figura médico³⁸.

Estudo de Camossa et al.⁴¹ apontou que os sujeitos pesquisados atribuíram ao profissional nutricionista a função primordial de realizar atendimentos individuais nos vários ciclos de vida, elaborando e orientando dietas para patologias específicas, especialmente para doenças crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Essa situação tem contribuído para consolidar o papel do nutricionista como prescritor de dietas, dificultando que se construa a visão de que ele pode contribuir mais amplamente para a promoção da saúde.

Mesmo após mais de 10 anos da implantação da ESF, ainda se encontram falhas e necessidade de melhorias no cuidado ao diabético e hipertenso quanto à saúde e nutrição. Estudos mostram o não cumprimento das diretrizes na política de AB, a falta de recursos humanos e materiais, a falta de conhecimento dos profissionais da equipe, dos agentes comunitários de saúde (ACS) e do usuário da proposta e objetivos da ESF. A manutenção ainda do modelo biomédico hegemônico, com poucas atividades e ações que contemplem o território, a comunidade e a família. Deve-se considerar a necessidade de maior incentivo financeiro, educação permanente para a equipe, recursos

materiais e estrutura física, além da participação e cumprimento das responsabilidades também pelos gestores.

O profissional nutricionista ainda não conseguiu garantir seu espaço na equipe de saúde e sua valorização enquanto profissional capacitado para participar das ações de promoção de saúde, criação e implementação de ações que possam ser capazes de modificar e melhorar o perfil epidemiológico nutricional, principalmente associado às DCNT, não se limitando somente à prescrição de dietas e planejamento de refeições.

A criação de novos programas, linhas de cuidado, sendo reforçadas pela criação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013⁴², direcionadas aos indivíduos com DCNT demonstra que o Estado têm se mobilizado no combate e prevenção destas doenças, porém faz-se necessária a viabilização de recursos materiais e humanos para que estas possam alcançar os objetivos propostos. Cabe ainda à sociedade civil cobrar ações resolutivas e atendimento de qualidade e eficazes com vistas a desempenhar um impacto positivo na saúde da população e na prevenção e atenção primária das DCNT.

Considerações finais

Houve mudanças significativas no perfil epidemiológico nutricional brasileiro nas últimas décadas, impulsionadas pela elevada prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, considerados juntamente com a obesidade os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e o aumento da mortalidade no Brasil e no mundo, consequência de uma alimentação rica em gorduras, açúcares e sal, associado ao consumo excessivo do álcool, sedentarismo e uso do tabaco.

No que diz respeito às políticas públicas de cuidado às DCNT, foram realizadas, a partir da década de 80, diversas tentativas de criação e implantação de programas e ações dirigidas à hipertensão arterial e ao diabetes, mas somente após a reorganização do modelo de assistência à saúde vigente, na década de 90, foram estabelecidos programas direcionados ao hipertenso e diabético, voltados ao atendimento primário com vistas a reduzir a prevalência das doenças e suas complicações, destacando-se aqui a ESF, principal representante da política de atenção primária atualmente.

A partir da década de 1990, as políticas e programas direcionados ao diabético e hipertenso ganharam abordagem mais significativa quanto à alimentação e nutrição e a mudança nos hábitos de vida, que se deram por meio da PNPS, do SISVAN, destacando-se a reorganização da PNAN e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.

A reorganização da PNAN teve o propósito de criar melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, como as deficiências nutricionais e doenças crônicas não transmissíveis.

Considerando as atribuições e competências do profissional nutricionista na sua formação, sua inserção neste contexto torna-se imprescindível, uma vez que o nutricionista deve complementar a equipe de saúde multiprofissional, com o objetivo de orientar a população, criar e desenvolver políticas públicas, direcionadas à promoção e vigilância da saúde, promovendo mudança nos hábitos alimentares e prevenção dos agravos nutricionais.

A concretização satisfatória das políticas, programas e diretrizes atualmente existentes no Brasil permanece um grande desafio, como estratégias de prevenção primária em DM e HÁ, seja na efetiva implantação e inserção do nutricionista na ESF, seja nas ações e programas de prevenção que priorizem uma alimentação saudável e mudança do estilo de vida em indivíduos de alto risco.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2011a.
2. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization (WHO); 2003.
3. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva. Geneva: World Health Organization (WHO); 2005.

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21:7-19.
5. Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, Hypertension, and cardiovascular disease: an update. *Hypertension* 2001; 37(4):1053-1059.
6. Hu G, Sarti C, Jousilahti P, Peltonen M, Qiao Q, Antikainen R, et al. The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality. *Stroke*. 2005; 36(12):2538-2543
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2001.
8. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 885-895.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária a saúde. Política Nacional de Atenção Primária a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária a saúde. Coordenação Gerla de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2011.
12. Malta, D.C.; Cezário, A.C.; Moura, L.; Morais Neto, O.L.; Silva Junior, J.B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15(15):47-65.
13. World Health Organization. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010
14. Malta, D.C.; Oliveira, M.R.; Moura, E.C.; Silva, E.C.; Zouain, C.S.; Santos, F.P.; Morais Neto, O.L.; Penna, G.O. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3):2011-2022, 2011
15. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization (WHO), 2011.
16. Malta, D.C; Morais Neto, O.L.; Silva Junior, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 20(4):425-438,out-dez 2011

17. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2012.
18. Schramm JMA, Oliveira, AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela, MC, Campos, M.R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(4):897-908.
19. Kac G, Velásquez-Melendez G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cad Saúde Pública*, v.19, Supl 1, p S4-5, 2003.
20. Schmidt MI, Duncan, BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro, CA, Barreto SM, Chor, D, Menezes PR. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, n. 377, p.61-74, 2011.
21. Rathmann W, Giani G. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27(10):1047-1053.
22. Lessa, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(4):931-943.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2002.
24. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPAS), 2007.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008.
26. Coutinho, J.G.; Gentil, P.C.; Toral, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(Sup 2):332-340.
27. Lessa, I. Os programas nacionais de educação e controle para DCNT. In I Lessa (org.). *Adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1998, p. 241-250.
28. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* 2011; 377:11-31.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção primária a saúde. Programa Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais. Rev Saúde Pública 2000b; 34(3) p.316-319, 2000.
31. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9(3):745-749.
32. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. Cad. Saúde Pública 2007;23(7):1674-1681.
33. Coutinho JG, Cardoso, AJC, Toral N, Silva, ACF, Ubarana JA, Aquino KKNC, Nilson EAF, Fagundes A, Vasconcellos AB. A Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. Rev Bras Epidemiol. 2009;12(4):688-99.
34. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública 2002; 18(Supl.1):191-202.
35. Ronzani TM, Silva ACM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13(1):23-34.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da implantação do programa de saúde da família: relatório preliminar. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 1999.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008.
38. Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. Rev. Nutr. 2006; 19(4):413-424.
39. Gues LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA, Ferreira VA, Ditterich RG. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16 (Supl.1):797-804.
40. Cervato-Mancuso AM, Tonacio, LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. Ciência & Saúde Coletiva 2012; 17(12):3289-3300.
41. Camossa ACA, Telarolli Junior R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. Rev. Nutr., 2012, 25(1):89-106.

Capítulo 2

O cuidado em saúde e nutrição a diabéticos e hipertensos atendidos em unidades de saúde da família sob a luz das diretrizes oficiais

O cuidado em saúde e nutrição a diabéticos e hipertensos atendidos em unidades de saúde da família sob a luz das diretrizes oficiais

Health care and nutrition for diabetic and hypertensive patients in family health units in terms of official guidelines

Valdete Regina Guandalini¹

Maria Rita Marques de Oliveira^{1,2}

¹Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Araraquara-SP.

²Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Botucatu-SP.

RESUMO

O diabetes e a hipertensão arterial tem se destacado como principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, demandando atenção especial às políticas de saúde. O objetivo foi avaliar o comportamento de diabéticos e hipertensos frente ao tratamento e orientações recebidas e se o atendimento realizado nas Unidades de Saúde da Família em uma cidade do centro do Estado de São Paulo atende às diretrizes do Ministério da Saúde para o cuidado dessas doenças. Foram realizadas visitas domiciliares e coleta de dados em prontuários. O grupo avaliado foi composto por 288 indivíduos com idade de $52,0 \pm 5,50$ anos. Foi identificado comportamento inadequado dos pacientes, refletido pelo baixo cumprimento do tratamento clínico e orientações recebidas e por parte da equipe foi identificado cumprimento parcial das diretrizes preconizadas e registros incompletos nos prontuários. Conclui-se que os hipertensos e diabéticos não atendem adequadamente às orientações recebidas, e que as diretrizes são parcialmente atendidas pelo serviço e as equipes de saúde falham no registro em prontuários.

Palavras-chaves: diretrizes clínicas; hipertensão arterial; diabetes mellitus; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Diabetes and hypertension emerge as major causes of morbidity and mortality in Brazil and worldwide, requiring special attention in health policies. This study evaluates the behavior of diabetic and hypertensive patients to treatment/guidance received and if the care provided at the Family Health Units in a São Paulo city meets Brazil's Health Ministry healthcare guidelines of these diseases. Home visits and data collection from medical records were conducted. 288 subjects aged 52.0 ± 5.50 years were evaluated. The results show the patients' inappropriate behavior, reflected by low

compliance to medical treatment and counseling, and identified the partial fulfillment of the recommended guidelines and incomplete records. It was concluded that hypertension and diabetes patients do not adequately meet the guidance received and that guidelines are partly met by the service and health care staff with inadequate registry records.

Keywords: clinical guidelines, hypertension, diabetes mellitus, primary healthcare.

Introdução

Nas últimas décadas, as doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão arterial incluíram-se entre os mais importantes problemas de saúde pública para o Brasil, o que levou o Ministério da Saúde (MS), em 2001, a elaborar o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), com vistas a enfrentar de forma efetiva a mudança ocorrida no perfil epidemiológico da população brasileira¹. Esta medida teve como objetivo principal estabelecer diretrizes e metas de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo assistência e acompanhamento adequado, incluindo ações de promoção da saúde e prevenção das complicações².

Nos documentos oficiais tem sido recomendado que o acesso efetivo ao sistema de saúde, a garantia de qualidade do tratamento, a educação permanente do indivíduo quanto ao controle da doença e aos seus fatores de risco devem ser garantidos na atenção primária à saúde^{1,2}. Espera-se que 60 a 80% dos agravos da doença entre pacientes diabéticos e hipertensos sejam tratados na atenção primária². O atendimento ao diabético e ao hipertenso tem representado a principal demanda de cuidado para as equipes de saúde³.

Apesar do reconhecimento de que a aplicação das recomendações previstas nas metas e diretrizes clínicas possibilitam alcançar melhores resultados assistenciais, sua adesão ainda tem sido insuficiente, seja pela equipe de cuidado à saúde, seja pelo paciente⁴⁻⁶.

Alguns fatores podem ser considerados para a não ou a baixa adesão às diretrizes, por parte do profissional de saúde, como a falta de percepção da necessidade deste cumprimento e da eficácia das mesmas, a falha na formação profissional, a recusa a algo pré-estabelecido, a falta de consciência ou familiaridade, além da falta de confiança nos seus propósitos, quando se tem a ideia de que as diretrizes tem somente o propósito de controlar custos⁷.

As diretrizes clínicas apresentam cinco propósitos principais: 1. Orientar a tomada de decisão clínica pelo paciente e pelo médico; 2. Educar indivíduos e grupos; 3. Avaliar e garantir qualidade na assistência; 4. Orientar a alocação de recursos na assistência à saúde e 5. Oferecer elementos de boas práticas médicas. Essas diretrizes são baseadas em evidências científicas do conhecimento disponível no momento⁸.

Do ponto de vista da qualidade, as diretrizes podem ser uma ajuda na gestão da complexidade do cuidado e garantir tratamento consistente. As diretrizes visam também reduzir a extensão do atendimento inadequado e custos relacionados⁷.

Assim, este trabalho teve como objetivo avaliar se o atendimento realizado pelas Unidades de Saúde da Família de um município no interior de São Paulo atende às diretrizes preconizadas para assistência e cuidado a diabéticos e hipertensos, bem como o comportamento destes indivíduos frente ao tratamento e às orientações recebidas.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo transversal, que incluiu a coleta de dados em visita domiciliar e em prontuários de diabéticos e hipertensos atendidos na ESF do município de Matão/SP (n=288). O município encontra-se localizado no interior de São Paulo, há aproximadamente 300 km da capital do Estado, com população de aproximadamente 77.484 habitantes, em 2013⁹. No momento da coleta dos dados havia no município, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), quatro Unidades de Saúde da Família (USF) e um hospital filantrópico geral, além de serviços de saúde de iniciativa privada.

A população do estudo foi composta por indivíduos que residissem no município e estivessem registrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), a partir do Sistema de Informação da Atenção primária a saúde (SIAB), em julho de 2010, momento em que houve o levantamento dos dados para este estudo.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: apresentar entre 40 e 60 anos de idade, estar inscrito em uma das quatro USFs existentes a pelo menos um ano, apresentar diagnóstico clinicamente confirmado de hipertensão e/ou diabetes, com ou sem tratamento medicamentoso e não apresentar alterações psiquiátricas que comprometessem as respostas aos questionamentos. Atendendo a esses critérios, a população primeiramente foi composta por 1069 indivíduos, a qual foi considerada para

o cálculo do tamanho amostral, obtendo-se um número de 288 indivíduos como sujeitos da pesquisa.

Primeiramente foram realizadas visitas domiciliares, na qual os pacientes responderam a um questionário e foram submetidos à avaliação antropométrica, após apresentação, leitura e assinatura do TCLE. A coleta de dados nos prontuários ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2012, após terem sido realizadas as visitas domiciliares. O questionário foi elaborado a partir de estudos com objetivos semelhantes aos deste trabalho¹⁰⁻¹³ e antes da sua aplicação, foi pré testado entre profissionais das unidades de saúde e pessoas da comunidade sem conhecimento na área, com vista a sua validação de face.

Na entrevista domiciliar foram levantadas as seguintes informações: a) Identificação: sexo (masculino e feminino), cor (branco, amarelo, pardo, preta, indígena), estado civil (solteiro, casado/união estável; separado, desquitado, divorciado, viúvo) e idade.

Informações sobre saúde e doença: foram levantados os hábitos de vida dos usuários quanto a atividades físicas e hábitos de fumar e/ou beber, percepção quanto ao cumprimento das orientações dietéticas. Foram levantadas informações sobre o tempo médio de diagnóstico da doença, o uso de medicações, orientações recebidas sobre a doença e o tratamento, bem como sobre a presença de complicações da doença.

Quanto à classificação do estado nutricional, foram utilizados os dados de peso e estatura, coletados nas visitas domiciliares, para obtenção do índice de massa corpórea (IMC, em kg/m^2) e classificação do risco metabólico a partir da circunferência da cintura (CC, em cm).

Para obtenção do peso foi utilizado uma balança digital, portátil e calibrada com capacidade para 180 quilos. O indivíduo deveria permanecer no centro da balança, em pé, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Para a estatura utilizou-se antropômetro portátil, devendo o indivíduo posicionar-se em pé encostado no centro do mesmo, descalço e com a cabeça livre de adereços, mantendo-se ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos¹⁴.

O IMC foi calculado pela fórmula ($\text{peso}/\text{altura}^2$), sendo considerado eutrofia na faixa de $\text{IMC} \geq 18,5$ e $< 25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$, pré-obesidade $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ e obesidade $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ¹⁵.

A medida da CC foi tomada utilizando uma fita inelástica, a partir do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca ou na região mais estreita do abdômen¹⁶. Para a CC, adotou-se como risco aumentado para o desenvolvimento de complicações metabólicas associadas à obesidade valores > 80 cm para mulheres e > 94 cm para homens¹⁷.

A análise dos prontuários dos usuários, previamente selecionados para a entrevista e visita domiciliar, constou da verificação do cumprimento das metas propostas pelo Ministério da Saúde, no controle e tratamento da HA e do DM (Quadro 2.1) pela USF. Foram consideradas somente as informações que estavam registradas no prontuário pelo médico, enfermeiro ou outro profissional. Os registros foram avaliados em momento único, considerando o período de um ano anterior a data da coleta.

Quadro 2.1 Metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular e periodicidade do monitoramento para hipertensos e diabéticos.

Parâmetro	Meta	Periodicidade
Plano alimentar e controle de peso corporal	Alimentação saudável 18,5<IMC<25kg/m ² ou perda de peso	Verificar e orientar a cada consulta
Atividade física	> 30 min/d ou > 1h/dia (perda/manutenção de peso)	Verificar e orientar a cada consulta
Fumo	Não fumar	Verificar e orientar a cada consulta
Hemoglobina glicada (HbA1)	<7%	A cada 3 meses até alcançar controle; depois, a cada 6 meses
Glicemia de jejum	90-130 mg/dL	Mensal
Colesterol LDL	<100 mg/dL	Anual
Colesterol HDL	>40 mg/dL	Anual
Triglicerídeos	<150 mg/dL	Anual
Pressão arterial	<130/80 mmHg	A cada consulta
Vacinação*	Influenza	Vacinação anual

* Vacina pneumocócica: Uma vez, depois reforço após 65 anos.

Fonte: BRASIL, 2006¹⁸

Os resultados foram tabelados e sumarizados a partir de estatística descritiva. Para as variáveis nominais (sexo, cor da pele, estado civil, hábitos de vida, tipo, tempo e complicações da doença, avaliação das metas e diretrizes do MS), os dados foram apresentados em valores absolutos e frequência percentual. Para as variáveis contínuas (idade, IMC, CC), os dados foram sumarizados conforme a média e o desvio padrão.

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP de Araraquara/SP, sob o protocolo CEP/FCF/CAr nº 09/2011

Resultados

Dos usuários participantes deste estudo, houve predomínio do sexo feminino (74,0%), a idade média foi de $52,0 \pm 5,5$ anos, cor da pele branca (52,0%), casados ou em união estável (75,0%). Quanto à condição de saúde, a maior prevalência foi de hipertensos (60,0%), seguido por hipertensão associada ao diabetes (28,0%) diabéticos (12,0%). A maior parte do grupo com HA apresentava mais de 10 anos de diagnóstico (36,0%). No grupo com DM, o tempo de doença mais prevalente foi entre 1 a 2 anos (33,5%)

No que se refere às complicações e limitações das atividades diárias, pela presença da HA e/ou DM, 80,5% disseram que não apresentavam, até aquele momento, nenhuma complicação da doença e 58,0% afirmaram não ter suas atividades diárias limitadas pela doença. Entre os que apresentavam complicações, as mais citadas foram retinopatias (35,7%), seguida pelas doenças cardíacas (27,0%), cerebrovasculares (AVC, vascular periférica), 30,3% e nefropatias (7,0%).

Na classificação do IMC, os homens apresentaram a média de $29,8 \pm 4,70$ Kg/m², situando-se na faixa de sobrepeso, enquanto as mulheres situaram-se na faixa de obesidade grau I, com a média de $31,5 \pm 6,50$ Kg/m². Na distribuição da gordura abdominal, avaliada pela CC, a média para os homens foi de $101,7 \pm 12,0$ cm e para as mulheres de $99,5 \pm 14,0$ cm.

Avaliando o cumprimento das metas e recomendações presentes nas diretrizes de cuidado quanto ao plano alimentar, tabagismo e atividade física, não foram encontrados registros nos prontuários, o que não permitiu uma avaliação mais efetiva. Para os indivíduos que haviam passado pelo serviço de nutrição (17%) foram encontradas informações sobre plano alimentar e orientações nutricionais.

Nas visitas domiciliares, os pacientes foram questionados quanto às orientações recebidas sobre adoção de hábitos para uma vida saudável (alimentação, atividade física, tabagismo). Segundo as informações coletadas na visita domiciliar, essas orientações foram realizadas principalmente pelo médico, em média para 50,0% do

grupo, no momento da consulta e de forma verbal para 70% dos que receberam a orientação.

Em relação à alimentação, as principais orientações recebidas e relatadas pelos pacientes foram: mudança de hábitos alimentares (30,0%), redução do consumo do sal (23,0%), redução do peso (12,0%) e redução do consumo de açúcar e de sal (10,0%). Dos entrevistados, 25,0% referiram não ter recebido nenhuma orientação quanto à alimentação. Quanto à prática de atividades físicas, a principal atividade que surgiu como tendo sido orientada foi a caminhada (45,0%), seguida pela hidroginástica (3,0%), sendo que 52,0% referiram não ter sido orientados quanto à prática de atividades físicas. Para aqueles que apresentaram o hábito de fumar (17,0%), todos referiram ter recebido orientação para a redução ou eliminação do uso do tabaco.

Sobre as orientações quanto à medicação, forma de administração, dosagem e posologia, o médico foi o responsável para 100% dos entrevistados, dos quais, 82,0% respondeu fazer uso da mesma, conforme orientação médica.

Quanto à compreensão do usuário sobre as orientações recebidas, foi observado que 94,5%, 71,5% e 55,0% do grupo relatam ter entendido as orientações recebidas quanto ao uso da medicação, alimentação e prática de atividade física, respectivamente. Quanto à adesão, 83,5% disseram seguir as orientações sobre o uso dos medicamentos regularmente, 40,0% referem seguir parcialmente as orientações quanto à alimentação e 34,5% corretamente. Quanto à prática de atividade física, 40,0% referem seguir parcialmente estas orientações.

Na tabela 2.1 são mostrados os motivos apresentados pelos hipertensos e diabéticos para o não cumprimento das orientações recebidas, no que se refere à medicação, alimentação e atividade física. Sobre a medicação, entre os 16,0% dos entrevistados que referiram não tomar a medicação corretamente, mais que a metade alega esquecimento e as outras alegações foram: tomarem apenas quando passam mal, desânimo e falta de compreensão sobre dosagem e posologia. Dos 62,0% dos entrevistados que disseram não se alimentarem corretamente, a dificuldade de seguir as orientações de mudanças e o fato de não ter recebido nenhuma orientação foram as principais alegações. Para o não cumprimento da prática da atividade física, a maioria do grupo (82,0%) não cumpre por falta de orientação; outras alegações foram falta de tempo, desânimo e dores no corpo (Tabela 2.1).

Tabela 2.1 Motivos relatados por hipertensos e diabéticos para o não seguimento das orientações frente ao enfretamento da doença. Matão/SP, 2011

Variáveis	n	%
Entrevistados	288	100
Não toma a medicação corretamente	46	16
Esquecimento	27	59
Só toma quando passa mal	7	15
Desânimo	6	13
Não entendeu as orientações	6	13
Não se alimenta corretamente	178	62
Dificuldade em seguir	83	47
Não foi orientado	72	40
Renda	23	13
Não pratica atividade física	235	82
Não foi orientado	150	64
Falta de tempo	57	24
Desânimo/dores no corpo	28	12

De acordo com os entrevistados, no que concerne à verificação da pressão arterial, glicemia capilar, peso e circunferência da cintura, foi possível observar, com base nas respostas dos usuários que essas avaliações e atendimentos não atendem ao preconizado pelo MS no cuidado ao hipertenso e diabético, para todas as variáveis, cujo procedimento deveria ser realizado em todas as consultas e visitas do usuário à USF, destacando-se a circunferência da cintura, obtendo uma avaliação negativa em 72,0% das respostas (Tabela 2.2).

Tabela 2.2 Prevalência de atendimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família segundo os hipertensos e diabéticos entrevistados. Matão/SP, 2011

	Pressão Arterial (%)	Glicemia Capilar (%)	Peso (%)	CC (%)
Toda vez que vai à USF	60,0	27,0	41,0	0,0
Só na consulta médica	19,0	19,0	41,0	9,0
Na consulta médica e com outros profissionais	14,5	8,50	11,0	13,5
Esporadicamente	2,00	6,50	4,0	5,50
Nunca	4,50	39,0	3,0	72,0

CC: circunferência da cintura; USF: Unidade de Saúde da Família

Segundo os registros nos prontuários, para os usuários que passaram regularmente por consulta médica ou com outro profissional, o peso e a pressão arterial foram as únicas recomendações cumpridas integralmente, sendo verificados em todas as consultas realizadas. Para as demais variáveis foram encontrados as aferições de glicemia capilar em 78,0% dos prontuários de usuários diabéticos. Quanto à CC foram encontrados registros em apenas 18,0% dos prontuários.

Quanto aos exames bioquímicos (glicemia e lipidograma), foi verificado que a recomendação para a realização de exames mensais de glicemia em jejum e trimestrais de hemoglobina glicada atingiu apenas um terço dos casos (Tabela 2.3). Quanto ao lipidograma (colesterol total, LDL, HDL e triglicérides), foram encontrados registros em 90,0% dos prontuários consultados.

Tabela 2.3 Percentual de solicitação laboratorial de acordo com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde. Matão/SP, 2011

Variáveis	Sim (%)	Não (%)
Glicemia mensal	31,0	69,0
HbA1 trimestral	30,0	70,0
Colesterol total anual	90,0	10,0
LDL-C anual	90,0	10,0
HDL-C anual	90,0	10,0
Triglicérides anual	90,0	10,0

LDL-C: Lipoproteína de baixa densidade; HDL-C: Lipoproteína de alta densidade

Referente à vacinação, último item das metas e diretrizes propostas pelo do MS, não há registros nos prontuários, sendo esta realizada nos calendários oficiais de vacinação na população, segundo informações da equipe de saúde.

Discussão

Neste estudo foi constatado que diabéticos e hipertensos não seguem de maneira satisfatória as recomendações das diretrizes de cuidado preconizadas pelo MS e que as equipes de saúde avaliadas também não cumprem a contento os protocolos de cuidado preconizados. Da parte dos pacientes, a falta de conhecimento e incentivo foi evidenciada como fator responsável por esse resultado, já da parte da equipe de saúde, é provável que a falta uma política de educação continuada, bem como de uma política local que estruture adequadamente esta linha de cuidado seja o fator responsável.

Os resultados encontrados neste estudo apontam para a premência da estruturação do serviço para o efetivo cuidado ao diabético e hipertenso na ESF, como visto, o grupo avaliado apresentou excesso de peso e aumento da adiposidade abdominal, além de uma pequena parte já apresentarem complicações referentes à hipertensão e/ou diabetes, o que implica atendimento e cuidados mais efetivos e rigorosos.

A adesão ao autocuidado envolve um processo educativo complexo e não depende apenas de informação e incentivo. A tomada de consciência quanto à importância e à ação concreta do autocuidado estão condicionadas a características psicossociais e culturais e hábitos de vida. Nesse sentido, orientações pontuais recebidas e a ausência de práticas educativas em saúde não conseguem refletir em melhora dos indicadores de saúde e adesão ao tratamento¹⁹.

A adoção de hábitos alimentares e estilos de vida mais saudáveis é estratégica para o alcance de resultados mais favoráveis no cuidado à hipertensão e ao diabetes, sendo, em alguns casos, a única terapêutica recomendada. A baixa adesão dos pacientes a essas práticas constitui-se em importante dificuldade para retardar o avanço da doença ou prevenir sua manifestação^{3,17,19}.

Deve-se considerar que a crença, ainda, que o uso da medicação é a melhor escolha fica evidenciado pela relato dos entrevistados e segundo os mesmos, são as principais orientações que recebem do médico, confirmando a manutenção de um modelo biomédico, centralizado no tratamento da doença por meio da medicação, com ausência de incentivo para a mudança do estilo de vida e dos hábitos alimentares.

A dificuldade de autocuidado por parte de pacientes hipertensos e diabéticos, em atendimento às orientações recebidas, seja para uso correto da medicação, alimentação adequada, prática de atividade física, redução ou abandono do álcool e do fumo e ainda o comparecimento às consultas é um fato recorrente nas pesquisas¹⁹⁻²². A adesão ao tratamento pode ser caracterizada como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar a medicação, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com aquilo que é preconizado e ensinado^{19,22,23}.

Barroso et al.²⁴ avaliaram o cuidado destinado a hipertensos e diabéticos em tratamento medicamentoso e encontraram excesso de peso, pressão arterial e glicemia plasmática elevados, bem como valores de colesterol plasmático pouco adequados. Os

autores observaram baixa participação e, muitas vezes, omissão da equipe de saúde no processo de cuidado. O cuidado centrado na pessoa, que vem sendo preconizado nas principais diretrizes de cuidado pressupõe participação efetiva da equipe de saúde e do paciente num processo educativo contextualizado na realidade social, com envolvimento da família e da comunidade^{21,23}. Para que isso aconteça, são necessárias estratégias inseridas em políticas locais de cuidado, que contemplem a formação da equipe e processos efetivos de educação ao paciente e de assistência. Isso envolve recursos humanos em quantidade e capacitados, além de capital financeiro. Por exemplo, a indisponibilidade de exames regulares para monitoramento, especialmente de diabéticos, encontrada neste estudo, poderia ser resolvida a partir de uma política que priorizasse a disponibilização deste item na unidade.

No que diz respeito especificamente ao caso aqui analisado, o município apresenta elevado IDH, o que pressupõe a existência de recursos para o cuidado. A falta de registro nos prontuários denota falha no processo de cuidado, embora não seja possível afirmar que o cuidado dispensado aos diabéticos e hipertensos dessas unidades tenha sido insuficiente ou ineficaz. O que ficou claro na avaliação é que o município não dispõe de uma linha estruturada de cuidado para diabéticos e hipertensos, a qual seja pautada nas diretrizes do MS, embora tenha recursos para tal.

O registro de informações nos prontuários, além de representar um direito do paciente, pode refletir e garantir aos profissionais e usuários a qualidade do atendimento e assistência realizados e servir de base para a implantação e desenvolvimento de novas ações e políticas para melhoria do cuidado e atenção à saúde, sendo esse um tema constantemente debatido e de importância reconhecida^{3, 25, 26, 27}.

Outro fato observado foi a discordância entre o referido pelos entrevistados e o observado em seus respectivos prontuários, com maior prevalência de registros nos prontuários quanto às variáveis de monitoramento da hipertensão e do diabetes, denotando, talvez, que os usuários não estão atentos aos cuidados que de fato recebem ou que os dados de prontuário estão superestimando o cuidado de fato oferecido, o que se confirmado representa sério problema.

Ainda antes da reestruturação da atenção primária no Brasil, em 1992, Modesto et al.²⁵ avaliando os registros médicos em prontuários de Salvador - BA, mostraram que a ausência de informações era alarmante e preocupante, e que a proporção de prontuários considerados não-satisfatórios por não apresentarem pelo menos os itens

básicos da anamnese de primeira consulta ficou em torno de 50,0%, o que, segundo os autores, refletia a baixa qualidade do atendimento oferecido à população. Os autores atribuíram a falha profissional à baixa remuneração, ao tempo parcial no serviço e à vinculação simultânea com o setor privado.

Em 2008, Vasconcellos et al.²⁷ obtiveram também resultados precários e insatisfatórios avaliando os registros médicos em municípios do Rio de Janeiro. Informações sobre pressão arterial, glicemia, peso e circunferência da cintura entre hipertensos e diabéticos foram escassas e incompletas, apontando dificuldades na continuidade do atendimento e cuidado aos usuários e a baixa qualidade técnico-científica dos profissionais envolvidos.

Lima et al.³, em 2009, ao avaliarem o trabalho de equipes da ESF no Rio de Janeiro, encontraram que os registros de orientações relativos ao estilo de vida eram precários nos prontuários, evidenciando que as equipes não estavam cumprindo a principal diretriz da ESF, que é a orientação para o autocuidado. Isso evidencia que os registros adequados nos prontuários de saúde representam ainda um problema a ser superado para a melhoria da qualidade dos serviços.

Outro fator a ser levado em conta, e que provavelmente precede a demanda para educação permanente e para o planejamento e sistematização local de uma linha de cuidado para esse grupo da população, é referente à formação profissional, que embora se reconheça que o modelo médico centrado na doença não dá mais conta de intervir no processo saúde-doença (predominantemente crônico nos dias de hoje), mas que na prática continua a ser executado nos currículos de muitas escolas médicas, prevalecendo a supremacia da tecnologia biológica/física/mecânica sobre a tecnologia humanista. E no caso da atenção primária à saúde, nem mesmo a tecnologia da informação que poderia apoiar o processo de registro nos prontuários vem sendo empregada com a mesma velocidade que em outros setores, como o da indústria, por exemplo.

Em 2009 Ministério da Saúde oficializou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS)²⁸, criada por meio da Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, com o objetivo de fornecer a adequada base normativa para a organização dos processos de gestão da educação na saúde, nas diferentes esferas de gestão. Desde então os municípios devem apresentar suas propostas de ações e compromissos assumidos no que se refere às práticas de educação em saúde.

Em documento oficial do PAREPS para o ano de 2013, o município de Matão apresentou propostas de incentivo e implantação das linhas de cuidado e ações em educação permanente, ouvidorias, expansão das USFs, viabilização de reuniões regulares das equipes em todas as unidades de saúde, muito do que já se vinha planejando nos anos anteriores, porém não cita ações diretas no âmbito da alimentação e nutrição e na prevenção das DCNT e suas morbidades, bem como não explicita as ações de promoção de saúde a serem desenvolvidas. Considerando a elevada prevalência das DCNT e a importância da alimentação e nutrição na prevenção e controle das mesmas, há no plano essa lacuna. Na prática, as ações de educação permanente não se efetivaram, segundo o próprio relatório.

Conclusão

Os hipertensos e diabéticos deste estudo apresentam comportamento abaixo do esperado quanto ao autocuidado, refletido pelo inadequado cumprimento do tratamento clínico e orientações recebidas, implicando a dificuldade de mudança nos hábitos de vida e alimentares, bem como no controle da doença e prevenção das suas complicações.

Com relação às variáveis preditas pelas diretrizes de cuidado e atenção ao diabético e hipertenso pelo Ministério da Saúde, há um cumprimento parcial das mesmas, como solicitação e periodicidade dos exames bioquímicos e verificação e orientação quanto aos hábitos de vida (alimentação, fumo e atividade física), fato que retrata a baixa adesão e/ou desconhecimento por parte da equipe de saúde quanto às mesmas. Os registros encontrados nos prontuários, quanto à conduta clínica, tratamento e seguimento destes indivíduos, foram insuficientes e incompletos, refletindo a necessidade de formação e composição suficiente e adequada da equipe para essa prática.

A ausência de ações em educação permanente seja para a equipe de saúde, seja para o usuário, possivelmente está associada à baixa adesão ao tratamento pelos usuários e o comprometimento do processo de trabalho da equipe de saúde. O descompasso das práticas cotidianas de gestores, equipe de saúde e usuários com os objetivos da atenção primária, principalmente no combate as DCNT aponta para a necessidade da implementação de política local específica para o cuidado desse grupo de pessoas, capaz de promover a adesão às diretrizes preconizadas por parte da equipe

de saúde e, conseqüentemente, garantia de qualidade do cuidado e assistência ao diabético e hipertenso.

Resumen

La diabetes y la hipertensión arterial vienen destacándose como las principales causas de morbimortalidad en Brasil y en el mundo, lo que demanda atención especial a las políticas de salud. El objetivo fue evaluar el comportamiento de diabéticos e hipertensos frente al tratamiento y a las orientaciones recibidas y, también, si el tratamiento realizado en las unidades de Salud de Familia en una ciudad en el centro del estado de São Paulo cumple las directrices del Ministerio de Salud para el cuidado de estas enfermedades. Se hicieron visitas a domicilio y una recogida de datos en registros médicos. El grupo evaluado estaba compuesto por 288 individuos de edades comprendidas entre $5,5 \pm 52$ años. Como resultado fue identificado un comportamiento inadecuado de los pacientes, reflejado por el bajo cumplimiento del tratamiento clínico y las orientaciones recibidas. Se identificó el cumplimiento parcial de las directrices recomendadas y los registros médicos incompletos. Se concluye que los hipertensos y diabéticos no atienden adecuadamente a las orientaciones recibidas; que las directrices son parcialmente atendidas por el servicio y que los equipos de salud fallan en hacer los registros médicos.

Colaboradores

V.R.Guandalini e M.R.M de Oliveira participaram de todas as etapas do artigo, desde a concepção até a redação final

Agradecimentos

A Secretaria Municipal de Saúde de Matão, por oferecer infraestrutura e apoio financeiro.

A FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos), por disponibilizar auxílio para a coleta.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2001.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2002.
4. Lima, S.M.L.; Portela, M.C.; Koster, I.; Escosteuguy, C.C.; Ferreira, V.M.B.; Vasconcellos, M.T. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25:2001-11.
5. Moody-Williams, J.D., Krug S, O'Connor R, Shook JE, Athey J, Holleran RS. Practice guidelines and performance measures in emergency medical services for children. *Ann Emerg Med* 2002; 39:404-12.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (MS); 2004b.
7. Bodenheimer T, Wagner, E.H, Grumbach, K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288:1775-9.
8. Leape, L.L.; Weissman, J.S.; Scheider, E.C.; Piana, R.N.; Gatso, C.; Estein, A.M. Adherence to practice guidelines: The role of specialty society guidelines. *Am Heart J* 2003;145:19-26.
9. Fundação Sistema Estadual De Análise De Dados (SEAD). Populações e estatísticas vitais. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acessado em 25 de abril 2013.
10. Batista, M.C.R.; Priore, S.E.; Rosado, L.E.F.P.; Tinoco, A.L.A.; Franceschini, S.C.C. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev. Nutr* 2005; 18: 219-28.
11. Paiva, D.C.P.; Bersusa, A.A.S.; Escuder, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Publ* 2006; 22:377-85.
12. Sousa, L.B.; Souza, R.K.T.; Scochi, M.J. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87: 496-503.
13. Helena, E.T.S.; Nemes, M.I.B.; Eluf-Neto, J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Soc.* v.19, n.3, p.614-626, 2010.

14. Brasil. Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004.
15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization (WHO). 2000.
16. Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C. Circumferences. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R, eds. Anthropometric Standardization Reference Manual. Human Kinetics Books. 1988, p. 39-54.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose. Arq. Brasileiros de Cardiol., v 88, Supl.I, abril, 2007, 18p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006a.
19. Jesus, E.S.; Augusto, M.A.O.; Gusmão, J.; Mion Junior, D.; Ortega, K. Pierin, A.M.G. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm 2008; 21:59-65.
20. Strelec, M.A.A.M.; Pierin, A.M.G.; MION Jr., D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 2003; 81:343-8.
21. Péres, D.S.; Magnaa, J.M.; Vianab, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Pública 2003; 37:635-42.
22. Péres, D.S.; Santos, M.A.; Zanetti, M.L.; Ferronato, A.A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: Sentimentos e comportamentos. Rev Latino-Am Enfermagem (on line) 2007; 15:6. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.
23. Oliveira, K.C.S.; Zanetti, M.L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. Rev Esc Enferm USP 2011; 45:862-8.
24. Barroso, W.K.S.; Jardim, P.C.B.V.; Jardim, T.S.V.; Souza, C.T.S.; Magalhães, A.L.A.; Ibrahim, F.M.; Couto, P.V.O.; Silveira, A.; Monego, E.T. Hipertenso diabético. Diretrizes de atuação e suas dificuldades. Arq Bras Cardiol 2003; 81:137-42.
25. Modesto, M.G., Moreira, E.C.; Almeida-Filho, N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. Cad Saúde Pública 1992; 8:62-8.
26. Scochi, M. J. Indicadores da Qualidade dos Registros e da Assistência Ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: Um Exercício de Avaliação. Cad. Saúde Públ 1994; 10:356-67.

27. Vasconcellos, M.M.; Gribel, E.B.; Moraes, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S173-S182, 2008.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 64p.,2009.

Capítulo 3

Opinião do usuário quanto ao cuidado prestado pelas equipes de Saúde da Família de Matão/SP a adultos diabéticos e hipertensos.

Opinião do usuário quanto ao cuidado prestado pelas equipes de Saúde da Família de Matão/SP a adultos diabéticos e hipertensos

Opinion of diabetic and hypertensive adults about the care provided by the Family Health staff in Matão, SP, Brazil

Valdete Regina Guandalini¹

Maria Rita Marques de Oliveira^{1,2}

¹Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Araraquara-SP.

²Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Botucatu-SP.

RESUMO

Informações sobre a opinião do usuário permitem adequações e direcionamento das ações de saúde e expressam indicador de qualidade dos serviços prestados. O objetivo deste estudo foi identificar e analisar a opinião do usuário quanto à assistência e cuidado prestados pela equipe de Saúde da Família de um município de pequeno porte do estado de São Paulo. Foi um estudo transversal com 288 indivíduos de ambos os sexos, com idade média de 52 anos, sendo uma amostra representativa de todas as Unidades de Saúde da Família, de um município de pequeno porte do Estado de São Paulo. Foi aplicado um questionário em visitas domiciliares contendo questões referentes à caracterização do usuário, condições de saúde e opinião quanto ao serviço recebido. Identificou-se avaliação positiva pelos usuários, destacando-se as relações interpessoais (usuário-equipe de saúde), acesso aos serviços, acolhimento pela equipe de saúde e visitas domiciliares recebidas. Quanto aos aspectos de assistência (aferição da pressão arterial, medida da glicemia capilar, peso e circunferência da cintura, orientações recebidas e agendamento de consultas e retornos), esses não atenderam de maneira satisfatória e regular aos propósitos de cuidado e atenção aos diabéticos e hipertensos. A avaliação positiva do usuário frente a um serviço que não atende plenamente aos cuidados de saúde preconizados pode representar um posicionamento passivo e pouco crítico de sua parte, possivelmente associado ao baixo nível socioeconômico, desconhecimento de seus direitos, demonstrando a necessidade de integração e participação em ações de educação permanente, que o torne mais crítico e reflexivo quanto o serviço recebido.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial; diabetes mellitus; opinião dos usuários.

ABSTRACT

Information about the user's opinion and allow adjustments targeting of health and express indicator quality of services. The aim of this study was to identify and analyze the user's opinion about the assistance and care provided by the staff of Family Health of a small town in the state of São Paulo. It was a cross-sectional study with 288 subjects of both sexes, with a mean age of 52 years, and a representative sample of all units of the Family Health, a small city of São Paulo. A questionnaire was administered during home visits with questions regarding the characterization of user health and views on the service received. Identified positive evaluation by users, especially interpersonal relationships (user-health team), access to services, hosting by health staff and home visits received. The aspects of care (blood pressure measurement, measurement of blood glucose, weight and waist circumference, received guidance and scheduling appointments and returns), these have not met satisfactorily and regulate the purposes of care and attention to diabetes and hypertension . The positive evaluation of the user before a service which fully meets the recommended health care may represent a passive and uncritical of you, possibly associated with low socioeconomic status, lack of knowledge of their rights, demonstrating the need for integration and participation in actions of continuing education, which become more critical and reflective about the service received.

Keywords: primary health care, family health, hypertension, diabetes mellitus; user's opinion

Introdução

Frente à diversidade no perfil social, cultural e econômico da população e a mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira, reconhece-se a necessidade de um sistema de saúde que seja capaz de atender de forma homogênea e satisfatória a essa nova realidade.

O grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é composto principalmente pelas doenças cardiovasculares (DCV), diabetes, câncer e doenças respiratórias¹. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns, demandam assistência continuada de serviços e incorrem em ônus progressivo para os serviços de saúde, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população².

No Brasil, a prevenção e o cuidado ao hipertenso e ao diabético são atribuídos principalmente à atenção primária à saúde (APS), que tem como premissa ser a porta de entrada do sistema de saúde - reconhecendo as necessidades da população adstrita em seu respectivo território. Essa sistemática é adotada com o intuito de estabelecer o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, permitindo a identificação precoce, o cuidado e um acompanhamento mais acurado destes indivíduos^{3;4}.

O controle metabólico regular da doença e a redução de seus fatores de risco, utilizando estratégias preventivas e curativas, são capazes de prevenir ou retardar o

aparecimento das complicações crônicas do diabetes (DM) e da hipertensão arterial (HA), resultando em melhor qualidade de vida ao paciente. Entre os fatores de risco comuns aos diabéticos e aos hipertensos estão o uso do tabaco, o consumo excessivo de álcool, a alimentação inadequada, o sedentarismo e a obesidade, sendo todos passíveis de controle por meio de medidas educativas^{3;5-6}.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido considerada um modelo de sucesso para a atenção primária à saúde no Brasil, como muitos autores afirmam⁷⁻⁹. Entretanto, há ainda a necessidade de identificação e resolução de alguns problemas, como a resistência à implantação de um novo modelo de atenção por parte da população e de profissionais, a formação insuficiente da equipe de saúde para atuar especificamente na atenção primária, a falta de organização do trabalho, assim como o desconhecimento da população quanto aos propósitos da ESF^{5;7;9}.

A avaliação de políticas e programas em saúde pública é fundamental e contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável, prevenindo o desperdício de recursos com a implantação de programas ineficazes. Na avaliação dos benefícios das políticas de saúde à população, o conhecimento dos arranjos e peculiaridades locais dos serviços de saúde é requisito básico¹⁰.

Entre as diversas metodologias propostas para avaliação dos serviços de saúde, as que enfocam a opinião dos usuários têm se destacado, por se entender que é um indicador de destaque na avaliação da qualidade do cuidado e do serviço de saúde prestado, ainda que se considerem as limitações na capacidade de julgamento e forma de avaliação do usuário; baseadas muitas vezes na subjetividade de suas expectativas e resolutividade do problema¹¹⁻¹².

A avaliação do sistema de saúde por parte do seu usuário favorece a humanização do serviço prestado, além de permitir adequações e direcionamento às ações, podendo ser um importante indicador de qualidade, nas práticas e formas de organização dos serviços^{12;14}.

Desse modo, considerando a importância da avaliação dos serviços por parte do usuário e que adultos diabéticos e hipertensos são os principais usuários dos serviços de atenção primária, realizou-se este trabalho com o objetivo de identificar a opinião do usuário quanto ao cuidado recebido quanto à assistência e cuidado prestado pela equipe de Saúde da Família.

Metodologia

População do Estudo e Delineamento Amostral

O estudo foi observacional do tipo transversal, realizado com diabéticos e hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Matão – S.P. Localizado no interior de São Paulo, a aproximadamente 300 km da capital do Estado, segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)¹⁵, com uma população de 77.484 habitantes.

Cabe esclarecer que Matão é uma cidade do interior paulista e que a implantação da ESF no município de Matão ocorreu no ano de 2004, com quatro equipes divididas em quatro bairros periféricos da cidade. A população alvo deste trabalho foram os indivíduos que residiam no município de Matão - SP e estavam registrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), segundo dados do Sistema de Informação da Atenção primária a saúde (SIAB)¹⁶.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: apresentar entre 40 e 60 anos de idade, estar inscrito em uma das quatro USFs existentes há pelo menos um ano, apresentar diagnóstico clinicamente confirmado de hipertensão e/ou diabetes, com ou sem tratamento medicamentoso e não apresentar alterações psiquiátricas que comprometessem as respostas aos questionamentos. Atendendo a esses critérios, a população primeiramente foi composta por 1.069 indivíduos, a qual foi considerada para o cálculo do tamanho amostral e obteve um número de 288 indivíduos como sujeitos da pesquisa.

Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2011 e janeiro de 2012. Os dados foram coletados por meio de entrevista em visitas domiciliares, realizadas pela pesquisadora principal e uma bolsista que foi previamente treinada por meio da realização de entrevistas com voluntários. Foi desenvolvido um instrumento para coleta de dados no domicílio (apêndice 1) específico para esse grupo, tomando-se como referência trabalhos brasileiros da mesma natureza para facilitar a análise comparativa^{5:17-20}

Após a elaboração, o questionário passou por ajustes da diagramação e da linguagem. Isso foi realizado com ajuda de profissionais das USFs e de pessoas da comunidade sem nenhum conhecimento da área, totalizando vinte indivíduos. Eles

responderam às questões e apresentaram as dúvidas e dificuldades, o que permitiu a correção para a versão final.

O questionário foi dividido em dois módulos, contendo questões fechadas e semiabertas relacionadas, apresentadas da seguinte forma: 1) caracterização do usuário (nome, idade, sexo, cor, escolaridade, renda, condição de trabalho); 2) estado de saúde (tipo de doença e tempo de diagnóstico) e dados relacionados às variáveis de monitoramento (PA, glicemia capilar, peso, circunferência da cintura (CC) e orientações recebidas pela equipe de saúde (Apêndice 1). O tempo médio para aplicação do questionário foi de trinta minutos.

Aspectos Socioeconômicos e Estado de Saúde

As variáveis utilizadas para identificação dos adultos com DM e HA foram classificadas da seguinte forma: sexo (masculino e feminino), cor (branco, amarelo, pardo, preta, indígena), idade (calculados na data da entrevista a partir da data de nascimento). O nível de escolaridade foi classificado, de acordo com o número de anos completos no ensino convencional, em seis categorias: analfabeto; 1-3 anos; 3,1-7 anos; 7,1-11, anos; 11,1-15 anos; ≥ 15 anos

A renda familiar mensal foi informada em reais pelo entrevistado e considerou-se para cálculo da mesma o salário mínimo (SM) vigente no momento da entrevista que era de R\$ 545,00 até dezembro de 2011 e de R\$ 622,00 a partir de 01 de janeiro de 2012. Assim a renda foi estratificada em: < 1 SM; $\geq 1,0$ a 2 SM; $> 2,0$ a 3,0 SM; $> 3,0$ a 4 SM; > 4 a 5 SM; ≥ 5 SM. Associado a esta informação obteve-se o número absoluto de pessoas na casa que dependiam desta renda para cálculo da renda per capita mensal familiar.

Quanto ao estado de saúde identificou-se o tipo de acometimento e o tempo de diagnóstico entre os entrevistados. Para estas categorias também foi utilizado como referência pesquisas da mesma natureza^{5;17-20}.

Equipe de Saúde e Serviços Prestados

Os membros da equipe (agente comunitário de saúde (ACS), médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, nutricionista e recepcionista) foram avaliados utilizando as categorias: muito bom, bom, regular, indiferente e desconhece o serviço.

No que se refere aos serviços prestados foram avaliadas as informações relacionadas à assistência (orientações recebidas no momento do diagnóstico, agendamento de consultas e retornos médicos e/ou outros profissionais; visita dos agentes comunitários de saúde (ACS) e outros profissionais; aferição de indicadores antropométricos e metabólicos) e opinião do usuário sobre o atendimento da equipe da SF.

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP de Araraquara/SP, sob o protocolo CEP/FCF/CAr nº 09/2011 e os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise dos Dados

Os resultados foram expressos em frequência percentual. Para comparação dos resultados entre os membros da equipe, foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), tomando como nível de significância 5,0%. Para tanto as categorias muito bom e bom foram agrupadas resultando em um grupo nomeado de satisfeitos e as categorias regular e indiferente foram agrupadas, resultando no grupo pouco satisfeitos.

Resultados

Entre os 288 usuários entrevistados, houve predomínio do sexo feminino (74,0%), com média de idade $52,0 \pm 5,5$ anos, cor da pele branca (52,0%). Quanto à escolaridade e renda per capita familiar mensal, 38,0% apresentaram entre 4 a 7 anos de estudo e renda de R\$ 583,50. A condição principal de ocupação sem remuneração foi de dona de casa (42,0%).

Quanto à distribuição de hipertensos e diabéticos, a maior prevalência foi de hipertensos (60,0%), seguida de hipertensos concomitante ao diabetes (28,0%) e de diabéticos (12,0%). Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, a maior parte do grupo com HA, apresentou um tempo acima de 10 anos de diagnóstico (36,0%). Para o grupo com DM2, este tempo ficou entre 1 e 2 anos (33,5%).

De maneira geral, os atendimentos prestados pela equipe de saúde (ACS, médico, equipe de enfermagem e recepção) receberam avaliação positiva pelos entrevistados, principalmente no que se refere à relação usuários-profissionais e

acolhimento, ficando este no contexto das relações pessoais e na humanização no atendimento (Figura 3.1).

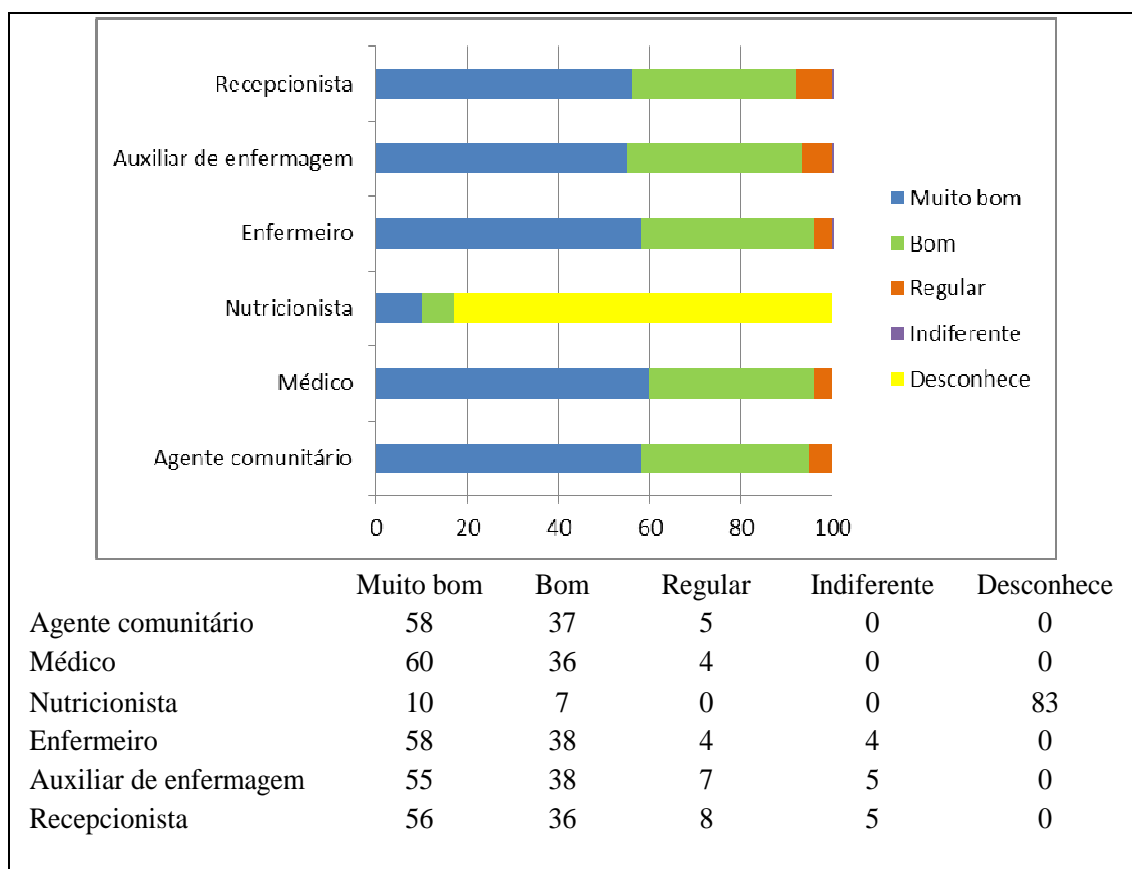


Figura 3.1 Qualidade dos cuidados prestados pelos membros das Equipes de Saúde Família, segundo a opinião dos hipertensos e diabéticos entrevistados. Matão/SP, 2011 (n=288).

Após agrupamento das categorias muito bom e bom e regular e indiferente, obteve-se um $\chi^2 = 7.543$ e valor de $p = 0,114$, não obtendo diferença significativa entre os membros da equipe.

Quanto à avaliação do profissional nutricionista, que ingressou na equipe de saúde em 2009, a maior parte dos indivíduos avaliados (83,0%) afirmou nunca ter utilizado este serviço. O motivo principal relatado para isso foi a falta de conhecimento da existência desse profissional na equipe de saúde. Para os 17,0% dos pacientes que já utilizaram o serviço este foi classificado em muito bom e bom.

Quanto ao agendamento das consultas, a maioria dos entrevistados (91,6%) respondeu conseguir agendar uma consulta médica ou com outro profissional na primeira vez que procuram a USF. Com relação aos retornos médicos 58,7% do grupo referiram que os retornos são agendados conforme a necessidade, como por exemplo,

para mostrar resultados dos exames e/ou trocar a receita dos medicamentos ou ainda de acordo com a decisão médica. Para 46,0% os retornos são mensais, possivelmente pela necessidade de acompanhamento e monitorização. Quanto ao retorno com o nutricionista, (64,0%) dos indivíduos, que foram atendidos por este profissional, relataram que os retornos são agendados mensalmente.

Com relação às visitas da equipe de saúde da família (SF), 80,0% dos participantes disseram receber regularmente a visita do ACS, que acontece pelo menos uma vez ao mês. Com relação aos demais profissionais da equipe foi referido que as visitas são previamente agendadas de acordo com a necessidade do usuário.

A maioria dos entrevistados (74,3%) referiram ter a pressão arterial aferida toda vez que vão a USF. Entre os indivíduos diabéticos entrevistados 27,5% responderam ter a glicemia capilar aferida toda vez que procura à USF. Para os demais participantes essa aferição não é regular ou é ausente.

Quanto às variáveis antropométricas (peso e CC), 82,0% do grupo teve seu peso verificado toda vez que foi à USF ou em consulta médica, enquanto a CC nunca foi aferida para 72,0% dos indivíduos entrevistados.

Em relação às orientações recebidas no momento da consulta, verificou-se quanto à medicação, que sempre a orientação foi realizada pelo médico, tanto de forma escrita (58,0%), quanto verbal (48,0%).

A orientação principal dada foi relacionada ao uso correto da medicação (72,5%). Em relação à alimentação realizada pelo médico 68,0% dos indivíduos relataram que a mesma foi de forma verbal (85,0%), com destaque para orientações como redução do sal (33,0%) e mudança de hábitos alimentares (29,0%). O médico ainda orientou quanto à prática da atividade física para 85,0% dos entrevistados, e a principal atividade física recomendada foi a caminhada (45,5%); 52,7% do grupo referem não terem sido orientados para a prática de atividade física no momento da consulta.

Discussão

Os dados levantados mostraram avaliação positiva por parte dos usuários com relação à equipe de saúde, mas revelaram também que nem todas as metas preconizadas

para o cuidado a diabéticos e hipertensos estão sendo seguidas, especialmente os aspectos relativos à educação para o autocuidado.

Em primeiro lugar, há que se considerar a complexidade e a individualidade da avaliação de um serviço, que é influenciada por aspectos inerentes ao nível educacional, de renda e sociocultural de quem emite sua opinião. Deve-se considerar que além do papel prestativo e assistencial voltado à saúde do indivíduo, a atenção primária tem ainda o papel de, juntamente com outros setores, incorporar e realizar atividades mais coletivas e abrangentes, possibilitando o desenvolvimento crítico e social da população adstrita, o que leva a uma capacidade de análise mais crítica e construtiva dos serviços e cuidados oferecidos.

O grupo avaliado foi composto em sua maioria por mulheres, com idade média de 52 anos, cor da pele branca, ensino médio incompleto, com renda familiar mensal entre 2 a 3 SM, tendo como ocupação principal dona de casa, perfil que se confirma quando comparado a outros trabalhos similares, com hipertensos e diabéticos atendidos na APS^{7;17;19;20}.

Entre os adultos atendidos pela ESF do município de Matão, o predomínio do sexo feminino pode estar relacionado à maior familiaridade das mulheres com os serviços de saúde. As mulheres costumam frequentar os serviços com maior frequência, seja para acompanhar os filhos ou por um maior número de programas direcionados às mulheres, maior preocupação com a saúde, aspectos relacionados à saúde produtiva e planejamento familiar. As mulheres procuram mais o atendimento preventivo do que os homens, além de terem melhor capacidade de avaliação das condições de saúde e cuidado da família^{12;21-23}, o uso mais frequente dos serviços de saúde por parte das mulheres aparece associado a uma maior referência por problemas crônicos.

Com relação à escolaridade, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴, a recomendação é que ao final da adolescência o indivíduo tenha completado o ensino médio, ou seja, tenha em média 8 anos de estudos; resultados diferentes deste, podem ser considerados como defasagem escolar. Segundo dados da SEADE¹⁵ em 2010, a porcentagem da população de 15 a 64 anos em Matão com ensino médio completo foi de 58,93%. Pode-se considerar que na população estudada, com idade média de 52 anos, há um tempo de estudo abaixo do esperado, que pode ser resultado de menor acesso, dificuldades de renda, localização geográfica, visto que a

população que utiliza os serviços da rede pública de saúde apresenta menor renda e mais baixos níveis educacionais^{7;12;26}

Em trabalhos analisados^{7;12;25}, que avaliaram a satisfação dos usuários quanto à ESF, em diversas regiões do Brasil, apresentaram resultados semelhantes aos deste estudo, com renda média familiar mensal de 2 a 3 SM e, em sua maioria, ensino fundamental incompleto, mostrando ser essa uma realidade e uma característica da população usuária da ESF.

As situações de baixa renda e baixo nível educacional levam à piora do estado de saúde, percepção de cuidado e incapacidade de avaliação crítica do serviço, havendo uma tendência dos usuários de classes sociais menos favorecidas de avaliar positivamente os serviços prestados^{7;15;25}.

De maneira geral, os atendimentos prestados pela equipe de saúde obtiveram avaliação positiva, porém há que ser levados em conta os aspectos que podem influenciar esta avaliação. É importante destacar que há diversas situações que podem influenciar as respostas dos usuários, como situações vividas anteriormente, expectativas, simpatia pela USF e a equipe, o acesso mais facilitado, medo de expor suas opiniões e perder o atendimento, o nível educacional e a renda. O acolhimento, considerado aqui as relações interpessoais, a facilidade de acesso, o vínculo, a competência profissional dos integrantes da equipe e a melhoria das informações são as dimensões do cuidado que mais tiveram as avaliações mais positivas pelos usuários^{7;11;13;26;27}.

São diversos os trabalhos cujos resultados apresentam semelhança quando avaliada a opinião do usuário, seja quantitativa ou qualitativamente e em diversas regiões do país. Além de considerar fatores já apresentados, outro viés das pesquisas que pode ocorrer é a influência do entrevistador, que em geral, assim como neste trabalho, são da equipe de saúde. A população atendida se identificou com a forma de atendimento pela ESF, de maior proximidade, acolhimento e vínculo, com as visitas domiciliares e relações interpessoais proporcionadas, se sentindo valorizada e ouvida, mesmo havendo ainda diversas dificuldades na implantação, organização e funcionamento dos serviços de atenção primária^{12;27}.

Quanto à avaliação do serviço de nutrição, algumas hipóteses podem ser relacionadas ao resultado encontrado, como o fato de que o serviço de nutrição na atenção primária do município era relativamente recente no momento da pesquisa e o

desconhecimento da população sobre a equipe multiprofissional nas USFs e a forma de organização e trabalho da mesma. É de se esperar que ao ingressar um serviço a nutricionista tenha se preocupado num primeiro momento com a implantação do serviço e organização do trabalho junto a equipe. Todavia, esta informação denota uma fragilidade da USF, na divulgação e informação dos serviços prestados pela sua equipe, desta forma descumprindo as diretrizes e modelo de assistência que a ESF sugere.

Este fato pode refletir que até mesmo a equipe de saúde está pouca esclarecida sobre o modelo de atenção da qual se propõe a ESF, e que pode ser resolvido com a capacitação da equipe e o desenvolvimento de ações educativas que esclareçam a população sobre os propósitos da ESF e os serviços oferecidos^{9;13}.

Outro aspecto que apresenta uma boa qualidade do serviço ou pelo menos uma boa avaliação é a facilidade de acesso, o que foi identificado com o agendamento de consultas, não havendo dificuldades, seja de acesso ao médico ou aos demais membros da equipe, fator positivo quando comparado aos resultados de outros trabalhos^{26;27}.

Com relação às visitas da equipe de SF, foi destacada com maior frequência a visita mensal do ACS. É natural que esta seja a mais comum, porém ela não deve substituir ou suprimir a visita de qualquer outro membro da equipe, visto que o ACS não detém suficiente conhecimento técnico quanto ao cuidado e assistência à saúde.

Os resultados encontrados mostraram que as visitas ainda ficam mais concentradas no ACS, enquanto que os demais membros da equipe ainda as fazem somente por meio de demanda espontânea. Embora, por um lado os usuários demonstrem satisfação pela assistência e cuidados recebidos, há uma limitação por parte do serviço, concentrando suas ações no interior das unidades de saúde e na consulta médica.

Em documento oficial, o MS prevê as atribuições conferidas à equipe de saúde, quanto à visita domiciliar da seguinte forma: *“com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias, a equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em microáreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção”*²⁸.

Os ACS são identificados como um mediador entre a comunidade e a USF, por estarem mais próximos. Por serem geralmente do bairro, o ACS têm a facilidade de acesso ao domicílio, compreendendo melhor as características da comunidade e, geralmente, sendo os primeiros a ouvirem as queixas e necessidades do usuário^{7;13;29}.

Assim, observa-se que a ESF ainda está procurando seu espaço e desenvolver suas diretrizes, não estando claro ainda mesmo para os profissionais o elo entre a ESF e o SUS. Os profissionais que compõem a equipe da SF, em sua maioria não tiveram ou têm sua formação voltada para a atuação na atenção primária, especificamente na SF^{9;26}. O predomínio do modelo biomédico, direcionado para a cura da doença, e a figura do médico como centralizador do cuidado, gera limitações para o sucesso da ESF e o cuidado em saúde^{8;12; 27}.

A eficiência da ESF vem sendo evidenciada a partir dos impactos positivos produzidos nos indicadores de saúde da população e da garantia de maior equidade em saúde no país^{9;13} entretanto, a implantação significativa de USFs não garante a modificação do modelo assistencialista, se não garantir novas formas de organização no processo de atuação da equipe. A estratégia ainda está em construção e necessita de qualificação profissional, assim como participação dos gestores e usuários, para concretizar a mudança do modelo e obter resultados mais expressivos^{8;25-26}.

Segundo Schimidt; Lima³⁰, o processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se as competências de cada profissional, com o objetivo final de atender as necessidades do usuário e as diretrizes e atribuições da ESF.

De acordo com as diretrizes de cuidado ao diabético e hipertenso na atenção primária, faz parte do protocolo de cuidado inicial, avaliação e acompanhamento com aferições de peso e circunferência da cintura, pressão arterial e glicemia em jejum, considerando estes, importantes fatores de risco no desenvolvimento e agravamento destas doenças, devendo, portanto, compor o conjunto das avaliações e medidas realizadas no rastreamento e diagnóstico.

Os dados encontrados mostraram que nem sempre essas medidas são realizadas na unidade de saúde de maneira regular e adequadas, principalmente quanto a CC, ficando bem aquém do esperado, uma vez que deveria ser realizada em toda a consulta clínica. O peso foi uma variável mais bem avaliada, assim como a aferição da PA e glicemia capilar, portanto, novamente evidencia-se a necessidade de melhorias no serviço e conhecimento por parte da equipe das diretrizes de cuidado e da importância

de seu cumprimento, implicando na piora do controle da doença e o aparecimento das complicações associadas.

Conclusões

Os indivíduos diabéticos e hipertensos atendidos na atenção primária do município de Matão (SP) apresentaram avaliação positiva do serviço prestado pela equipe de saúde, com destaque para as relações interpessoais (usuários-profissionais), acesso aos serviços, acolhimento por parte da equipe de saúde e visitas domiciliares recebidas. Por outro lado os aspectos de assistência (aferição da pressão arterial, medida da glicemia capilar, peso e circunferência da cintura, orientações recebidas e agendamento de consultas e retornos), não atenderam de maneira satisfatória e regular aos propósitos de cuidado e atenção aos diabéticos e hipertensos, mas isso não influenciou a opinião do usuário. Esse resultado pode estar associado ao baixo nível educacional e de renda, influenciando a capacidade avaliativa e crítica dos entrevistados.

A avaliação positivista por parte do usuário frente a um serviço que não atende plenamente aos cuidados de saúde preconizados pode ainda representar um posicionamento passivo e pouco crítico por parte desses, e ainda o desconhecimento de seus direitos, demonstrando a necessidade de integração e participação da população em ações de educação permanente, atividades e reuniões realizadas pela equipe de saúde a fim de desenvolver a capacidade de avaliação crítica perante um serviço recebido.

Colaboradores

V.R.Guandalini e M.R.M de Oliveira participaram de todas as etapas do artigo, desde a concepção até a redação final

Agradecimentos

A Secretaria Municipal de Saúde de Matão, por oferecer infraestrutura e apoio financeiro.

A FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos), por disponibilizar auxílio para a coleta.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization (WHO); 2005.
2. Achuti A, Azambuja, MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 833-840.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2001.
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* 2011; 377:11-31.
5. Paiva DCP, Bersusa, AAS, Escuder, MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(2):377-385.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008.
7. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, Priore SE. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Med.* 2005;15(4):227-234.
8. Aquino R, Oliveira NF, Barreto, ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am. Journal of Public Health* 2009; 99(1):87-93.
9. Gomes KO, Cotta RMM, Euclides M.P, Tarhueta CL, Priore SE, Franceschini SCC. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992- 2003. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2009; 14(supl.1):1473-1482.
10. Vaughan R. Evaluation and public health. *Am J Publ Health* 2004; 94(3):360, 2004.
11. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2003; 19(1):27-34.
12. Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-Ce. *Rev. Bras. Promoção da Saúde* 2004; 17(4): 163-169.

13. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 581-589.
14. Espiridião M, Trad LAB. Avaliação de usuários. *Rev. Saúde Coletiva* 2005; 12 (1):59-75.
15. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEAD). *Populações e estatísticas vitais*. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acessado em 30 de maio 2011.
16. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Cadastro das famílias adscritas na Estratégia Saúde da Família. Disponível em: www2.datasus.gov.br/SIAB. Acessado em 10 de janeiro de 2012.
17. Batista MCR, Priore SE, Rosado LEFP, Tinoco ALA, Franceschini SCC. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev. Nutrição* 2005; 18(2): 219-228.
18. Goldbaum M, Gianinia RJ, Novaesa HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (1):3190-99.
19. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas, RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Rev. Nutrição* 2009; 22 (6):823-835.
20. Helena ETS, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade* 2010; 19(3): 614-626.
21. Travassos C FV, Pinheiro, R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: sexo, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5-6):365-373.
22. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Sexo, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4):687-707.
23. Marcus AC, Siegel JM. Sex differences in the use of physicians services: a preliminary test of the fixed role hypotheses. *Journal of Health and Social Behaviour* 1982; 23: 186-197.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico, 2002. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em 10 de novembro de 2010.
25. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de

Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(4):2145-2154.

26. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro, TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(supl.1):69-78.

27. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha, NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(supl1):100-110.

28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 1997.

29. Santos SM, Uchimura, K, Lan G, RMF. Percepção dos usuários do Programa Saúde da Família: uma experiência local. *Cad. Saúde Coletiva* 2005; 13(3):687-704.

30. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p.1487-1494, 2004.

Capítulo 4

Alimentação e estado nutricional de diabéticos e hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família de Matão - S.P.

**Alimentação e estado nutricional de diabéticos e hipertensos atendidos na
Estratégia Saúde da Família de Matão – S.P.**

**Food and nutritional status of diabetic and hypertensive patients at the Family
Health Strategy in Matão – SP, Brazil**

Valdete Regina Guandalini¹

Maria Rita Marques de Oliveira^{1,2}

¹Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Araraquara-SP.

²Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Botucatu-SP.

RESUMO

Objetivo: caracterizar qualitativamente o consumo alimentar de indivíduos diabéticos e hipertensos, buscando sua associação com as variáveis de estado nutricional e controle da doença. Métodos. O estudo foi descritivo do tipo transversal, realizado por meio de visita domiciliar. Foi aplicado questionário de frequência alimentar qualitativa, analisado em escores de consumo de gorduras e alimentos ricos em fibras. Na visita, aferiu-se peso estatura, pressão arterial e, para os diabéticos, glicemia capilar. O grupo avaliado foi composto por 288 indivíduos com idade de $52,0 \pm 5,50$ anos. Resultados: Os resultados mostraram uma alimentação rica em gorduras associada ao reduzido consumo de frutas, vegetais e fibras entre os avaliados. Os hipertensos apresentaram uma alimentação mais rica em gorduras quando comparado aos demais participantes. Hipertensos e diabéticos apresentaram baixo consumo de frutas, vegetais e fibras. A ingestão excessiva de gorduras influenciou o aumento da circunferência da cintura. O consumo alimentar não mostrou associação com as variáveis clínicas (pressão arterial e glicemia). Conclusão foi visto que diabéticos apresentaram consumo alimentar com menor teor de gordura e que o consumo aumentado de gordura foi determinante de maior prevalência de aumento da cintura.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; consumo alimentar; diabetes mellitus; hipertensão arterial.

ABSTRACT

The objective of this study was to qualitatively characterize the food intake of diabetic and hypertensive patients, in order to associate it with the nutritional status and disease control variables. Methods. The study approach used was cross sectional, with domiciliary visits. A qualitative food frequency questionnaire was applied, which was analyzed by scores for fats and high-fiber food consumption. The visits included

measuring weight, height and blood pressure, and for diabetics blood glucose. The group evaluated comprised 288 subjects aged 52.0 ± 5.50 years. Results: The results for those evaluated showed a high-fat diet associated with reduced consumption of fruits, vegetables and fiber. Hypertensive patients showed a richer fat diet in comparison to the other participants. Hypertensive and diabetic patients exhibited low intake of fruits, vegetables and fibers. Food intake was not associated with the clinical variables (blood pressure and glucose). Conclusion; it was found that diabetic patients exhibited lower fat food intake and that increased fat consumption was the highest prevalence determinant for increased waist circumference.

Keywords: primary health care, food consumption, diabetes mellitus, hypertension

Introdução

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, tem sido atribuído a fatores como o crescimento da renda, industrialização, mecanização da produção de alimentos, urbanização e ao maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados e refinados, o que tem influenciado de maneira significativa os hábitos não saudáveis, sedentarismo, consumo abusivo do álcool e do tabaco e à obesidade^{1;2}.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a hipertensão arterial (HA) e a obesidade são fatores de risco para a maioria das mortes e doenças no mundo. As doenças cardiovasculares vêm correspondendo à primeira causa de morte no mundo há pelo menos quatro décadas, acompanhada de um aumento expressivo da mortalidade por diabetes e ascensão de algumas neoplasias malignas^{2;3}.

A alimentação é considerada como um dos fatores modificáveis mais importantes para o risco das doenças crônicas, devendo ser incluída entre as ações prioritárias de saúde pública. Estudos epidemiológicos nacionais têm apontado que o consumo alimentar brasileiro vem sofrendo mudanças significativas nas últimas décadas, principalmente na área urbana e entre as famílias com maior renda, mostrando um consumo excessivo de energia, açúcares e gorduras total e saturada, bebidas adoçadas como refrigerantes e refrescos, associados ao consumo insuficiente de fibras, frutas, verduras, legumes e leite³⁻⁴.

Evidências científicas sobre a importância da dieta como fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e câncer têm se firmado cada vez mais na literatura⁵⁻⁶. A inadequação da dieta, baseada em alimentos processados, refinados, ricos em gorduras saturadas, açúcares e sódio, associada à inatividade física e ao uso do tabaco tem sido fortemente relacionada à epidemia das

doenças crônicas². Entre os alimentos relacionados aos efeitos positivos e de prevenção destacam-se as frutas, vegetais e legumes, cereais integrais e leguminosas, por conterem nutrientes antioxidantes, fibras e outros compostos funcionais⁷⁻⁸.

Desta forma, a avaliação do consumo alimentar tem apresentado outra forma de avaliação, não baseada apenas na energia, nos macro e micronutrientes da dieta, mas considerando os alimentos como tal. A orientação para alimentação deveria basear-se mais nos alimentos do que nos nutrientes⁹, essa é uma recomendação também proposta pela OMS, desde de 1998¹⁰.

Vários autores tem investigado as relações entre o consumo dos alimentos e o desenvolvimento das doenças crônicas, apresentando a importância de se identificar o tipo de alimento consumido relacionado à frequência e à qualidade do mesmo¹¹⁻¹².

Um dos instrumentos propostos na literatura para avaliar o consumo alimentar é o instrumento denominado “The Block Screening Questionnaire for Fat and Fruit/Vegetable/Fiber Intake”¹³⁻¹⁵. Trata-se de um questionário curto capaz de identificar a qualidade da dieta, por meio da avaliação do consumo de gorduras, frutas, vegetais e fibras e tem sido aplicado em diferentes estudos, com diferentes grupos e faixas etárias, tendo expressado ser um método capaz de identificar a qualidade da dieta e a relação dos hábitos alimentares, com as alterações de estado nutricional e desenvolvimento das doenças crônicas¹⁶⁻¹⁹.

O objetivo deste trabalho foi caracterizar qualitativamente o consumo alimentar de indivíduos diabéticos e hipertensos e estimar sua associação com as variáveis de estado nutricional e controle da doença (pressão arterial e glicemia capilar).

Metodologia

Desenho do Estudo

Este estudo foi observacional do tipo transversal, de base epidemiológica populacional, realizado com os usuários atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Matão – S.P. Localizado no interior de São Paulo, a aproximadamente 300 km da capital do Estado, com uma população aproximadamente de 77.84 habitantes²⁰.

População do Estudo e Delineamento Amostral

A população alvo deste trabalho foi composta pelos indivíduos que residiam no município e estavam registrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), segundo dados do Sistema de Informação da Atenção primária à saúde (SIAB)²¹, em julho de 2010, momento em que houve o levantamento dos dados para este estudo.

Os fatores de inclusão para participação no estudo foram apresentar idade entre 40 e 60 anos, estar inscrito em uma Unidade de Saúde da Família (USF) há pelo menos um ano, apresentar diagnóstico clinicamente confirmado de hipertensão e diabetes, com ou sem tratamento medicamentoso e não apresentar comprometimento psiquiátrico.

Entre os diabéticos e hipertensos que atendiam os critérios de inclusão deste estudo foi obtido um número total de 1069 indivíduos, o qual foi considerado para o cálculo do tamanho amostral e obteve-se o número de 288 indivíduos como sujeitos da pesquisa. A amostra foi estratificada entre as 4 USF's do município e os indivíduos foram escolhidos por sorteio, entre aqueles que atendiam aos critérios de inclusão e que consentiam em participar do estudo.

O delineamento amostral foi dividido em 2 etapas. Na primeira realizou-se levantamento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no SIAB na faixa etária estabelecida para o estudo. Após a identificação os indivíduos foram cadastrados de forma numérica e divididos por USF de origem, para a realização do sorteio e obtenção da amostra. A partir de então, foram identificadas por nome e endereço e assim iniciaram-se as visitas domiciliares (segunda etapa).

As visitas domiciliares, as quais ocorreram entre setembro de 2011 e janeiro de 2012. O instrumento de coleta de dados foi aplicado por meio de entrevista a toda a amostra selecionada pela pesquisadora principal e uma bolsista que foi previamente treinada por meio da realização de entrevistas com voluntários. As entrevistas foram realizadas durante a semana, de segunda a sábado, concentrando-se no período da manhã e final da tarde, devido ao fato de grande parte dos participantes serem trabalhadores, minimizando assim, a tendência em entrevistar somente as mulheres, donas de casa.

Caracterização e Aspectos Socioeconômicos

Para a caracterização dos adultos com DM e HA cadastrados no serviço, considerou-se as seguintes informações: sexo (masculino e feminino), cor (branco, amarelo, pardo, preta, indígena), idade (em anos completos), nível de escolaridade e renda familiar. Para o nível de escolaridade foi classificado, de acordo com o número de anos completos no ensino convencional, em seis categorias: analfabeto; 1-3 anos; 3,1-7 anos; 7,1-11, anos; 11,1-15 anos; ≥ 15 anos.

A renda familiar mensal foi informada em reais, pelo entrevistado e considerou-se para cálculo da mesma o salário mínimo (SM) vigente no momento da entrevista que era de R\$ 545,00 até dezembro de 2011 e de R\$ 622,00 a partir de 01 de janeiro de 2012. Assim a renda foi estratificada em: < 1 SM; $\geq 1,0$ a 2 SM; $>2,0$ a 3,0 SM; $>3,0$ a 4 SM; >4 a 5 SM; ≥ 5 SM. Associado a esta informação obteve-se o número absoluto de pessoas na casa que dependiam desta renda para cálculo da renda per capita mensal familiar.

Hábitos de Vida

Foram analisadas questões sobre hábitos dos usuários: atividade física e hábitos de fumar e/ou beber. Buscou-se conhecer a proporção de indivíduos que responderam praticar regularmente a atividade física e qual o tipo. Considerou-se atividade física regular qualquer exercício realizado pelo menos três vezes por semana, com duração de no mínimo 30 minutos²². Quanto ao uso de cigarro considerou-se a resposta afirmativa ou não. Quanto ao consumo de bebida alcoólica investigou-se o tipo de bebida mais consumida e a frequência de consumo, considerando diário quando do consumo igual ou acima de quatro vezes na semana, 3 a 4x/semana, 1 a 2x/semana ou não consome. A seleção dessas variáveis e a forma de representá-las tomaram como referência estudo de autores com objetivos semelhantes aos deste estudo²³⁻²⁶.

Avaliação antropométrica

Para a classificação do estado nutricional, foram utilizados os dados de peso e estatura, coletados nas visitas domiciliares, para obtenção do índice de massa corpórea (IMC, em kg/m^2) e classificação do risco metabólico a partir da circunferência da cintura (CC, em cm).

Para obtenção do peso foi utilizado uma balança digital, portátil e calibrada com capacidade de 180 quilos. O indivíduo deveria permanecer no centro da balança, em pé, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Para a estatura utilizou-se antropômetro portátil, devendo o indivíduo posicionar-se em pé encostado no centro do mesmo, descalço e com a cabeça livre de adereços, mantendo-se ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos (BRASIL, 2004)²⁷.

O IMC foi calculado pela fórmula (peso/altura²), sendo considerado eutrofia na faixa de IMC >18,5 e <25,0 kg/m², pré-obesidade IMC ≥25 kg/m² e obesidade IMC>30 kg/m²⁸.

A medida da CC foi tomada utilizando uma fita inelástica, a partir do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca ou na região mais estreita do abdômen²⁹. Para a CC, adotou-se como risco aumentado para o desenvolvimento de complicações metabólicas associadas à obesidade valores > 80 cm para mulheres e > 94 cm para homens³⁰.

Avaliação Glicêmica e Arterial

A avaliação da glicemia capilar e da pressão arterial foi realizada no momento da visita, com apoio de uma auxiliar de enfermagem. Para a aferição da PA foi utilizado esfigmomanômetro com estetoscópio calibrados, seguindo as técnicas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)²². Foram realizadas 2 medidas consecutivas e considerada a média aritmética. A terceira medida só foi realizada quando havia diferença acima de 10% entre as duas medidas anteriores. Para a medida da glicemia capilar foi utilizado glicosímetro com fitas reagentes e lancetas próprias para o estudo. Foi realizada uma única medida, e foi considerado as técnicas propostas pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)³¹.

Utilizou-se como referência glicemia normal < 100 mg/dl; tolerância diminuída a glicose entre 100 e 126 mg/dl e diabetes ≥ 126 mg/dl (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006)³¹. Para avaliação da PA foi utilizado como referência pressão arterial sistólica (PAS) normal < 130 mmHg e alterada ≥ 130 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) normal < 85 mmHg e alterada ≥ 85 mmHg²².

Avaliação do Consumo Alimentar

Foi avaliado aplicado um questionário de frequência alimentar (QFA) desenvolvido especificamente para este estudo, com base no questionário do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e no de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)^{4;32}, com adaptação para a população do estudo. Assim, foram ampliados o número de alimentos, fontes de sódio, gordura saturada e alimentos industrializados. Foi considerado diário, o consumo igual ou acima de 4 vezes na semana (apêndice 1).

Para análise da qualidade do consumo, foi aplicado o The Block Screening Questionnaire for Fat and Fruit/Vegetable/Fiber Intake (anexo 2), que estabelece uma pontuação para o consumo de alimentos em diferentes grupos alimentares conforme a composição em gorduras e fibras. Esse instrumento é composto por 24 itens alimentares, sendo 15 itens para avaliação do consumo de gorduras e 9 para avaliação do consumo de frutas, vegetais e fibras¹³⁻¹⁵.

A frequência do consumo para as gorduras foi avaliada com a seguinte pergunta: "Pense sobre seus hábitos alimentares ao longo do último ano". "Qual a frequência com que você consome cada um dos seguintes alimentos"? Cinco categorias de resposta são apresentadas: menos de uma vez por mês (0); 2-3 vezes por mês (1); 1-2 vezes por semana (2); 3-4 vezes por semana (3); 5 ou mais vezes por semana (4).

A frequência do consumo para avaliação do consumo das frutas, vegetais e fibras foi avaliada com a mesma pergunta citada anteriormente, porém as categorias de respostas foram diferentes, sendo elas: menos de uma vez por semana (0); 1 vez por semana (1); 2-3 vezes por semana (2); 4-6 vezes por semana (3); todos os dias (4).

Os escores de consumo excessivo de gordura foram classificados em 3 níveis: escore entre 22 e 24 pontos, corresponde à ingestão de gordura igual ou superior à presente na dieta norte-americana típica; escore entre 25 – 27 pontos, corresponde à dieta bem elevada em gordura; escore acima ou igual a 27 pontos, corresponde a dieta rica em gordura.

Quanto ao consumo de frutas, vegetais e fibras, a classificação do escore foi: menos de 22 pontos corresponde a uma baixa ingestão de nutrientes importantes; escore entre 20 – 29 pontos, ingestão insuficiente de frutas, vegetais e fibras; escore acima ou igual a 30, pontuação ideal para este grupo.

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP de Araraquara/SP, sob o protocolo CEP/FCF/CAr nº 09/2011 e os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise dos Dados

Inicialmente realizou-se estatística descritiva. Para comparar as proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e para comparar as médias foi utilizada a ANOVA, seguida do pós teste de Tukey, quando não encontrado normalidade dos dados. Para verificar a relação entre o escore consumo de gorduras, frutas, vegetais e fibras (variável independente) e as variáveis dependentes (PAS, PAD, glicemia) foi realizada a análise por regressão logística. Para identificar a influência do consumo de gorduras e fibras no IMC e CC, foi utilizada a regressão linear. Utilizou-se o nível de significância de 5%. O programa utilizado para realizar as análises foi o programa SAS for Windows, versão 9.2.

Resultados

Aspectos socioeconômicos

A amostra do estudo foi composta por 288 indivíduos com média de idade de $52,0 \pm 5,5$ anos. Houve predomínio do sexo feminino (74,0%), cor da pele branca (52,0%), casados ou em união estável (75,0%), com 4 a 7 anos de estudo (38,0%), renda familiar mensal entre 2 a 3 salários mínimos (39,6%), e em média com 3 pessoas na casa dependendo desta renda, o que leva a uma renda individual mensal de 0,66 a 1 salário mínimo (SM). Quanto à distribuição de hipertensos e diabéticos, a maior prevalência foi de hipertensos (60,0%), seguida de 38,0% de hipertenso concomitante ao diabetes e 12,0% de diabéticos. Segundo a distribuição por sexo os homens apresentaram maior prevalência de hipertensão associado ao diabetes enquanto entre as mulheres o predomínio foi de hipertensão arterial (tabela 4.1).

Tabela 4.1 Distribuição de hipertensos e diabéticos segundo o sexo atendidos na Estratégia Saúde da Família. Matão/SP, 2011

	HA (%)	HA+DM (%)	DM(%)	
Homens	40 (23,0)	25 (31,0)	10 (29,0)	χ^2 2,00 p 0,36
Mulheres	133 (77,0)	55(69,0)	25 (71,0)	

Quanto aos hábitos de vida, 83,0% não são fumantes e 81,0% afirmaram consumir bebida alcoólica, em sua maioria, duas vezes por semana, citando como bebida mais comum, a cerveja. Com relação à prática de atividade física, 81,0% disseram não praticar nenhum tipo de atividade física, com a justificativa de trabalho exaustivo, falta de tempo e/ou hábito. Dos poucos que referiram essa prática, as atividades mais comuns foram caminhada e hidroginástica.

Hábitos dietéticos e consumo alimentar

Após aplicação e avaliação do QFA, foi construída a Figura 4.1, de acordo a avaliação de frequência de consumo alimentar investigada (diário, semanal, quinzenal, mensal, nunca). Os alimentos com consumo diário mais citados pelos entrevistados foram arroz e óleos vegetais (100-91%), seguido pelas leguminosas (90-81%), leite e derivados e pães (80-71%), legumes e verduras cruas (50-41%).

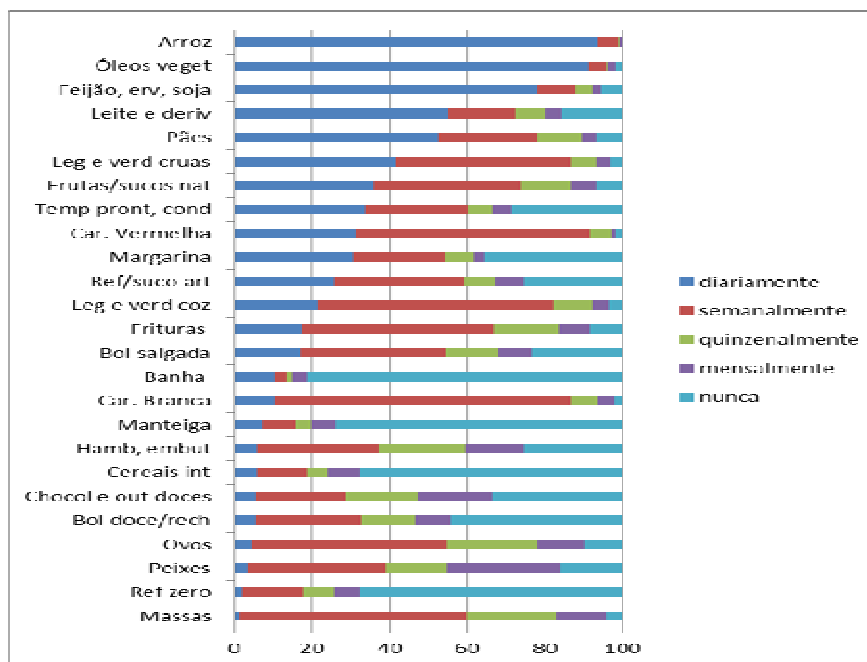


Figura 4.1 Frequência de consumo de alimentos entre hipertensos e diabéticos. Matão/SP, 2011

Após aplicação e análise do The Block Screening Questionnaire for Fat and Fruit/Vegetable/Fiber Intake, os indivíduos hipertensos apresentaram maior consumo de gorduras do que os diabéticos. Não houve diferença significativa no consumo de frutas, vegetais e fibras entre os grupos (Tabela 4.2).

Tabela 4.2 Comparação do consumo de gorduras e alimentos ricos em fibras entre hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Matão/SP, 2011

	DM (n=35)	HA(n=173)	HA+DM (n=80)	*p
Escore Gordura	23,86 ± 6,80 ^a	28,70 ± 8,40 ^b	26,0 ± 9,70 ^{ab}	0,01
Escore Frutas, Vegetais, Fibras	21,30 ± 5,90	22,70 ± 6,75	21,30 ± 6,50	0,18

DM: diabetes mellitus; HA: hipertensão arterial.

*ANOVA. As letras iguais indicam que não houve diferença estatística pelo Teste de Tukey.

A Tabela 4.3 apresenta a influência das variáveis de consumo alimentar sobre os dados de IMC e CC. Foi verificada que o consumo elevado de gorduras influenciou o aumento da CC, independente do IMC ($p < 0,05$). Não foi verificada influência do consumo de gorduras, frutas, vegetais e fibras sobre o IMC e a CC.

Tabela 4.3 Influência do consumo de gorduras, frutas, vegetais e fibras sobre o índice de massa corporal e circunferência da cintura entre hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Matão/SP, 2011

Variáveis	Consumo de Gorduras			Consumo de Frutas, Vegetais e Fibras		
	b	EP	p	b	EP	*p
IMC	0,103	0,085	0,228	-0,107	0,06	0,93
CC	0,085	0,038	0,026	-0,052	0,028	0,06

IMC: índice de massa corporal; CC: circunferência da cintura; EP: erro padrão; b: coeficiente de Regressão; p= valor de significância

Os escores de gorduras e de frutas, vegetais e fibras não foram associados de maneira significativa com as variáveis clínicas (pressão arterial e glicemia), conforme resultados da análise de regressão logística realizada neste grupo (Tabela 4.4).

Tabela 4.4 Regressão logística para in adequação de consumo de gorduras, frutas, vegetais e fibras e as variáveis clínicas de hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Matão/SP, 2011

Variáveis	Escore de Gorduras			Escore de Frutas, Vegetais e Fibras		
	Coefficiente	OR (IC 95%)	p	Coefficiente	OR (IC 95%)	p
PAS Aferida (n=288)	0,012	1,01 (0,98-1,04)	0,40	0,012	1,01 (0,97-1,04)	0,73
PAD Aferida (n=288)	0,012	1,01 (0,98-1,04)	0,40	-0,019	0,98 (0,95-1,02)	0,28
Glicemia Aferida* (n=125)	-0,001	0,99 (0,96-1,02)	0,50	-0,001	0,99 (0,96-1,03)	0,65

*somente os diabéticos

Discussão

Considerando a mudança no padrão alimentar brasileiro com predomínio de alimentos processados e refinados e o baixo consumo de frutas, vegetais e alimentos frescos e integrais, torna-se importante discutir, ainda que já amplamente realizado, o papel da dieta como um dos principais fatores de risco comportamentais no desenvolvimento e complicações da hipertensão e do diabetes, potencializado pelos fatores ambientes, socioeconômicos e culturais.

Este estudo possibilitou caracterizar a qualidade do consumo alimentar de hipertensos e diabéticos atendidos na ESF do município de Matão, por meio de um instrumento capaz de avaliar o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e fibras (frutas, vegetais e fibras). Este instrumento, oferece de forma prática e eficaz a frequência de consumo, gerando uma pontuação que classifica a qualidade da dieta^{8;13-15}.

Os resultados encontrados mostraram elevado consumo de gorduras entre os hipertensos e diabéticos, caracterizado por uma dieta rica em gorduras, concomitante a um baixo escore de consumo de alimentos ricos em fibras entre todos os participantes, o que confirma um padrão alimentar inadequado que poderia agravar a condição de saúde do grupo.

Os hipertensos apresentaram pior controle alimentar, especialmente quanto ao consumo de gorduras, quando comparados aos diabéticos. Essa menor preocupação com a qualidade da dieta, por parte dos hipertensos, pode ser consequência de vários fatores como falta de comprometimento com o tratamento, ausência de orientações adequadas por parte da equipe de saúde, dificuldades socioeconômicas e culturais. Devendo-se

levar em conta também que a necessidade de “dieta” para o diabetes é culturalmente reconhecida, já entre hipertensos a associação é frequentemente feita com a necessidade de controle do sal da alimentação.

A alimentação inadequada é capaz de aumentar as complicações da HA e do DM associadas ao excesso de peso, CC aumentada, sedentarismo e consumo do álcool, fatores de risco observados na população deste estudo. Além do que o consumo excessivo de gorduras e reduzido de fibras costuma estar associado a outras deficiências dietéticas como o consumo aumentado de açúcares e de sódio, que no conjunto resultam na deficiência de micronutrientes essenciais para a manutenção e equilíbrio de diversas funções no organismo^{9;11;16;33}.

É vasto o numero de trabalhos na literatura, em diferentes países e com diferentes grupos e faixa etária, que apontam a relação do escore de consumo e qualidade da dieta com o as doenças crônicas, dentre elas a hipertensão e o diabetes, refletindo como fator comum de proteção um padrão de dieta caracterizada pelo consumo elevado de alimentos de origem vegetal como frutas, vegetais e grãos integrais; e como fator agravante o consumo de álcool, de carne vermelha e processada, gordura saturadas e trans, colesterol, sódio e bebidas açucaradas^{5;8;17-19}.

Conforme observado na tabela 3 o consumo de gorduras influenciou significativamente, na circunferência da cintura, sugerindo que o excesso de gorduras principalmente as saturadas, pode aumentar a circunferência da mesma, independente do IMC e que possivelmente o aumento no consumo de frutas, verduras e fibras pode reduzir essa medida. Com base na análise estatística, os resultados sugerem que o consumo de gorduras influenciou as medidas antropométricas, não apresentando associação com as variáveis pressóricas e glicemia capilar, neste grupo. No entanto, destaca-se que essas medidas foram realizadas de forma pontual, não permitindo inferência a respeito.

O consumo alimentar encontrado entre diabéticos e hipertensos deste estudo apresenta características semelhantes às dos estudos nacionais com a população em geral, que há décadas vem apresentando esse perfil de alteração no padrão alimentar, com dietas hipercalóricas, hiperlipídicas, com baixo teor de carboidratos complexos e fibras, potencializando o risco para as doenças crônicas e suas complicações^{4;7;34}.

Segundo Marmot, (2011)³⁵ e Siri-Tarino et al, (2011)⁶, o consumo regular e adequado de frutas e vegetais, e a redução de gorduras saturadas e carboidratos

refinados reduzem significativamente o risco para as doenças cardiovasculares. Diante deste fato, se verifica a necessidade de maiores investimentos na educação alimentar e nutricional, como parte integrante do cuidado em saúde. Essa tarefa não é exclusiva do nutricionista, mas há a necessidade de que haja a participação do nutricionista nas ações das equipes de saúde, atendendo aos princípios da ESF, voltados à ação multidisciplinar e intersetorial com vistas à promoção e recuperação da saúde.

Em alguns estudos¹⁸⁻¹⁹, que avaliaram os hábitos alimentares de diabéticos, foi mostrado que mesmo com o IMC elevado, uma dieta de boa qualidade pode reduzir fatores de risco para DM2 e a resistência à insulina, por estas apresentarem na sua composição alimentos com baixo índice glicêmico, elevado teor de fibras, magnésio (grãos integrais), importante na ação da insulina e um baixo conteúdo de gordura saturada e trans, além do reduzido número de alimentos processados e industrializados.

Outra informação a ser considerada é a relação da renda e o acesso ao alimento, principalmente as frutas, vegetais e grão integrais. As pessoas de baixa renda tendem a consumir alimentos mais energéticos como gorduras e açúcares, o que foi identificado neste grupo. Gary et al., 2004³⁶ avaliando uma população adulta afro-americana, encontrou maior consumo de alimentos ricos em fibras, em mulheres fisicamente ativas, com melhor nível educacional e maior renda. Os indivíduos que apresentavam problemas de saúde como obesidade ou outras doenças crônicas eram sedentários, tinham menor nível educacional e menor renda, consumiam maior quantidade de gorduras totais e saturadas.

Nas avaliações da frequência de consumo alimentar nas regiões do país também foi encontrada baixa frequência de consumo de frutas, vegetais e fibras. O aumento do consumo de frutas, vegetais e fibras foi relacionado ao aumento da idade, da renda e da escolaridade e inversamente proporcional ao consumo de açúcares e gorduras^{37;38}.

Embora seja assunto amplamente divulgado, a dificuldade em lidar com a alimentação, incluindo a mudança nos hábitos alimentares quando se tem uma doença que necessita de certos cuidados nutricionais, gera atitudes desencontradas, quanto à sua necessidade e à sua prática efetivada em comportamento alimentar. Isso pode estar relacionado a diversos fatores, como qualidade da alimentação anterior, hábitos culturais, falta de conhecimento adequado sobre alimentação e nutrição, capacidade de julgamento, dificuldade no reconhecimento e enfrentamento da mudança dos hábitos alimentares, além da crença de que a alimentação possa estar relacionada à piora ou

melhora da doença, transparecendo novamente a lacuna que ainda se encontra a nutrição no cuidado destes indivíduos.

Conclusão

Na avaliação do consumo alimentar entre os hipertensos e diabéticos deste estudo, encontrou-se inadequação na alimentação, rica em gorduras, especialmente as saturadas, com reduzido consumo de frutas, vegetais e fibras. Os hipertensos mostraram consumo alimentar mais inadequado, justificado pela dieta rica em gorduras e pobre em frutas, vegetais e fibras, enquanto os diabéticos mostraram um consumo menor de gorduras, porém também pobre em frutas, vegetais e fibras. As diferenças na qualidade da alimentação entre os dois grupos podem, de certa maneira, ser explicadas por questões culturais, com a associação do diabetes à necessidade de dieta por parte da população.

O consumo excessivo de gorduras influenciou o aumento da circunferência da cintura, independentemente do IMC, e os resultados sugerem que o consumo de frutas, vegetais e fibras podem influenciar na redução desta medida, destacando a importância da educação alimentar e nutricional como medida de intervenção em fator de risco modificável. Isso, mesmo considerando que consumo alimentar não mostrou associação com as variáveis clínicas (pressão arterial e glicemia), visto que foram medidas pontuais.

O conhecimento do comportamento e hábitos alimentares, estilo de vida, estado de saúde e cuidado dirigido à população são fatores, que devem ser considerados no desenvolvimento de ações e políticas de promoção da saúde e de educação alimentar e nutricional no combate às doenças crônicas.

Colaboradores

V.R.Guandalini e M.R.M de Oliveira participaram de todas as etapas do artigo, desde a concepção até a redação final

Agradecimentos

A Secretaria Municipal de Saúde de Matão, por oferecer infraestrutura e apoio financeiro.

A FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos), por disponibilizar auxílio para a coleta de coleta.

Referências

1. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto, SM, Chor, D, Menezes PR. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet* 2011; 377: 61-74.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. WHO Global Report. Geneva: World Health Organization (WHO); 2011.
3. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Publica* 2003; 19(supl1):29-36.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2011a.
5. McNaughton SA, Dunstan, DW, Ball K, Shaw J, Crawford D. Dietary Quality Is Associated with Diabetes and Cardio-Metabolic Risk Factors. *J. Nutr.* 2009; 139:734–742.
6. Siri-Tarino PW, Sun, QS, Hu FB, Krauss, RM. Saturated fat, carbohydrate, and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91:502–509.
7. Lopes ACS, Caiaffa WT, Sichieri R, Mingoti SA.; Lima Costa MF. Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4): 1201-1209.
8. Hung H, Joshipura K, Jiang R, Hu FB, Hunter D, Smith-Warner SA, Colditz GA, Rosner B, Spiegelman D, Willett WC. Fruit and Vegetable Intake and Risk of Major Chronic Disease. *Journal of the National Cancer Institute* 2004; 96(21): 1577-1584.
9. Sichieri, R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl1): 47–53.
10. World Health Organization. Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines. WHO Global Report. Geneva: World Health Organization (WHO); 1998.
11. Van Dam RM, Rimm EB, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB. Dietary patterns and risk for type 2 diabetes mellitus in U.S. men. *Ann Intern Med.*, v.136, n.3, p.201–9, 2002.
12. Fung TT, Schulze M, Manson, JE, Willett WC, Hu FB. Dietary Patterns, Meat Intake, and the Risk of Type 2 Diabetes in Women. *Arch Intern Med.* 2004; 164:2235-2240.
13. Block G, Dresser CM, Hartman AM, Car Roll MD. Nutrient sources in the American diet: quantitative data from the NHANES II survey. II. Macronutrients and fats. *Am. Journal of Epidemiol* 1985; 122 (1):27-40.

14. Patterson BH, Block G, Rosenberger WF, Pee D, Kahle LL. Fruit and vegetables in the American diet: data from the NHANES II survey. *Am. Public Health* 1990, 80 (12):1443-1449.
15. Thompson FE, Byers T. Dietary assessment resource manual. *J Nutr.* 1994; 124(Supl11):245-317.
16. Linde JA, Utter, J, Jeffery RW, Sherwod NE, Pronk NP, Boyle RG. Specific food intake, fat and fiber intake, and behavioral correlates of BMI among overweight and obese members of a managed care organization. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2006; 3(42):1-8.
17. Fung TT, Mccullough M, Van Dam RM, Hu FB. Prospective Study of Overall Diet Quality and Risk of Type 2 Diabetes in Women. *Diabetes Care* 2007; 30:1753–1757.
18. Koning L, Chiuve SE, Fung TT, Willett WC, Rimm EB, Hu FB. Diet-quality scores and the risk of type 2 diabetes in men. *Diabetes Care* 2011; 34: 1150–1156.
19. McAndrew LM, Horowitz CR, Lancaster KJ, Quigley, KS, Pogach LM, Mora PA, Leventhal, H. Association between self-monitoring of blood glucose and diet among minority patients with diabetes. *Journal of Diabetes* 2011; 3:147–152.
20. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEAD). Populações e estatísticas vitais. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acessado em 30 de maio 2011.
21. Sistema de Informação da Atenção primária a saúde (SIAB). Cadastro das famílias adscritas na Estratégia Saúde da Família. Disponível em: www2.datasus.gov.br/SIAB. Acesso em 10 de janeiro de 2012.
22. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. 2006. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.asp>. Acesso em 25 de janeiro de 2012.
23. Batista MCR, Priore SE, Rosado, LEFP, Tinoco, ALA, Franceschini, SCC. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev. Nutr.* 2005; 18(2): 219-228.
24. Paiva, DCP, Bersusa, AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Publica* 2006; 22 (2): 377-385.
25. Cotta RMM, Reis RS, Batista, KCS, Dias G, Alfenas RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Rev. Nutr.* 2009; 22(6): 823-835.
26. Helena ETS, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Soc.* 2010; 19 (3): 614-626.

27. Brasil. Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004.
28. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization (WHO). 2000.
29. Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C. Circumferences. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R, eds. Anthropometric Standardization Reference Manual. Human Kinetics Books. 1988, p. 39-54.
30. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose. Arq. Brasileiros de Cardiol., v 88, Supl.I, abril, 2007.
31. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Diagraphic 2006.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária a saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008.
33. Neumann AICP, Martins IS, Marcopito L.F, Araujo EAC. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. Rev Panam Salud Publica 2007; 22(5):329–339.
34. Levy RB, Claro FM, Mondini L, Sichieri, R, Monteiro CZ. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. Rev Saúde Pública 2012; 46(1): 6-15.
35. Marmot M. Fruit and vegetable intake reduces risk of fatal coronary heart disease. European Heart Journal 2011; 32:1182–1183.
36. Gary TL, Baptiste-Roberts K, Gregg EW, Willians DE, Beckles GLA, Miller EJ, Engelgau MM. Fruit, Vegetable and Fat Intake in a Population-Based Sample of African Americans. Journal Natl Med Assoc. 2004; 96 (12): 1599-1605.
37. Figueiredo ICR, Jaime, PC, Monteiro, CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública 2008; 42 (5):777-785.
38. Claro RM, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. Rev Saúde Pública, 2010; 44(6):1014-1020.

Considerações Finais

Com base nos resultados e discussões apresentadas merecem ser destacados:

1. Quanto à equipe de saúde e os serviços prestado:

- ✓ Foi observada a necessidade de formação e capacitação da equipe de saúde voltada à atenção primária, incluindo o conhecimento e aplicação dos protocolos de atendimento preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como o adequado registro de informações nos prontuários;
- ✓ Identificou-se a ausência de práticas educativas em saúde e do cuidado integral e interdisciplinar do hipertenso e diabético, com o tratamento e as orientações ainda centralizadas na figura do médico e na medicação;
- ✓ As visitas domiciliares são centralizadas no ACS, ficando os demais profissionais no interior da unidade de saúde, ainda realizando um atendimento assistencialista, não atendendo mais uma vez os pressupostos da ESF.

2. Quanto aos hipertensos e diabéticos

- ✓ Mostraram avaliação positiva com relação à equipe de saúde, entretanto se limitando as relações interpessoais, o vínculo com a unidade de saúde e as visitas domiciliares, se sentindo valorizados e reconhecidos pela equipe de saúde, não refletindo a qualidade do atendimento recebido;
- ✓ Por outro lado, mostraram controle ruim da doença, excesso de peso e de gordura abdominal, consumo alimentar rico em gorduras saturadas e pobre em frutas, vegetais e fibras, além da baixa adesão ao autocuidado e ao tratamento proposto, demonstrando falha do cuidado e assistência por parte da equipe de saúde;
- ✓ Os hipertensos e diabéticos ainda são pouco orientados quanto à mudança dos hábitos de vida e alimentar, como forma de promoção da saúde e prevenção das complicações da doença.

No âmbito particular, espera-se que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento e implantação de programas em alimentação e nutrição, bem como ações em educação permanente para as equipes de saúde e os usuários, voltados aos indivíduos hipertensos e diabéticos, com vistas a atender de maneira integral e eficaz suas necessidades. No âmbito geral, espera-se contribuir na formulação de políticas públicas e com informações que juntadas a outros estudos desta natureza permitam aprofundar o conhecimento sobre o cuidado a esse grupo da população no Brasil.

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

unesp



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JULIO DE MESQUITA FILHO"
Câmpus de Araraquara



Protocolo CEP/FCF/CAR nº 09/2011

Interessada: VALDETE REGINA GUANDALINI

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira

Projeto: Estratégia saúde da família: avaliação do cuidado em saúde e nutrição à diabéticos hipertensos, em Matão-SP

Parecer nº 27/2011 – Comitê de Ética em Pesquisa

O projeto "Estratégia saúde da família: avaliação do cuidado em saúde e nutrição à diabéticos hipertensos, em Matão-SP" encontra-se adequado em conformidade com as orientações constantes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Por essa razão, o Comitê de Ética em Pesquisa desta Faculdade, considerou o referido projeto estruturado dentro de padrões éticos manifestando-se FAVORAVELMENTE à sua execução.

Um relatório parcial do projeto de pesquisa deverá ser entregue em janeiro de 2012. O relatório final e os Termos de Consentimento Livre Esclarecido dos sujeitos da pesquisa (originais e assinados em todas as folhas) deverão ser entregues em janeiro de 2013.

Araraquara, 18 de agosto de 2011.

Prof. Dr. HENRIQUE FERREIRA
Coordenador do CEP

Anexo 2 – The Block Screening Questionnaire for Fat and Fruit/Vegetable/Fiber Intake

Food Questionnaire

Think about your eating habits over the past year or so. About how often do you eat each of the following foods? Mark an 'x' in one box for each food

	(0) Less than once per MONTH	(1) 2-3 times per MONTH	(2) 1-2 times per WEEK	(3) 3-4 times per WEEK	(4) 5+ times per WEEK	Points Score
Hamburgers or cheeseburgers	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Beef, such as steaks, roasts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fried chicken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hot dogs, franks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cold cuts, lunch meats, ham, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Salad dressings, mayo (not diet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Margarine or butter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eggs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bacon or sausage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cheese or cheese spread	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Whole milk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
French fries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Potato chips, corn chips, popcorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ice cream	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Doughnuts, pastries, cake, cookies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Meat/Snacks Score =						

	(0) Less than once per WEEK	(1) About 1 time per WEEK	(2) 2-3 times per WEEK	(3) 4-6 times per WEEK	(4) Every day	Points Score
Orange juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Not counting juice, about how often do you eat any fruit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Green salad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Potatoes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Beans, such as baked beans, pintos, kidney beans or in chili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
About how often do you eat any other vegetables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
High-fiber or bran cereal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dark bread, such as whole wheat, rye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
White bread, including french, italian, biscuits, muffins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
Fruit/Vegetable/Fiber Score =						

FIGURE 32 Scoring for Block Screening Questionnaire for Fat and Fruit/Vegetable/Fiber Intake

To score:
For each food, write the number that is at the top of the column you checked, in the box at the far right. Add up the numbers in the boxes to get your total scores for Meat/Snacks and Fruit/Vegetable/Fiber.

For Meat/Snacks Score:

If Your Score Is:

more than 27	Your diet is high in fat. There are many ways you can make your eating pattern lower in fat. You should look at your highest scores above to find areas in which to begin.
25-27	Your diet is quite high in fat. To make your eating pattern lower in fat, you may want to begin in the areas where you scored highest.
22-24	You are generally eating a typical American diet, which could be lower in fat.
18-21	You are making better low fat food choices.
17 or less	You are making the best low fat food choices. Keep up the great work!

If you scored 17 or less, you're doing well! This is the desirable score on this screener.

For Fruit/Vegetable/Fiber Score:

If Your Score Is:

30 or more	You're doing very well! This is the desirable score on this screener.
20 to 29	You should include more fruits, vegetables and whole ins.
less than 20	Your diet is probably low in important nutrients. You should find ways to increase the fruits and vegetables and other fiber rich foods you eat every day.

0022-3166/94 \$3.00 © 1994 American Institute of Nutrition. J. Nutr. 124: 2245S-2317S, 1994.

APÊNDICE

APÊNDICE 1. Inquérito domiciliar

Data: ____/____/____

Instrumento de coleta de dados

ID.: _____

A. IDENTIFICAÇÃO

1. Nome _____
2. Sexo: (1) M (2) F
3. Endereço: _____ Nº: _____
4. Bairro: _____ 5. Unidade Responsável: _____
6. Data de nascimento: ____/____/____ 7. Idade (anos completos): _____
7. Como o senhor (a) classifica sua cor:
(1) branco (2) amarela (3) pardo (4) preta (5) indígena
8. Escolaridade:
(1) analfabeto (2) 1-3 anos
(3) 4 - 7 anos (4) 8 - 11 anos
(5) 12 -15 anos (6) > 15 anos

B. DADOS SOCIOECONÔMICOS

7. Há quanto tempo reside no bairro (anos): _____
8. Casa: (1) própria (2) alugada (3) financiada (4) outro. Especifique: _____
9. Número de pessoas na casa:
(1) Adulto _____ (2) Criança (até 12 anos) _____ (3) Adolescente (12 a 18 anos) _____
10. Estado civil:
(1) solteiro (2) casado/amasiado (3) separado/desquitado/divorciado (4) viúvo
11. Condição de trabalho:
(1) Trabalho remunerado. Qual: _____
(2) afastado por doença (3) desempregado
(4) dona de casa (5) aposentado
(6) pensionista (7) aposentado e pensionista
(8) Outros. Qual: _____
12. Renda familiar mensal:
(1) < 1 SM (2) +1 a 2 SM (3) +2 a 3 SM (4) +3 a 4 SM (5) + 4 a 5 SM () > 5 SM
13. Quantas pessoas dependem desta renda: _____

C. HÁBITOS DE VIDA

14. Tabagismo: (1) sim (2) não (3) não respondeu
15. Se sim, quantos cigarros/ dia _____
16. Consumo de álcool:
(1) Não consome (2) cerveja (3) vinho (4) destilados. Ex: _____
(5) outro _____ (6) não respondeu
17. Frequência: (1) Não consome (2) diário (3) 2x semana (4) 3 - 4x semana
18. Quantidade (1) _____lata (s) (2) _____taça (s) (3) _____dose (s)

19. (1) Não pratica exercício

Atividade	Frequência	Duração (hs)
20. Trabalho doméstico de esforço leve a moderado	(1) Não pratica (2) Diário (3) 2x semana (4) 3-4x semana	
21. Fica sentado várias horas	(1) Não pratica (2) Diário (3) 2x semana (4) 3-4x semana	
22. Caminhada (> 6,0km/h)	(1) Não pratica (2) Diário (3) 2x semana (4) 3-4x semana	
23. Ginástica aeróbica Ex: step, body jump	(1) Não pratica (2) Diário (3) 2x semana (4) 3-4x semana	
24. Corrida	(1) Não pratica (2) Diário (3) 2x semana (4) 3-4x semana	
25. Natação	(1) Não pratica (2) Diário (3) 2x semana (4) 3-4x semana	
26. Ciclismo intensidade moderada	(1) Não pratica (2) Diário (3) 2x semana (4) 3-4x semana	
27. Outro Ex: Pilates	(1) Não pratica (2) Diário (3) 2x semana (4) 3-4x semana	

Adaptado de Institute of Medicine/Food and Nutrition Board, 2002.

D. HÁBITOS ALIMENTARES

O questionário abaixo ajudará a verificar como estão seus hábitos alimentares. Ao responder às questões, leve em consideração os últimos seis meses.

28. Quanto às refeições diárias você realiza:

(1) café da manhã (2) colação (3) almoço (4) lanche da tarde (5) jantar (6) ceia

29. Faça a primeira refeição:

- 1) em casa, logo ao acordar
- 2) em casa, entre 1 e 2 horas após me levantar
- 3) no trabalho
- 4) na rua

30. A maioria das suas refeições principais você realiza:

- 1) junto à família
- 2) junto aos amigos
- 3) sozinho

31. O senhor (a) tem o hábito de ingerir que quantidade de água por dia:

- (1) apenas 1 copo (200 ml) durante todo o dia (3) > 5 copos (1 litro)
(2) entre 1 copo (200 ml) a 5 copos (1 litro)

32. Quem é o responsável pela preparação das refeições em sua casa? _____

33. Quem compra a alimentação ou os ingredientes na sua casa? _____

34. O senhor (a) tem horta ou algum alimento plantado em sua casa?
 (1) sim (2) não, por que não _____
35. A renda mensal da casa é suficiente para manter os gastos com a alimentação?
 (1) sim (2) não (3) parcialmente
36. Recebe algum benefício em dinheiro ou em gêneros alimentícios para auxiliar no consumo de alimentos na casa? (1) sim (2) não (3) não respondeu
37. O consumo mensal de sal é de _____kg
38. O consumo mensal de óleo vegetal é de _____litros
39. O senhor (a) acha que deveria mudar a sua alimentação?
 (1) sim (2) em parte (3) não
- 40.a Se sim ou em parte, que deveria mudar?

- 40.b Se não, porque _____
41. O (a) senhor (a) acredita, que uma boa alimentação possa contribuir para a melhoria do seu estado de saúde?
 (1) Sim (2) não (3) parcialmente (4) Não sabe (5) Não respondeu

42 . Freqüência de Consumo dos Alimentos:

Alimentos	Diariamente	1-3x/semana	A cada 15 dias	Mensalmente	Nunca
1- Legumes e verduras cruas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2-Legumes e verduras cozidas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3-Frutas e/ou sucos naturais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4-Feijão, ervilha, soja	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5-Leite e derivados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6 - Arroz	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7- Massas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8 – Pães	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9 –Cereais integrais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10 - Bolacha doce ou recheada	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11 – Bolacha Salgada	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12- Carne vermelha	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13- Carne branca	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14- Peixes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

15- Ovos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16- Carne de Hambúrguer e embutidos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17 - Óleos vegetais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18 – Margarina	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19 – Banha	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20 – Manteiga	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21- Frituras	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22 – Temperos prontos, condimentos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23 -Refrigerante/suco artificial	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24 – Refrigerante zero (diet/light)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25 - Chocolates e outros doces	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

E. ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)

42 Estado de Saúde

(1) DM (2) HA (3) DM + HA

43 Há quanto tempo soube do diagnóstico de DM?

(1) 1 – 2 anos (2) 3 – 5 anos (3) 6 – 8 anos (4) 8 – 10 anos (5) > 10 anos

44 E de HA?

(1) 1 – 2 anos (2) 3 – 5 anos (3) 6 – 8 anos (4) 8 – 10 anos (5) > 10 anos

45 Como foi feito o diagnóstico?

(1) consulta de rotina (2) campanhas de detecção (3) procurou serviço de saúde (4) visita da ESF

46 Faz uso de medicação para HA e DM?

(1) sim (2) não

47 Quanto à medicação:

(1) faz uso conforme indicado pelo médico (2) somente quando não se sente bem (3) às vezes esquece de tomar conforme indicado (4) não respondeu

48 Se diabético, faz uso regular de insulina? (1) sim (2) não (3) às vezes (4) não utilizo insulina

49 O senhor (a) adquire a medicação prescrita pelo médico no serviço de saúde?

(1) sim (2) parcialmente (3) não (4) outro. Especifique: _____

50 O senhor (a) sabe qual a média da PA e glicemia nas últimas avaliações?

(1) sim (2) não

51 Se sim, qual? (1) PA: _____ mmHg (2) Glicemia: _____ mg/dl

52 Complicações da doença: (1) sim (2) não

53 Se sim: (1) AVC (2) Coração (3) Rins (4) Visão (5) Vascular periférica

54 Na sua opinião seu problema de saúde limita suas atividades habituais?

(1) sim (2) parcialmente (3) não (4) não respondeu

55 Dados relacionados ao estado nutricional

PESO (1)	ALTURA (2)	CA (3)	PA (4)	Dextro (5)	Referência	IMC (kg/m ²) (6)	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	
							IMC (Kg/m ²)	Diagnóstico Nutricional
					Homens: ≥ 94 cm Mulheres: ≥ 80 cm Fonte: IV Diretriz Brasiliera de Dislipidemia e Aterosclerose da SBC, 2007	Calculo: Peso/altura ²	< 18,5	Baixo Peso
							≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
							≥ 25 e < 30	Sobrepeso
							≥ 30	Obesidade
							Fonte: SISVAN, 2008.	

56. Dados relacionados à assistência

Quando recebeu o diagnóstico de sua doença crônica, o senhor (a) foi orientado (a) quanto:			
Atividade	Quem orientou	O que foi orientado	Como foi orientado
Medicação	57	60	63. (1) Verbal em consulta (2) Escrito em consulta (3) Verbal em grupo (4) Escrito em grupo
Alimentação	58	61	64. (1) Verbal em consulta (2) Escrito em consulta (3) Verbal em grupo (4) Escrito em grupo
Outros. Quais?	59	62	65. (1) Verbal em consulta (2) Escrito em consulta (3) Verbal em grupo (4) Escrito em grupo

O senhor (a) e/ou sua família entenderam as orientações recebidas sobre a doença?				
	sim	não	não sabe	não respondeu
66. Medicação	(1)	(2)	(3)	(4)
67. Atividade física	(1)	(2)	(3)	(4)
68. Alimentação	(1)	(2)	(3)	(4)
69. Outros	(1)	(2)	(3)	(4)

O (a) senhor (a) segue as orientações recebidas?				
	sim	parcialmente	não	não respondeu
70. Medicação	(1)	(2)	(3)	(4)
71. Alimentação	(1)	(2)	(3)	(4)
72. Atividade física	(1)	(2)	(3)	(4)
73. Outros	(1)	(2)	(3)	(4)

Porque não segue integralmente as orientações	
74. Medicação	
75. Alimentação	
76. Atividade física	
77. Outros	

78. O senhor(a) consegue ser atendido na USF com facilidade? Quantas vezes o(a) senhor(a) e/ou família costumam procurar a USF, para conseguir um agendamento?

(1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) 4 vezes (5) 5 vezes (6) 6 vezes

79. Com que frequência são marcados os seus retornos médicos?

- (1) semanal (2) mensal (3) anual (4) não sabe (5) não respondeu
 (6) Outros _____

80. Com que frequência são marcados os seus retornos com o nutricionista?

- (1) semanal (2) mensal (3) anual (4) não sabe (5) não respondeu
 (6) Outros _____

81. O senhor (a) e/ou família recebem visita do médico e/ou equipe de saúde em sua casa?

- (1) de rotina (2) só quando precisa
 (3) não recebe visita (4) não sabe (5) não respondeu

Quando vem a USF é feita a verificação de:

	Toda vez que vai a USF	Só na consulta médica	Na consulta com outros profissionais, além do médico	Esporadicamente	Nunca
82. Pressão arterial	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
83. Glicemia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
84. Peso	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
85. Circunferência da cintura	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Como o senhor (a) e/ou família avaliam o atendimento feito pelos profissionais de saúde da USF

Profissionais	Muito bom (1)	Bom (2)	Regular (3)	Ruim (4)	Indiferente (5)
86 Agente Comunitário de Saúde					
87 Médico					
88 Nutricionista					
89 Enfermeiro					
90 Auxiliar de Enfermagem					
91 Recepcionista					
92 Outros: quais?					