



**Universidade Federal de Ouro Preto**  
**Escola de Nutrição**  
**Departamento de Nutrição Clínica Social**



**PERCEPÇÃO DE SUJEITOS COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO SOBRE O  
ATENDIMENTO NUTRICIONAL INDIVIDUAL: SATISFAÇÃO E MUDANÇA DE  
PRÁTICAS ALIMENTARES**

Camila de Quadros Koury

Ouro Preto – MG  
2023

Camila de Quadros Koury

**PERCEPÇÃO DE SUJEITOS COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO SOBRE O  
ATENDIMENTO NUTRICIONAL INDIVIDUAL: SATISFAÇÃO E MUDANÇA DE  
PRÁTICAS ALIMENTARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Raquel de Deus Mendonça

Coorientação: Dra.<sup>a</sup> Anabele Pires Santos

Ouro Preto - MG

2023

## SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

K88p Koury, Camila De Quadros.  
Percepção de sujeitos com diagnóstico de hipertensão sobre o atendimento nutricional individual [manuscrito]: satisfação e mudança de práticas alimentares. / Camila De Quadros Koury. - 2023.  
44 f.

Orientadora: Profa. Dra. Raquel de Deus Mendonça.  
Coorientadora: Ma. Anabele Pires Santos.  
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.  
Escola de Nutrição. Graduação em Nutrição .

1. Nutrição em Saúde Pública. 2. Avaliação em Saúde. 3. Assistência ao Paciente. 4. Hipertensão. I. Mendonça, Raquel de Deus. II. Santos, Anabele Pires. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 612.39:616.12-008.331.1

Bibliotecário(a) Responsável: Sônia Marcelino - CRB6/2247



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Camila de Quadros Koury**

**Percepção de sujeitos com diagnóstico de hipertensão sobre o atendimento nutricional individual: satisfação e mudança de práticas alimentares**

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Nutrição

Aprovada em 15 de agosto de 2023

### Membros da banca

Doutora - Raquel de Deus Mendonça - Orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto  
Doutora - Anabele Pires Santos - Coorientadora - Universidade Federal de Ouro Preto  
Doutora - Sônia Maria de Figueiredo - Universidade Federal de Ouro Preto  
Mestranda - Verônica Magalhães Silva - Universidade Federal de Ouro Preto

Raquel de Deus Mendonça, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 04/10/2023



Documento assinado eletronicamente por **Raquel de Deus Mendonça**, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR, em 04/10/2023, às 17:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0600532** e o código CRC **9A3E54EF**.

## AGRADECIMENTO

Ao chegar nesse momento e fechar os olhos, passa em minha cabeça uma retrospectiva de tudo que aconteceu e me fez chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais, Mussi e Mara, por todo o amor que me deram, por terem me ensinado sobre tanto respeito e humildade e por compartilharem concomitante comigo a saudade diária. Vocês são luz em meu caminho, não apenas me direcionando, mas me colocando sobre ele e também sendo o lugar que eu sei que sempre posso voltar. Estendo isso aos meus irmãos, Netinho e Fernanda, por serem sinônimos de cumplicidade, preocupação e amparo. Sem vocês eu não seria nem um terço do que sou.

A Dinha, meu amor mais puro, por me ensinar a valorizar cada passinho da vida e nunca querer fazer com que eu perca a essência das pequenas e simples coisas cotidianas.

Não poderia deixar de agradecer a Ouro Preto por ter sido meu lugar no mundo, onde tive um ensino público de qualidade, proporcionando também inspiração e admiração profissional, em especial, à Raquel, minha orientadora, à Anabele, coorientadora, à Sônia, no qual agradeço todos os professores que contribuíram para o meu aprendizado pessoal e científico.

Além do mais, Ouro Preto foi o ponto de encontro de pessoas que somaram na minha vida pessoal e fizeram valer a pena a graduação. Por isso então, agradeço a quem me estendeu o braço, na primeira semana de aula e desde então se tornou a minha dupla para tudo e meu porto seguro, Bruna, e para fazer com essa vivência fosse ainda melhor: as duas anjas, Julia e Rafa, para completar o quarteto das nutrimigas. Obrigada por serem meu colo, meu puxão de orelha e minhas risadas!

Ao Vitor, por ser o meu presente e se fazer presente por toda essa jornada, fazendo com que ela seja mais leve através de todo amor, companheirismo e cumplicidade.

Por fim, a república Sussego. Deixar o ninho de casa, da família sanguínea, é um mix de sentimentos entre liberdade e felicidade por estar andando com as próprias pernas e também o medo do mundo lá fora, das pessoas com quem iria encontrar e dos novos desafios da vida. Apesar disso, eu posso dizer com toda certeza que tive a sorte e sou muito feliz de ter encontrado a família Sussego. Família essa construída e mantida por mulheres fortes, que me escolheram e todos os dias me ensinam sobre a vida e fazem com que eu viva os verdadeiros significados de irmandade, amor,

responsabilidade e superação. Meu muito obrigada a todas as sussegadas, em especial, Girina, Mandraka, Diesel, Metralha e DaForca. Eu sou muito feliz e grata por ter tido a honra de dividir o mesmo espaço físico e a vida com vocês. Eu amo vocês incondicionalmente!

## RESUMO

**Introdução:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, multifatorial, sendo um desafio para saúde pública, pois o seu manejo é difícil, por ser uma doença geralmente assintomática. A principal forma de tratamento e prevenção é por meio da adoção de hábitos saudáveis de vida, no qual a alimentação adequada e saudável possui papel primordial. O acompanhamento nutricional pautado em teoria como a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e a entrevista motivacional pode auxiliar o usuário no desenvolvimento da autonomia, da disposição para o agir e promover práticas alimentares saudáveis. **Objetivo:** Descrever a percepção das pessoas com diagnóstico de HAS sobre atendimento nutricional individual. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, por meio da pesquisa participativa em saúde, com a utilização da técnica de grupo focal, com usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Ouro Preto-MG. O acompanhamento nutricional individual ocorreu durante seis meses e baseou-se na entrevista motivacional em conjunto com o Guia Alimentar para a População Brasileira. Posteriormente empregou-se a análise de categoria para constituir unidades temáticas. **Resultados:** Diante da percepção dos usuários, nota-se a satisfação ao atendimento nutricional, no qual se destacou a pontualidade; as ações de EAN durante o atendimento nutricional; a valorização do usuário como protagonista do atendimento e responsável pelo progresso. Como também, a mudança nas práticas alimentares, em destaque: redução do consumo de sódio; maior consumo de alimentos *in natura*; maior ingestão hídrica; planejamento no preparo das refeições; redução de medicamentos; perda de peso. **Conclusão:** Os usuários com diagnóstico de HAS demonstram alto nível de satisfação com o atendimento nutricional individual pautado na entrevista motivacional, além de alcançarem seus objetivos com êxito.

**Palavras-chave:** Nutrição em Saúde Pública; Avaliação em Saúde; Assistência ao Paciente; Hipertensão.

## ABSTRACT

**Background:** High Blood Pressure (HBP) is a non-transmissible, multifactorial chronic disease, being a challenge for public health, because its management is difficult and it is a generally asymptomatic disease. The main form of treatment and prevention is through the adoption of healthy lifestyle habits, in which adequate and healthy food plays a key role. Nutritional monitoring based on theory, such as Food and Nutrition Education (FNE) and motivational interviewing, can help users develop autonomy, willingness to act and promote healthy eating practices. **Objectives:** To describe the perception of people diagnosed with HBP about individual nutritional care. **Methodology:** This is a qualitative study, through participatory research in health, using the focus group technique, with users of a Basic Health Unit in the city of Ouro Preto-MG. Individual nutritional monitoring took place for six months and was based on a motivational interview in conjunction with the Food Guide for the Brazilian Population. Subsequently, category analysis was used to create thematic units. **Results:** In view of the users' perception, satisfaction with nutritional care is noted, in which punctuality stands out; FNE actions during nutritional care; valuing the user as the protagonist of care and responsible for progress. Also, changing eating practices, in particular: reduction in sodium consumption; higher consumption of fresh foods; higher water intake; planning in the preparation of meals; medication reduction; weight loss. **Conclusion:** Participants diagnosed with HBP demonstrate a high level of satisfaction with individual nutritional care based on the motivational interview, in addition to successfully achieving their goals.

**Keywords:** Nutrition in Public Health; Health Assessment; Patient Care; Hypertension

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Determinantes genéticos/epigenéticos, sociais e ambientais que interagem na elevação da pressão arterial.....	13
Figura 2 - Processo Completo da Linha de Cuidado do Adulto com HAS.....	15
Figura 3 - Esquema de recrutamento dos participantes para a fase V do Projeto HipertenSUS .....	24

## Lista de Abreviaturas e Siglas

AI - *Adequate Intake*

AMPA – Automedida da Pressão Arterial

APS - Atenção Primária à Saúde

DCNTs - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DRI - *Dietary Reference Intakes*

EAN - Educação Alimentar e Nutricional

EM - Entrevista Motivacional

ESF - Estratégia Saúde da Família

GBD - *Global Burden of Diseases*

GF – Grupo Focal

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice Desenvolvimento Humano Municipal

MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MRPA - Monitorização Residencial da Pressão Arterial

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PNAN - Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição

PNPS - Políticas Nacionais de Promoção da Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

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

UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
2.1 Hipertensão arterial sistêmica.....	12
2.2 Manejo da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde .....	14
2.3 Atenção integral: assistência com foco nutricional .....	17
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
3.1. Objetivo geral.....	21
3.2. Objetivos específicos .....	21
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
4.1 Desenho do estudo .....	22
4.2 Cenário de Estudo.....	23
4.3 Participantes do estudo.....	24
4.4 Análise dos dados .....	<b>26</b>
4.5 Aspectos éticos.....	26
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
5.1 Satisfação ao atendimento nutricional .....	26
5.2 Mudança nas práticas alimentares .....	27
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>41</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) um fator de risco para o seu desenvolvimento (WHO, 2017; BARROSO *et al.*, 2020; MALACHIAS *et al.*, 2016). Dentre os principais fatores de risco para a HAS tem-se idade, raça, sexo, predisposição genética, excesso de peso e hábitos de vida não saudáveis como tabagismo e consumo excessivo de sal (BARROSO *et al.*, 2020). Além do mais, os fatores ambientais e os comportamentais contribuem para a incidência da HAS e influenciam na não adesão ao tratamento (VIEIRA; RABELO; BURGOS, 2021).

A HAS é uma doença crônica, ou seja, não possui cura. Entretanto, há tratamento farmacológico e não-farmacológico. As formas de tratamento não-farmacológico incluem: mudanças no estilo de vida e na alimentação (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A inserção da realização de práticas regulares de exercícios físicos e adoção de alimentação adequada e saudável contribui para a redução dos níveis pressóricos, e para melhorar de fatores de risco relacionado à doença como a hipercolesterolemia e o excesso de peso (MALACHIAS *et al.*, 2016; KOHLMANN *et al.*, 2010). Diante desse contexto, faz-se necessário ações de promoção da alimentação adequada e saudável na assistência integral às pessoas com diagnóstico de HAS (MALTA *et al.*, 2017). Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acompanhamento nutricional quando somado por equipe multidisciplinar composta por nutricionista, médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais é mais efetivo no controle da pressão arterial (PA) (BARROSO *et al.*, 2020).

Por conseguinte, o acompanhamento médico unido a educação em saúde e a educação alimentar e nutricional (EAN) destacam-se como aliados essenciais para o manejo da PA, pois auxiliam na otimização do prognóstico e colaboram para a redução da morbidade e mortalidade (VIEIRA *et al.*, 2021). A EAN é uma área de conhecimento multifuncional e um dos seus objetivos é assistir no controle e prevenção de doenças, como a HAS (VINCHA, 2020), por meio de estratégias problematizadoras, dialógicas e promotoras da autonomia (VINCHA, 2020).

As ações de EAN ocorrem por meio da elaboração de conhecimentos juntamente com o usuário sobre diversos temas relacionados à alimentação e nutrição, apoiando na tomada de decisões e nas escolhas alimentares (MOTTA, 2009;

BRASIL, 2012). Um dos instrumentos de apoio às estratégias de EAN é o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), no qual possui um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação a fim de oportunizar a saúde de pessoas, em especial, através da alimentação para famílias e comunidades e da sociedade brasileira como um todo, no momento atual e no futuro (BRASIL, 2014).

Adicional a EAN e ao GUIA, o nutricionista pode usar abordagens como a entrevista motivacional (EM). Segundo Miller e Rollnick (2013) a EM é um estilo de conversa colaborativa focada no fortalecimento da própria motivação do usuário e o seu comprometimento com a mudança desejada.

Os condicionantes básicos que auxiliam o profissional no uso da EM são: expressar empatia, não discriminando o indivíduo e tentando entendê-lo; tentar expressar a diferença do comportamento atual do indivíduo e os seus objetivos; dar importância a ambivalência natural, ou seja, a motivação para mudança deve ser decisão do usuário, sem imposição do profissional; fluir com a resistência, em vez de enfrentar; atentar-se que são os usuários os responsáveis pelo seu próprio progresso e o profissional é um facilitador nesse desenvolvimento, presente para apoiar o usuário e reforçar o sentimento de autoeficácia (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009; BRASIL, 2014b).

Portanto, diante do supracitado, notou-se necessário compreender a percepção de usuários da Atenção Primária à Saúde com diagnóstico de hipertensão sobre o atendimento nutricional individual.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Hipertensão arterial sistêmica

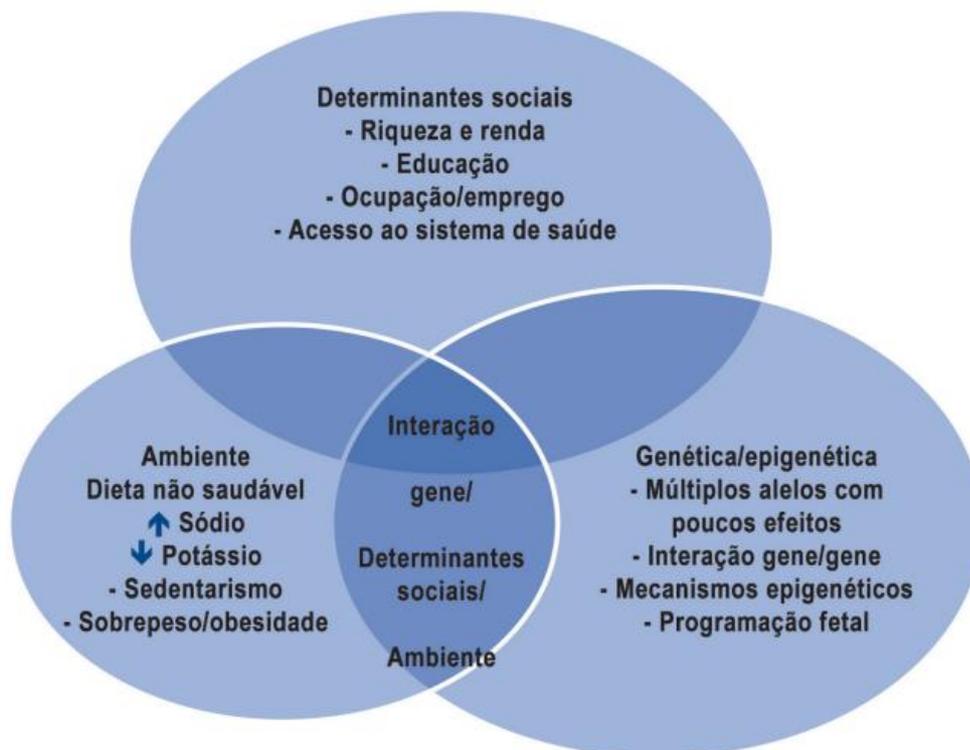
Consoante a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) caracterizada pelos níveis pressóricos elevados e multifatorial (BARROSO *et al.*, 2020).

O diagnóstico é realizado quando há uma constante da pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg (BRASIL, 2023). A aferição isolada não pode confirmar o diagnóstico (SANTOS, 2016) e deve ser realizada pela técnica correta e na ausência de medicações anti-hipertensivas (BARROSO *et al.*, 2020). Além disso, quando possível, a avaliação da pressão arterial (PA) deve ser realizada fora do consultório por meio da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) ou da automedida da pressão arterial (AMPA) (BARROSO *et al.*, 2020).

A fisiologia da HAS causa alteração em um compilado de múltiplos mecanismos neurais; hormonais; renais; e hemodinâmicos, que impactam para o aumento do débito cardíaco, a resistência vascular periférica, e, por fim, favorece um menor subsídio sanguíneo esperado para os tecidos (BARROSO *et al.*, 2020; MALACHIAS *et al.*, 2016).

Ademais, há multideterminantes associados ao desenvolvimento da HAS decorrente de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais (BARROSO *et al.*, 2020), a figura 1 esquematiza-os.

Figura 1 - Determinantes genéticos/epigenéticos, sociais e ambientais que interagem na elevação da pressão arterial



Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

Nos determinantes genéticos/epigenéticos destaca-se os fatores de risco não modificáveis associado a HAS como a idade (homem >55 anos e mulheres >65 anos), devido a relação entre envelhecimento e o progressivo enrijecimento dos vasos sanguíneos, e da perda de complacência das grandes artérias WHO, 2016; BARROSO *et al.*, 2020; LIMA; PEIXOTO; FIRMO, 2004).

Em vista aos determinantes sociais, os fatores socioeconômicos possuem uma relação intrínseca entre baixa renda familiar, condições de habitação inadequada e baixa escolaridade (MURGAS *et al.*, 2018). A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, já que o processo educacional promove a adoção de hábitos saudáveis, a mobilização social para a melhoria das condições de vida e influência no engajamento ao tratamento de condições crônicas. Por consequência, nota-se a relação entre menores condições econômicas e acesso a serviços de saúde (NASCIMENTO *et al.* 2014). Por fim, observa-se a interação da renda e preço dos alimentos, especialmente, no concerne entre o acesso e o consumo de alimentos *in natura*, como: grãos integrais, frutas e hortaliças e o desenvolvimento de DCNTs e o ganho de peso (LENG *et al.*, 2017).

Os determinantes ambientais incluem: sedentarismo, excesso de peso ou obesidade e alimentação não saudável caracterizada pelo consumo excessivo de sal, gordura saturada e gorduras trans, baixo consumo de frutas e hortaliças (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Diante dos determinantes explorados, observa-se que a prevalência mundial de HAS está em crescente aumento (MILLS *et al.*, 2016). Segundo os estudos do *Global Burden of Diseases* (GBD) estimam cerca de 10,8 milhões de mortes anuais e 235 milhões de anos de vidas perdidos ajustados por incapacidade devido à HAS (ROTH *et al.*, 2019) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou que o número de adultos com diagnóstico de hipertensão entre 30 e 79 anos aumentou de 650 milhões para 1,28 bilhões no período de 1990 a 2020 (OMS, 2021).

No Brasil, de acordo com o inquérito de *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (VIGITEL), realizado em 2021, a frequência do diagnóstico médico de HAS em adultos ( $\geq 18$  anos) nas 27 capitais brasileiras foi de 24,8%, sendo maior entre mulheres (26,0%) do que entre homens (23,5%), mas em ambos os sexos a prevalência aumentou com a idade. As capitais com maior prevalência foram: Rio de Janeiro (31,97%), Recife (30,88%), Belo Horizonte (29,28%) e Curitiba (28,05%) (BRASIL, 2021).

Reduzir a prevalência da HAS é uma das metas globais da OMS abordada no *Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis* (WHO, 2013), pois é um sério problema de saúde pública mundial (OPAS, 2021).

## 2.2 Manejo da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde

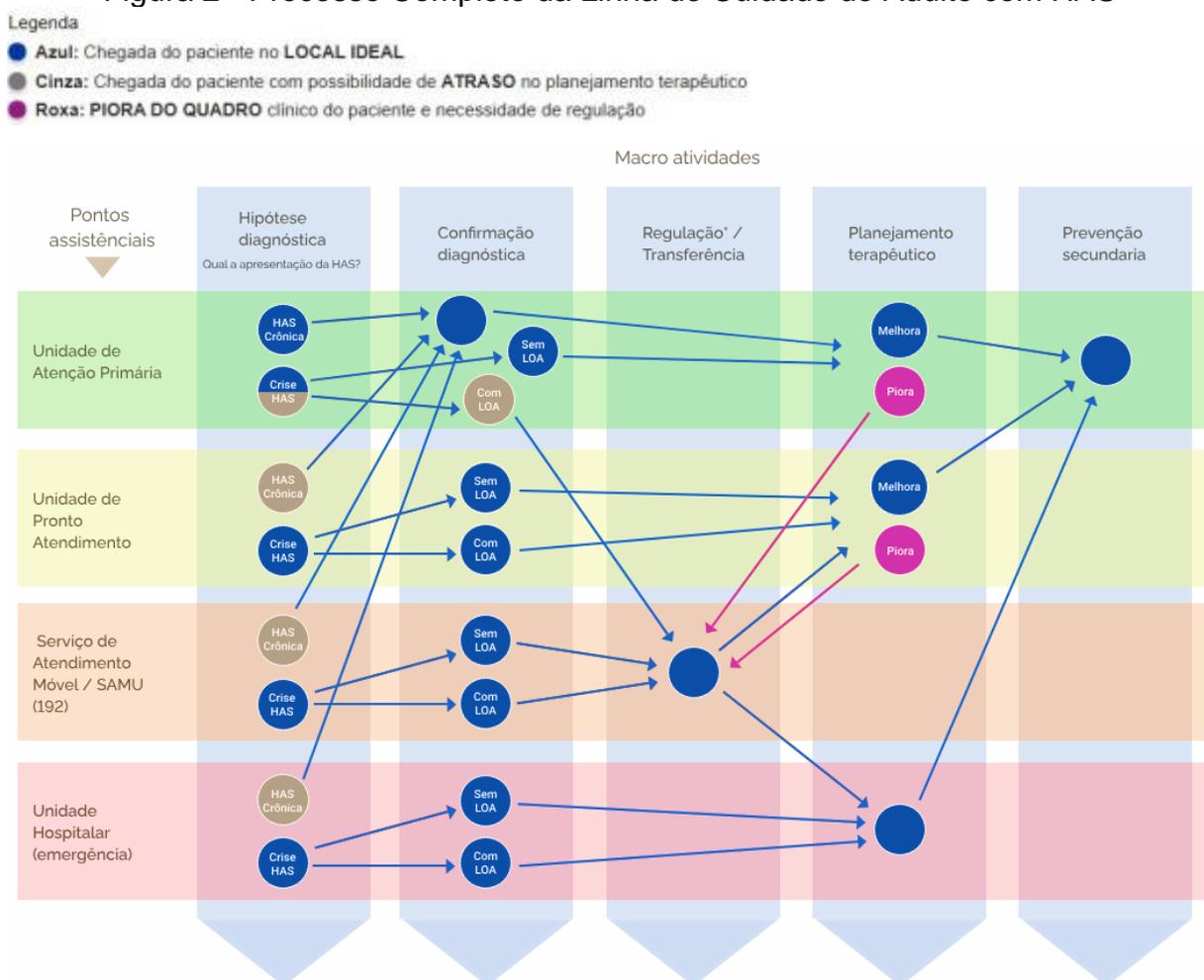
A prevenção e o tratamento às pessoas com diagnóstico de HAS, assim como suas complicações, é um grande desafio para saúde pública, pois o seu manejo ainda é ineficaz, em todo o mundo, por se tratar de uma doença normalmente assintomática, dificultando a adesão aos cuidados (BARROSO *et al.*, 2020).

Para exemplificar isso, um estudo transversal realizado com 392 usuários com HAS de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do Sul do Brasil, observou-se que 44,9% não aderiram ao tratamento, dentre esses 88,02% não possuíam valores pressóricos em níveis desejáveis. Além disso, os usuários não aderentes ao tratamento tiveram nove vezes mais chances de apresentar descontrole da PA (BARRETO; MATSUDA; MARCON, 2016). Um outro estudo realizado em Coimbra, Portugal, em unidades de saúde familiar, identificou que dos 972

participantes, 35,3% não obtiveram controle da HAS (SANTIGO; PEREIRA; BOTASH; SIMÕES, 2014).

A adesão ao tratamento é um dos fatores essenciais para o controle pressórico (SOUZA; ANDRADE; SOBRINHO, 2015). Por isso posto, com o intuito de ampliar o acesso da população aos serviços de Atenção à Saúde, enfatizando a qualidade assistencial, o Ministério de Saúde (MS) implantou a Linha de Cuidado, recursos e práticas de produção de saúde articuladas e orientadas por diretrizes assistenciais (Figura 2), que retratam rotinas do itinerário do usuário entre as diversas unidades de atenção à saúde, para a condução de possibilidades diagnósticas e terapêuticas em resposta às suas necessidades (BRASIL, 2021).

Figura 2 - Processo Completo da Linha de Cuidado do Adulto com HAS



Fonte: Autoria própria.

\*A regulação será realizada pela Central de Regulação, quando aplicável.

Fonte: Ministério da Saúde, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Adulto, 2020.

As equipes, os serviços e os usuários de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), sistematizam as ações a serem prestadas e padronizam recursos, organizando um

*continuum* assistencial, por meio de pactuações e contratualizações e da conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Segundo o MS (2021), o processo completo delinea o itinerário a ser percorrido por um usuário na RAS. Ele é composto pelos pontos assistenciais (unidades de saúde), onde recebem o usuário e pelo processo de cuidado, descrito como macroatividades.

Além disso, o processo completo é multidirecional, pois os encaminhamentos ocorrem de acordo com critérios clínicos e na capacidade estrutural de atendimento de cada unidade de atenção à saúde, preservando o vínculo com a unidade de origem (BRASIL, 2021). A Linha de Cuidado deve ser instituída, considerando as unidades da APS como gestoras dos fluxos assistenciais, com a responsabilidade da coordenação do cuidado e do ordenamento das RAS (BRASIL, 2021).

A APS brasileira possui alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Existem diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2023). A ESF possui o intuito de favorecer uma orientação do processo de saúde com potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, mas também, uma forma de ampliar a resolutividade da situação de saúde individualmente e/ou coletivamente, além de viabilizar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2023a). A equipe é multiprofissional composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo também incluir o cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2023b).

O nutricionista, em conjunto com os demais profissionais - médico, enfermeiro, farmacêutico, educador físico, psicólogo, assistente social e agentes comunitários de saúde - (BARROSO *et al.*, 2020) têm a responsabilidade de promover na APS, práticas alimentares saudáveis conforme as Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012) e de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013).

As ações promotoras da alimentação adequada e saudável devem ser desenvolvidas e aplicadas aos grupos pertinentes, considerando a realidade de cada usuário, a fim de que os hábitos saudáveis sejam adotados (REZENDE, 2011). Essas devem dialogar sobre saberes utilizando metodologias coerentes e que promovam mudanças, porém nota-se que uma considerável parte das ações educativas, utilizam

métodos restritos e repetitivos, e, por consequência, não garantem um vínculo relevante entre os usuários e os profissionais (VINCHA *et al.*, 2020).

Um estudo qualitativo realizado em 2014 na cidade de Montes Claros (MG) com participantes dos grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos na ESF demonstrou que os participantes notavam que as orientações fornecidas sobre alimentação eram restritas e rotineiras, por consequência, não conseguiram se adaptar ao tratamento proposto (RAMOS; KLUG; PRETTO, 2014).

No âmbito da APS, as questões que refletem a resistência dos usuários para aderir às orientações adquiridas pode estar relacionada à didática, que não se atualizam com o passar do tempo e são traçadas apenas sob os aspectos de saúde fundamentais pelo serviço de saúde, sem levar em consideração a realidade dos usuários, fazendo com que essas orientações se tornem genérica. Somado a isso, ocorre a ausência de fundamentos teóricos e organização dos profissionais (FIGUEIREDO, 2012). Portanto, o diálogo e as estratégias utilizadas pelos profissionais devem ser adequadas e flexibilizadas de acordo com as demandas dos usuários, tornando esse processo dinâmico (VINCHA *et al.*, 2020).

### 2.3 Atenção integral: assistência com foco nutricional

Na atenção nutricional ao usuário com diagnóstico de HAS deve-se estimular mudanças de estilo de vida, incluindo a adoção de uma alimentação adequada e saudável, especialmente, em relação ao consumo de ultraprocessados, o controle do peso, a prática de exercício físico, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool (MITRI *et al.*, 2020). De acordo com a OMS, a adoção de práticas como o consumo regular de frutas e legumes, redução de sódio, de bebidas açucaradas e de gorduras saturadas, poderia evitar aproximadamente 80% dos casos de HAS (WHO, 2005; TOLEDO; ABREU; LOPES, 2013). Nesse sentido, a alimentação é um dos principais fatores de controle da PA e ocupa um papel de destaque (BRASIL, 2021).

A dietoterapia convencional, conduta adotada pela maioria dos profissionais de saúde, baseia-se no modelo biomédico de doença, em que a atenção é centralizada no profissional, na doença e na medicalização, assim o tratamento é realizado sobre os sinais e sintomas físicos (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; CASTIEL, 2007). Dessa forma, faz com que a relação entre o indivíduo e o profissional de saúde seja autoritária, no qual o indivíduo e suas demandas possuem um papel secundário e o

profissional é o detentor de todo conhecimento e técnica (MIZUKAMI, 1986). Em contrapartida, esse *modus operandi* em saúde desconsidera outras contextualizações dos elementos semiológicos do processo saúde-doença-cuidado (CAMPOS, 2009; CAMPOS, AMARAL, 2007).

Boog, Soares, Rodrigues (2005) são enfáticas ao dizer:

Segundo Morin, "o ser humano é, a um só tempo, físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico" e, desse modo, "a condição humana deveria ser o objeto essencial de todo o ensino" e também de toda prática profissional, inclusive no campo da nutrição. (RODRIGUES, SOARES, BOOG, 2005)

De acordo ao supracitado, explicita-se a importância aos valores culturais dos indivíduos como sujeitos históricos e a viabilidade de uma relação horizontal entre educador-educando (indivíduo-profissional) (BOOG; RODRIGUES; SOARES, 2005). Os estudos mostram que os usuários apresentam maior satisfação com os aspectos relacionais, como: atendimento, cuidado, comunicação interpessoal em comparação aos organizacionais - estrutura física, acesso a consultas e medicamentos (TRAD *et al.*, 2002; GROSS *et al.*, 2003). Por isso posto, o sucesso do tratamento tem forte relação com a comunicação entre usuário e profissional (BULLER, 1987).

Uma das formas de assistir o usuário para que adote hábitos alimentares saudáveis é por meio da EAN, que possui o intuito de gerar a promoção e a proteção à saúde, por meio de ferramentas direcionadas pelas políticas públicas (ALVES; JAIME, 2014), como ações que incluem vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, e prevenção de distúrbios e patologias associados a nutrição e alimentação (CANELLA; SILVE; JAIME, 2013).

A EAN possui papel fundamental na promoção de hábitos alimentares saudáveis, a fim de desenvolver autonomia para que as pessoas possam empenhar condutas e práticas mais saudáveis (TEIXEIRA; REIS *et al.*, 2013). Além disso, a EAN pode promover redução de custos financeiros em saúde, e quando aplicadas no âmbito da APS possuem finalidades preventivas ao adoecimento e agravos e os recursos utilizados são de menor custo. Entretanto, quando o usuário está em tratamento de doenças, é também fundamental a realização de ações de EAN, porém o custo do tratamento é superior às ações feitas para prevenir as doenças (PINHO; PEREIRA; COSTA, 2011).

Para promover uma mudança na alimentação é fundamental um entendimento completo dos aspectos que influenciam as práticas alimentares (DOLAN *et al.*, 2012).

Desse modo, nota-se um crescente interesse no campo da saúde por abordagens e metodologias que tenham como principal aspecto a mudança das práticas alimentares, pois um dos grandes impasses enfrentados pelos nutricionistas e outros profissionais de saúde é a baixa adesão à modificação de hábitos de vida relacionados à prevenção de DCNTs (ESTRELA, *et al.*, 2017).

Dessa forma, a entrevista motivacional (EM) é uma proposta terapêutica criada por Miller e Rollnick (1991) no qual possui uma abordagem de intervenção custo-efetiva, focada em aumentar a disposição de cada indivíduo para agir (BÓVEDA *et al.*, 2015). A EM segue os princípios fundamentais de expressão da empatia, incorporação à mudança e ação para tal, fazendo com que os indivíduos identifiquem suas próprias atitudes relacionadas ao estado de saúde (THOMPSON *et al.*, 2015).

A EM é um meio de comunicação colaborativa entre o profissional de saúde e usuário, no qual favorece um ambiente próspero para que o indivíduo identifique suas motivações e promova melhores resultados no tratamento (MILLER; ROLLNICK, 2013; DRAY; WADE, 2012). É norteadada por conversas sobre mudança caracterizada pela fala do sujeito, a fim de gerar motivação pessoal e direcionamento e comprometimento com a modificação do comportamento-alvo. Para que isso ocorra, o profissional de saúde cativa e explora as próprias razões do sujeito para a mudança, por meio da aceitação e empatia. Essa abordagem pode ser aplicada nas diferentes especialidades da saúde, entre elas, a nutrição (LUNDAHL; BURKE, 2009).

Válido ressaltar que é necessário que o aconselhador esteja em sintonia e atento às falas e atitudes do sujeito, visto que a postura corporal é uma linguagem silenciosa da comunicação não-verbal e através das expressões faciais, gestos, movimentos corporais, tom de voz, velocidade da fala, afinação de voz pode-se observar a posição do usuário referente ao seu problema. Outrossim, silêncio é também um fator que exige atenção, pois pode ser que o sujeito esteja refletindo sobre si próprio, mas também pode significar que ele queira evitar o assunto (BOOG, 2008).

Segundo um estudo realizado por Ferreira e Rosado (2012), é possível observar que diante da fala de um usuário, notou-se pouca experiência do profissional que o atendia, ou seja, o usuário de um serviço pode ser um observador crítico do comportamento de quem o atende. Por consequência, essa avaliação insatisfatória relacionada à pouca experiência do profissional, faz com que haja necessidade de elaboração de treinamentos prévios.

Diante do supracitado, estudos de revisão sistemática apresentam os benefícios do treinamento da EM com diferentes profissionais (MADSON *et al.*, 2009, SODERLUND *et al.*, 2011). Esses estudos concluíram que há relações positivas fortes entre as competências de comunicação do profissional de saúde e a capacidade do indivíduo em aderir hábitos de vida saudáveis e/ou preventivos. Desse modo, a habilidade do profissional de saúde para explicar, ouvir e ser empático pode promover uma consequência positiva sobre os resultados do tratamento, assim como a satisfação do usuário com seu autocuidado (SOUZA; MEYER; OLIVEIRA, 2019).

Portanto, nota-se que as falas de satisfação dos usuários é uma característica subjetiva, que se relaciona fortemente com aspectos de cuidado, atenção e capacidade de esclarecer as dúvidas do que com aspectos físicos, acesso, custo e as técnicas utilizadas na consulta, assim confirmando as questões que influenciam a satisfação do usuário de um serviço de saúde (TRAD *et al.*, 2002).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Compreender a percepção de usuários da Atenção Primária à Saúde com diagnóstico de hipertensão sobre o atendimento nutricional individual.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Avaliar o que é valorizado na conduta do nutricionista durante o atendimento nutricional individual;
- Identificar aspectos que possam contribuir com a adesão ao acompanhamento nutricional individual;
- Apontar contribuições no aperfeiçoamento do atendimento nutricional individual.

## 4. METODOLOGIA

Este Trabalho de Conclusão de Curso integra o projeto “HipertenSUS: Efetividade de intervenção nutricional para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde”, com o objetivo de avaliar a efetividade de intervenção nutricional pautada na EM e no Guia Alimentar para a População Brasileira para o controle da HAS e a redução do consumo de alimentos ultraprocessados em usuários da APS no município de Ouro Preto-MG.

O HipertenSUS é uma intervenção controlada aleatorizada cujo público foi constituído por usuários da APS com diagnóstico de HAS. O estudo incluiu a realização de atendimento nutricional individual de usuários de seis UBS do município de Ouro Preto-MG durante seis meses e avaliou dois tipos de intervenção nutricional: dietoterapia convencional e EM em conjunto com o Guia Alimentar para a População Brasileira.

O HipertenSUS foi realizado em cinco etapas:

I) Linha de base (T0) que constou de diagnóstico pré-intervenção com caracterização da amostra, análise dos fatores associados aos níveis pressóricos e ao consumo de ultraprocessados e também, avaliação do sistema alimentar.

II) Formulação da intervenção, a partir dos dados obtidos na primeira etapa, na qual foram construídas as estratégias educativas, pautadas no Guia Alimentar para a População Brasileira e na EM.

III) Intervenção, composta por dois grupos: Controle - atendimento convencional pautado em recomendações de sociedades e na dietoterapia vigente para a hipertensão, e Intervenção – atendimento pautado nas teorias da entrevista motivacional e nas orientações da segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, acrescido de estratégias educativas (folders, cartas, vídeos).

IV) Avaliação da efetividade da intervenção nutricional, por meio das modificações da PA e do consumo de ultraprocessados e grupo focal.

V) Avaliação da manutenção (T9) 3 meses após o final da intervenção nutricional.

### 4.1 Desenho do estudo

O presente estudo caracterizou-se pela abordagem da pesquisa qualitativa em saúde por meio da pesquisa participativa com a utilização da técnica de grupo focal.

A pesquisa qualitativa diz respeito ao estudo da história dos sujeitos a partir das suas percepções, experiências, convicções, opiniões, relações e o meio onde vivem (MINAYO, 2010). Além disso, a participação de usuários em um estudo permite retratar sua realidade de forma efetiva. Uma vez que os relatos dos usuários sobre o seu cotidiano, se tornam um novo conhecimento a partir dos fatos e dados somados à sua percepção, proporcionando o conhecimento de suas realidades (FREIRE, 1987).

Nessa abordagem, o processo colaborativo se realiza pelos pesquisadores e usuários de acordo com as demandas percebidas entre ambos. Sendo legítima a contribuição dos usuários em momentos integrativos, no qual se apropriam do processo de pesquisa em si, ou seja, fazem parte da pesquisa por meio da contribuição de seus conhecimentos, experiências e vivências (TOLEDO *et al.*; GIATTI, 2018).

A técnica de grupo focal é utilizada para a produção dos dados, em que se baseia na interação entre os usuários e os pesquisadores através de grupos de discussão sobre o tema determinado por intermédio de estímulos adequados de acordo ao objetivo da pesquisa (GONDIM, 2003).

Para Caplan (1990), os grupos focais (GF) são “pequenos grupos de pessoas reunidos para avaliar conceitos ou identificar problemas”, sendo um método comum usado em pesquisas a fim de identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade. O tamanho do GF pode variar de seis a 12 pessoas baseando em características homogêneas ou heterogêneas, em relação ao assunto a ser discutido (DIAS, 2000). O tamanho ideal do GF é aquele que permite a participação efetiva entre os participantes em relação à uma discussão adequada sobre o tema (PIZZOL, 2004).

#### 4.2 Cenário de Estudo

Este estudo foi realizado com usuários da APS com diagnóstico de HAS, com idade igual ou superior a 20 anos, participantes do HipertenSUS, no município de Ouro Preto, MG.

A cidade de Ouro Preto tem uma área territorial de 1.245,865 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2022). Está localizada na Serra do Espinhaço, na Zona Metalúrgica de Minas Gerais, conhecida como Quadrilátero Ferrífero, e denominada Região Central da Macrorregião Metalúrgica e Campo das Vertentes de Minas Gerais. É composto por

12 distritos: Cachoeira do Campo, Amarantina, Glaura (Casa Branca), São Bartolomeu, Santo Antônio do Leite, Rodrigo Silva, Miguel Burnier, Engenheiro Correia, Santa Rita, Santo Antônio do Salto, Antônio Pereira e Lavras Novas (OURO PRETO, 2019).

Segundo o último Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022, Ouro Preto possui população total de 74.824 habitantes, em que 75,6% possuem domicílio na zona urbana. Ainda, de acordo com o levantamento de dados estatístico realizado em 2021 pelo IBGE, o salário médio dos trabalhadores formais é de 3,3 salários mínimos e o Índice Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) corresponde a 0,741.

Na sede do município de Ouro Preto, há oito UBS e onze ESF, compondo, então, a APS do município.

#### 4.3 Participantes do estudo

O recrutamento dos participantes ocorreu de dois modos (Figura 3): convite realizado diretamente pelo nutricionista ao participante, no último atendimento individual e/ou por meio de uma ligação ou mensagem de WhatsApp, convidando-os a participar do último encontro da fase V, a fim de possibilitar a participação de todos os participantes desde a primeira fase do HipertenSUS. Vale ressaltar que os usuários que não concluíram o acompanhamento (6 meses) também foram convidados.

Figura 3 - Esquema de recrutamento dos participantes para a fase V do Projeto HipertenSUS



Fonte: Própria

O estudo presente foi realizado com os participantes do grupo intervenção da área adscrita da UBS Bauxita.

O grupo foi preparado levando em consideração os seguintes cuidados: agendamento prévio do local, preparo de uma sala (iluminação, ventilação, cadeiras e espaço adequado para a realização da técnica de acordo com o número de participantes) da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, manutenção de gravador e aparelho celular, seleção e preparo antecipado do material específico para o encontro e organização do ambiente. O ambiente escolhido para a reunião era agradável, confortável e acolhedor.

No encontro grupal, os participantes se sentaram em círculo, a fim de permitir interação face a face, contato visual e, ainda, distanciamento igual entre todos os participantes para oferecer o mesmo campo de visão para todos. O moderador foi quem guiou a discussão e o sistematizador foi quem anotou os principais pontos abordados e fez a conclusão do que foi debatido de acordo com a participação de cada integrante do grupo focal. Eles sentaram em locais espalhados entre os participantes, mas com a possibilidade de observarem a comunicação verbal e não verbal, como recomendação da técnica de grupo focal (DALL'AGNOL, 1999; DEBUS, 1997). O moderador mediou o diálogo com as seguintes questões norteadoras:

Avaliação da efetividade da intervenção:

- Como foi a experiência de participar do projeto? O que isso significou?
- Me conte um pouco sobre as consultas? O que mais marcou vocês? O que você mais gostou nos atendimentos? Algo motivou você a continuar?
- Você aprendeu algo? Quais foram suas aprendizagens nas consultas?
- Algo mudou depois que vocês vieram às consultas? Fale mais um pouco sobre isso, gostaria de entender melhor como foram as mudanças no seu cotidiano.
- Me conte um pouco sobre os desafios que vocês vivenciaram para colocar as aprendizagens/orientações em prática?
- Algo facilitou o seu comparecimento às consultas?
- Algo dificultou o seu comparecimento? (Em algum momento você pensou em desistir).

Encerramento:

- Existem outras questões que você queria contar? Existe alguma coisa que não tenhamos conversado e que julgue importante?

- Se você pudesse resumir em uma palavra como foi a experiência de ter participado do Projeto HipertenSUS, qual seria essa palavra?
- Agradecer pela participação e explicar que voltaremos daqui 3 meses para acompanhá-los.

O roteiro das perguntas foi previamente elaborado por uma equipe de pesquisadores com experiência em grupo focal, atendendo os objetivos da pesquisa, considerando as questões relacionadas à alimentação e ao manejo da HAS.

O encontro foi gravado em dois aparelhos eletrônicos (gravador e celular) e no decorrer, os participantes do GF tiveram a oportunidade de expressar suas experiências, dificuldades, motivos que os cativaram, novos hábitos adotados e sugestões sobre os temas abordados.

#### 4.4 Análise dos dados

As informações produzidas por meio do grupo focal foram analisadas e agrupadas por temas, como parte do percurso do método de Análise de Conteúdo, definido por Bardin (1979) como conjunto de técnicas de análise que permite a construção de sentidos, por meio da transformação dos elementos que compõem o objeto estudado, em unidades temáticas. Com o propósito de compreender as falas dos participantes, realizou as seguintes etapas para tratamento dos dados coletados no grupo focal: escuta das falas gravadas; transcrição; e organização das informações. Posteriormente elencou-se temas, estabelecendo articulação entre as informações coletadas e o referencial teórico sobre satisfação do atendimento no serviço de saúde e mudanças nas práticas alimentares.

A codificação dos participantes foi feita pela equipe de transcrição do projeto HipertenSUS para caracterizar os usuários, sendo eles: P1, P2, P3, P4 e P5, a fim de garantir o sigilo dos mesmos. A ordem cardinal representa a ordem em que ocorreu a participação das falas dos participantes, por exemplo, P1 foi o primeiro a falar e P5 foi o último a falar.

#### 4.5 Aspectos éticos

O HipertenSUS foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), sob o parecer CAAE 42858120.9.0000.5150 nº 4.699.049, segundo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que dispõe sobre os aspectos da pesquisa que envolva seres humanos.

Os participantes do presente estudo foram informantes que aceitaram participar do projeto HipertenSUS e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO A).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do grupo focal cinco usuários, sendo todos idosos, com predomínio do sexo feminino (80%) sobre o masculino (20%). Nas pesquisas, que avaliam o perfil de usuários em UBS, percebe-se um maior percentual de mulheres, isso pode ser explicado, pelo fato delas possuírem maior percepção das doenças e também preocuparem mais com a saúde, tendo uma tendência maior para o autocuidado e, conseqüentemente, procurando com maior frequência os serviços de saúde em comparação aos homens (DUTRA *et al.*, 2016).

Os temas identificados durante a análise foram: satisfação ao atendimento nutricional e mudança de práticas alimentares.

### 5.1 Satisfação ao atendimento nutricional

O atendimento nutricional individual possibilitou uma conduta específica a cada participante, de acordo com as suas necessidades e também suas características intrínsecas (sexo, idade, raça/etnia, peso) e extrínsecas (condição financeira e moradia).

A assistência aos usuários que buscam o atendimento nutricional ambulatorial deve ser individualizada, independente dos motivos que os fizeram procurar o atendimento, considerando o perfil clínico e nutricional, mas também a realidade socioeconômica e alimentar (BRASIL, 2022).

A satisfação sobre a qualidade do serviço de saúde oferecida a uma população pode ser conceituada como dito por Pascoe (pág.13,1983) “uma variável causal que faz com que as pessoas procurem o atendimento e um resultado baseado em experiências anteriores” (LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991). Nesse sentido, a percepções dos usuários sobre a qualidade do serviço de saúde pode ser medida pela satisfação individual perante a assistência oferecida (FERREIRA; ROSADO, 2012).

Eu acho que foi mesmo a qualidade do atendimento. (...) E, eu algum tempo, não desfazendo de alguns profissionais, porque já tive outras (*se referindo a outras profissionais nutricionistas*), realmente, muito boas também, realmente atenciosas, mas a atenção que eu tive lá (*se referindo ao projeto*), um pouco diferente, ela (*nutricionista*) foi mais atenciosa. Outra coisa que primo muito é a pontualidade. E, sempre foi nos horários pontuais. Não tinha nem mais dois, nem menos dois minutos (...) Tudo muito pontual, muito correto, tudo muito certinho. Tudo dentro do desejável mesmo. **(P4)**

Muitos participantes além de demonstrarem a satisfação à nutricionista que os assistiram, consideraram importantes algumas estratégias que foram utilizadas durante o atendimento nutricional, como os materiais educativos.

Foi muito satisfatório, muito completo. A assistência que a gente teve, os materiais que recebi, deu pra gente ajustar muito bem. **(P4)**

Então, foram dicas que a gente tinha uma noção do que era correto, mas acaba que na correria do dia a dia, a gente acaba deixando passar. **(P5)**

Ela (*nutricionista*) punha aquelas cartas para gente, tipo jogar cartas, você escolhia as cartas. Naquela carta, o que você tirava, ela ia explicando para você. Então se você tivesse dúvida, ela te explicava. **(P2)**

Sanavio (2016) realizou um estudo com portadores de HAS em UBS sobre a elaboração de materiais educativos. Neste estudo foi relatado que os materiais impressos e entregues pelas UBS e pela mídia eletrônica operam como uma estratégia educadora que enfatiza a necessidade de mudança e a responsabilização do usuário pelo progresso do tratamento (SANAVIO, 2016).

O êxito do tratamento pode estar fortemente associado à assistência recebida devido a relação entre usuário e profissional que deve ser fundamentada na corresponsabilidade, ou seja, o usuário não deve ser tratado como um sujeito passivo (ALVARENGA, 2019).

Eu não tive essa dificuldade de seguir as orientações da nutricionista. Eu creio que pelo menos uns 90% eu segui. **(P4)**

Lembrei agora também que no finalzinho de cada vez da consulta, ela (*nutricionista*) perguntava: “Qual nota você dá, que vai ser bom para você, que você consegue? De 1 a 10”. Isso também foi importante. **(P2)**

Neste contexto, é importante mencionar que a Organização Mundial de Saúde definiu, em 2001, a adesão ao tratamento como “o grau com que o paciente segue as instruções médicas”.

## 5.2 Mudança nas práticas alimentares

É fundamental valorizar as ações de controle das DCNTs, pois os resultados positivos para este fim são rapidamente perceptíveis pelos portadores. Além disso, quando resultados são alcançados, o usuário se torna mais confiante e motivado a prosseguir no tratamento (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014).

Dentre as dificuldades mais recorrentes apontadas pelos usuários com HAS, a mudança no estilo de vida é a principal, em decorrência das crenças e hábitos adquiridos durante toda a sua vivência. Portanto, é necessário entender as razões e dificuldades da pessoa, para que ela adote as mudanças necessárias (CUNHA *et al.*, 2014).

Eu fiquei sabendo do valor dos alimentos. A importância deles para a saúde da gente e até o fato da água. O quanto que a gente precisa tomar bastante água. E assim, no meu caso, para falar a verdade, não tenho sede. Então, depois que decidi participar desse projeto, eu deixo um copo perto do filtro. Sempre que olho para o filtro e o copo, vou lá e tomo um pouquinho. **(P1)**

No meu caso, eu vim especificamente por causa da hipertensão. Então, foi válido, a gente realinou a minha alimentação. **(P4)**

Então, para mim foi muito bom, um momento muito bom. E me orientou bastante para o que eu tinha dúvida, porque hoje, principalmente, com a mídia, tem muita informação e a gente não sabe definir o que é real e o que não é. Então a gente fica meio perdido “Será que é assim mesmo?” Então, deu pra tirar muitas dúvidas. Então, pra mim foi muito bom. **(P5)**

A promoção de hábitos alimentares saudáveis é fundamental para prevenir o desenvolvimento de doenças, em especial, as DCNTs, e possui impacto direto na qualidade de vida e na longevidade (MARINHO *et al.*, 2021). Os participantes também afirmaram terem adotado um novo hábito, que faz diferença na qualidade de vida deles.

Procuro diminuir, no arroz, eu não ponho tanto sal, procuro colocar mais tempero, o alho. Antes eu amassava o alho com bastante sal. Hoje não, hoje eu já coloco menos. **(P2)**

Apreendi que com elas (*equipe do projeto*), que você tem que fazer uma mastigação, que o alimento tem que virar uma pasta pra depois você mandar pra dentro. E isso funciona mesmo, até a digestão da gente fica melhor. **(P3)**

Hoje comecei a me programar melhor. Passei a ir ao supermercado sem correria, sempre com tempo. De preferência para onde sei que encontro produtos melhores, mais naturais. **(P5)**

A qualidade de vida é caracterizada como o entendimento que o indivíduo possui sobre a sua própria condição de vida, atentando-se ao seu contexto sociocultural. (SILVA *et al.* 2017). Estimular hábitos saudáveis reflete positivamente na qualidade de vida das pessoas e na concepção de saúde das mesmas (ALMEIDA; CASOTTI; SENA 2018).

Eu também achei que deu mais ânimo (*se referindo aos atendimentos*). **(P1)**

(...) Dedicar mais as frutas, legumes. Na hora que você for almoçar ali, olhar seu prato e ver se seu prato está um prato saudável. Isso é muito importante também. **(P3)**

Me chamou a atenção para isso, para eu levar mais a sério, para eu conseguir manter uma rotina melhor, até na atividade física. **(P5)**

A não desistência do usuário é primordial para o êxito no manejo da PA, mas também é uma das batalhas mais difíceis que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao usuário com diagnóstico de hipertensão (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Então, eu ainda estou lutando contra esse hábito de tomar água. Às vezes eu tomo, quando eu lembro alguma hora. **(P2)**

Eu, para falar a verdade, não tenho sede. Então, depois que eu decidi participar desse projeto, passei a deixar um copo perto do filtro. Ai sempre que olho para o filtro e o copo, aí vou lá e tomo um pouquinho (*se referindo a água*). **(P1)**

Neste sentido, a ingestão de água pode estar relacionada a qualidade da dieta, sendo que a menor ingestão de água estaria associada a piores padrões alimentares e com menor presença de frutas e verduras, ou seja, alimentos que apresentam um teor de água considerável. Portanto, caso houvesse maior ingestão desses alimentos, logo haveria também maior ingestão de água (ILLESCAS *et al.*, 2015). Ademais, percebe-se que o consumo de água em idosos possui uma menor probabilidade de adequação em relação aos demais grupos, pois como as crianças, possuem alto risco de desidratação diante das condições fisiológicas comuns à idade (LUCHESSI; FIBERG; SALES, 2021).

Diversos aspectos estão associados ao consumo de água total, como os considerados pelas *Dietary Reference Intakes* (DRI) para o estabelecimento da *Adequate Intake* (AI), que são: idade, sexo, nível de atividade física, clima, tipo de atividade física, altitude do local, presença de doenças como diabetes *mellitus*, fibrose cística e uso de medicamentos diuréticos ou outros que possam interferir no balanço hídrico. Assim como outros fatores, como a qualidade da dieta e seus componentes (LUCHESSI; FIBERG; SALES, 2021).

A qualidade das dietas devido aos seus nutrientes, micronutrientes: vitaminas e minerais; macronutrientes: carboidrato, proteína e lipídeo, em quantidade equilibrada, faz parte das intervenções não farmacológicas, importante para o tratamento da HAS, pois é de baixo custo e eficiente. Ademais, com a intervenção nutricional, nota-se um menor risco cardiovascular nos usuários que possuem a HAS

e que estão com excesso de peso (ALVAREZ; ZANELLA, 2009), e também auxilia no tratamento farmacológico (BARROSO *et al.*, 2020).

O que eu posso dizer é o seguinte, o que aconteceu durante esse período, (*de atendimento*) que realmente nós obtivemos êxito porque eu reduzi o meu medicamento de pressão para a metade. **(P4)**

Mesmo assim diminuí o remédio que tinha lá (*se referindo a receita médica*). **(P1)**

Pra mim mudou, perdi 3 quilos. **(P3)**

Com os relatos, destaca-se o papel do nutricionista para realização de um trabalho contínuo com o usuário, de estimular mudança de hábitos alimentares, considerando os seus conhecimentos pré estabelecidos e promovendo a alimentação adequada e saudável nas refeições.

Percebe-se que a intervenção realizada tem potencial educativo e problematizador e é capaz de estimular melhores hábitos alimentares. Entretanto, há uma escassez de estudos, como também um baixo número de acompanhamentos que usam a EM na assistência integral aos indivíduos com diagnóstico de HAS.

Portanto, é fundamental o reconhecimento pelos profissionais de saúde, inclusive, pelo profissional nutricionista, sobre a importância do aperfeiçoamento da sua conduta. É necessário reconhecer o usuário como um ser complexo, considerando seus conhecimentos e suas dificuldades, para que, por meio do diálogo, possa haver trocas de informações e estímulos a fim de incentivá-lo a ter uma alimentação saudável e adequada.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A intervenção nutricional pautada na EM e no Guia Alimentar para a População Brasileira concomitantemente com os pressupostos da pedagogia dialógica e problematizadora de Paulo Freire foi efetiva, na percepção dos participantes com diagnóstico de HAS, pois foram capazes de realizar mudanças em seus hábitos alimentares, a fim de ter uma alimentação saudável e equilibrada.

Os atendimentos nutricionais foram individualizados e com respeito aos usuários, aspectos estes marcante para os usuários, desde a pontualidade até a admiração por toda a atenção e cuidado do profissional nutricionista ao prestar a assistência. Além do mais, os usuários foram os protagonistas nas consultas e em seus processos de mudanças, já que foram estimulados a participarem ativamente, incorporando os seus conhecimentos e suas práticas através de diálogos problematizadores somados a materiais educativos sobre a alimentação adequada e saudável direcionados para o cuidado com a hipertensão arterial sistêmica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C.; CASOTTI, C.; SENA, E. Reflexões sobre a complexidade de um estilo de vida saudável. **Avances en Enfermería**, vol.36, n.2, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.67244> Acesso em: 10 jun. 2023.
- ALVARENGA, Marle *et al.* **Nutrição Comportamental**. 2.ed. Barueri – SP: Manole, 2019.
- ALVAREZ, T.; ZANELLA, M. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. **Rev Nutr.** 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732009000100007> Acesso em: 12 jun. 2023.
- ALVES, K.; JAIME, P. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência Coletiva**. 2014;19(11)
- ANDRADE, J. *et al.* **Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos**, v.19, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LWQrZdgF8shFLM3PFHWvGSc/?lang=pt>. Acesso em: 13 abril 2023.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
- BARRETO, M.; MATSUDA, L.; MARCON, S. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. Esc Anna Nery. **Rev Enferm.** 2016, 20(1):114-20. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160016>. Acesso em: 18 maio 2023.
- BARROSO, W. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/207940>. Acesso em: 13 abr. 2023.
- BOOG, M. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 33-42, 2008.
- BOOG, M.; RODRIGUES, E.; SOARES, F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**. (18), 2005.

BÓVEDA, J.; PERULA, L.; CAMPIÑEZ, N.; BOSCH, F. *et al.* Efetividade da entrevista motivacional em pacientes com dislipidemia: um ensaio randomizado por conglomerados. **BMC Fam Pract**, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 118, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Linha De Cuidado do Adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2021: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/vigitel/> Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023** Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão (pressão alta)**. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao#:~:text=A%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20ou%20press%C3%A3o,\(ou%2014%20por%209\)](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao#:~:text=A%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20ou%20press%C3%A3o,(ou%2014%20por%209).). Acesso em: 7 jul. 2023.

BULLER, K.; BULLER, B. Estilo de Comunicação do Médico e Satisfação do Paciente. **Revista de Saúde e Comportamento Social**, 1987, v. 28, n. 4.

CAMPOS GWS, AMARAL MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2007, v.12, n.4.

CAMPOS, G. *et al.* **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. Tratado de saúde coletiva. São Paulo, 2009.

CANELLA, D.; SILVE A.; JAIME, P. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2013, v.18, n.2, p. 297-308.

CAPLAN, S. **Using focus group methodology for ergonomic design**. Ergonomics, v. 33, n. 5, p. 527-33, 1990.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2004, v.9, n.1, p. 139-46.

CASTIEL, L.; DIAZ, C. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz 2007.

CUNHA, A. *et al.* **O Autocuidado do Adulto Hipertenso**. v.3, n.1, p. 55-71, 2014.

DALL'AGNOL, C.; TRENCH, M. Grupos focais como estratégia em pesquisas na enfermagem. **R. Gaúcha Enferm**. 1999, 20(1):5-25.

DEBUS, M. **Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997, p. 96.

DIAS, C. **Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas**. Tese (tese de mestrado), 2000. Ciência da Informação na Universidade de Brasília, Brasília.

Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/330/252>. Acesso em: 22 ago. 2023.

DOLAN, P.; HALLSWORTH, M.; HALPERN, D.; KING, D. *et al.* Influencing behaviour: The mindspace way. **Journal of economic psychology**, v.33, n. 1, p. 264-277, 2012.

DRAY, J.; WADE, T. Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. **Clinical Psychological Review**, v.32, n.6, p. 558-565, 2012.

DUTRA, D. *et al.* Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde Cardiovascular. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.8, n.2, p. 4501-4509, 2016.

ESTRELA, K. *et al.* Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. **Demetra**, v. 12, n. 1, p. 249-274, 2017.

FERREIRA, P.; ROSADO, G. Perfil de usuários e percepção sobre a qualidade do atendimento nutricional em um programa de saúde para a terceira idade. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, n.15, v. 2, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200007> Acesso: 24 jun. 2023.

FIGUEIREDO, M.; RODRIGUES N.; LEITE, M. **Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário**. Interface. 2012;16(41):315-29

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 50.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GAZAN *et al.* Drinking water intake is associated with higher diet quality among French adults. **Nutrients**, v.8, n.11, 2016.

GIATTI, L. O caráter adaptativo da pesquisa participativa: rompendo com a monocultura de saberes. **Pesquisa Participativa em Saúde: Vertentes e Veredas**. São Paulo, p. 566, 2018. Disponível em: [http://www.tramas.ufc.br/wpcontent/uploads/2020/01/metodologias\\_participativas\\_fin\\_al.pdf](http://www.tramas.ufc.br/wpcontent/uploads/2020/01/metodologias_participativas_fin_al.pdf). Acesso: 24 jun. 2023.

GONDIM, S. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v.12, n. 24, p.149-161, 2003.

GROSS, R.; TABENKIN, H., PORATH, A.; HEYMANN, A. *et al.* The relationship between primary care physicians' adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study. **Fam Pract**, v. 20, n. 5, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: Área territorial brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/ouro-preto.html>. Acesso em: 06 jul. 2023.

ILLESCAS-Zarate D., *et al.* Plain water consumption is associated with lower intake of caloric beverage: cross-sectional study in Mexican adults with low socioeconomic status. **BMC Public Health**. 2015.

LENG, G. *et al.* The determinants of food choice. **Proc Nutr Soc**. 2017 Aug;76(3):316-327. doi: 10.1017/S002966511600286X. Epub 2016 Dec 1. PMID: 27903310.

LEMME, A.; NORONHA, G.; RESENDE, J. A satisfação do usuário em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.1, p. 41-46, 1991.

LIMA, C.; PEIXOTO, S.; FIRMO, J. Validity of self-reported hypertension and its determinants (the Bambuí study). **Rev Saude Pública**. v. 38, n. 5, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/W5kbyS7NcmSMPkYfpTg7ZRh/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 15 de abril de 2023.

LUNDAHL, B.; BURKE, B. The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. **Journal Of Clinical Psychology**: In Session, v. 65, n. 11, p. 1232-1245, 2009.

LUCHESSI, I.; FIBERG, R.; SALES, C. A qualidade da dieta está associada com a ingestão de água em residentes de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 2021.

KOHLMANN, J. *et al.* Tratamento medicamentoso. **J. Bras. Nefrol**. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/8M7trZg4ktzZH3BkbBVfcFj#:~:text=PRINC%C3%8DPIOS%20GERAIS%20DO%20TRATAMENTO%20MEDICAMENTOSO&text=Deve%2Dse%20explicar%2C%20detalhadamente%2C,pleno%20dos%20medicamentos%20seja%20obtido>. Acesso: 8 jul. 2023.

MADSON, M.; LOIGNON, A.; LANE, C. Training in motivational interviewing: a systematic review. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 36, n.1, p. 101-109, 2009.

MALACHIAS, M. *et al.* **7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Chapter 1 - Concept, Epidemiology and Primary Prevention**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20160151>. Acesso em: 13 abril 2023.

MALTA, D. *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev Saúde Pública**, 2017.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina, Farmácia e**

**Comunidade.** Rio de Janeiro, v.2, n.7, out./dez., 2006. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/52/pdf>. Acesso em: 13 abril 2023.

MARINHO, J. *et al.* Análise de conceito sobre estilo de vida saudável no contexto da atenção primária de saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021.

MARTINS, C. Aconselhamento Nutricional. In: CUPPARI L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto.** São Paulo: Manole, p.129-145, 2005.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional-preparando pessoas para mudar o comportamento viciante.** Nova York. NY: Guildford Press, 1991.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 57.

MILLS, K.; BUNDY, J.; TANIKA, N.; REED, J. *et al.* Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control. Clinical Perspective. **Circulation**, v. 134, n. 6, p. 441-50, 2016.

Disponível

em:

<http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>

Acesso em: 25 maio 2023.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Preparing People for Change.** New York: Guildford Press, 2013.

MITRI, S. *et al.* Efeito de uma intervenção nutricional na pressão arterial de pacientes hipertensos. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 46086–46097, 2020.

MIZUKAMI, M. **Ensino: as abordagens do processo.** São Paulo: EPU; 1986.

MOTTA, D. Aconselhamento nutricional. In: Motta DG. Educação nutricional & diabetes tipo 2. **Piracicaba: Jacintha**, p. 27-33, 2009.

MURGAS, L. *et al.* Fatores Socioeconômicos Relacionados Às Doenças Cardiovasculares: Uma Revisão, 2018. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, jun. 2018.

NASCIMENTO, M.; BORGES, N.; BASTOS, T.; NOGUEIRA, D. *et al.* Fatores Determinantes Da Hipertensão Arterial Sistêmica Em Dois Grupos De Hiperdia Em Um Município Goiano. **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 8, n° 4, p. 163-202, 2015.

OLIVEIRA, T.; PEREIRA, C. **Perfil de Pacientes que Procuram a Clínica de Nutrição da PUC MINAS e Satisfação quanto ao Atendimento**, 2014. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/4210/868>

3 Acesso em: 2 maio 2023.

OPAS. **Mundo tem mais de 700 milhões de pessoas com hipertensão não tratada.** Ago, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-8-2021->

[mundo-temmais-700-milhoes-pessoas-com-hipertensao-nao-tratada](#) Acesso em: 19 abr. de 2023.

PINHO, L.; PEREIRA, K.; COSTA, M. Análise sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar em uma unidade de atenção primária à saúde em Jaíba, MG. **Rev Nutrição Pauta**, v. 19, n. 1, p. 38-41, 2011.

PIZZOL, S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, p. 451-468, 2004.

RAMOS, C.; KLUG, J.; PRETTO, A. Adesão às recomendações alimentares de usuários portadores de diabetes tipo 2. **Demetra**. 2014;9(2):561-75

REZENDE, A. **Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional**. São Paulo 2011. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-27072011-041835/publico/AcaoeducativanaAtencaoBasicaaSaudedepessoascomdiabetesmellitusehipertensaoarterial\\_tese.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-27072011-041835/publico/AcaoeducativanaAtencaoBasicaaSaudedepessoascomdiabetesmellitusehipertensaoarterial_tese.pdf). Acesso em: 17 maio 2023.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.; BUTLER, C. **Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento**. Porto Alegre, 2009.

ROTH, G. *et al.* The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks Factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 Study. **J Am Coll Cardiol**, v. 76, n. 25, p. 2982-3021, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>. Acesso em: 13 de abril de 2023.

SANAVIO, S. **Elaboração de material educativo para ações de educação em saúde para portadores de HAS em UBS: uma proposta emancipatória**. 2016. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/108/108131/tde-21112016-163302/publico/SilvanaAparecidaSanavioVersaoOriginal.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2023.

SANTIGO, L.; PEREIRA, C.; BOTASH, P.; SIMÕES, A. Pacientes com hipertensão arterial em ambiente de medicina geral e familiar: análise comparativa entre controlados e não controlados. **Rev Port cardiol**, v.33, p. 419-424, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>. Acesso em: 30 de abril de 2023

SANTOS, P. **Atenção Farmacêutica: Contexto Atual, Exames Laboratoriais e Acompanhamento Farmacoterapêutico**. São Paulo: Atheneu, 2016.

LUCCHESI, I.; FISBERG, R.; SALES, C. A qualidade da dieta está associada com a ingestão de água em residentes de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 2021.

SILVA, J.; DE SOUZA, L.; GANASSOLI, C. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. **Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica**. v. 15, n. 3, p. 146- 149, 2017.

SOUZA, F., ANDRADE, K.; SOBRINHO, C. Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertens**; v. 22, n. 4, p. 133-138, 2015. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/22-4.pdf>. Acesso em: 18 maio 2023.

SOUZA, F.; MEYER, E.; OLIVEIRA, M. Entrevista Motivacional para Estudantes da Área da Saúde: Resultados de um Treinamento. **Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações**. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3552>. Acesso em: 31 de maio de 2023.

SOUZA, J.; FREITAS, M.; ANTONACI, G.; SZWARCOWALD, C. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol. **Serv Saúde**. 2015 [citado em 1º dez. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00207.pdf> Acesso em: 18 maio 2023.

SÖDERLUND, L.; MADSON, M.; RUBAK, S.; NILSEN, P. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. **Patient Education and Counseling**, p. 16-26, 2011.

TEIXEIRA, P.; REIS, B.; VIEIRA, D.; COSTA, D. *et al.* Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2013.

THOMPSON, D.; CHAIR, S.; CHAN, S.; ASTIN, F. *et al.* Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health? **J Clin Nurs**, 2011 [cited 2020 Jul 15].

TRAD, L.; BASTOS, A.; SANTANA, E.; NUNES, M. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciências & Saúde Coletiva**. 2002.

TOLEDO, M.; ABREU, M.; LOPES, A. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n.4, p. 540-548, 2013.

TOLEDO, R. *et al.* **Pesquisa Participativa em Saúde: Vertentes e Veredas**. São Paulo; Instituto de Saúde. 2018. Disponível em: [http://www.tramas.ufc.br/wpcontent/uploads/2020/01/metodologias\\_participativas\\_fin\\_al.pdf](http://www.tramas.ufc.br/wpcontent/uploads/2020/01/metodologias_participativas_fin_al.pdf). Acesso: 24 jun. 2023.

VINCHA, K. *et al.* Possibilidades de atuação profissional em grupos educativos de alimentação e nutrição. 2020.

World Health Organization (WHO). **Preventing chronic diseases, a vital investment**. World Health Organization, 2005.

World Health Organization (WHO). **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020**. Geneva. World Health Organization, 2013. [citado 20 out 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/) Acesso em: 16 abr. 2023.

World Health Organization (WHO). **Global NCD target: prevent heart attacks and strokes through drug therapy and counselling**. World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312283>. Acesso em: 15 abr. 2023.

World Health Organization (WHO). **Cardiovascular diseases (CVDs)**. World Health Organization, 2017. Disponível em: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 10 maio 2023.

VIEIRA, R.; RABELO, F.; BURGOS, M. Consumo alimentar e sua associação com estado nutricional, atividade física e fatores sociodemográficos de candidatos à cirurgia bariátrica. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, 2019

## **ANEXOS**

### **Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Efetividade de diferentes intervenções nutricionais para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde: inovadora pautada na entrevista motivacional e no Guia Alimentar vs. convencional dietoterápica”, coordenado pela professora Raquel de Deus Mendonça, da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto. Este estudo tem como objetivo avaliar qual a melhor estratégia nutricional para o controle da pressão arterial elevada (hipertensão), assim como, propor para as unidades básicas de saúde do município um protocolo de atendimento mais simples e eficaz para este fim. O projeto de pesquisa é dividido em cinco etapas, nesta etapa (etapa 1) o objetivo é conhecer a percepção dos profissionais nutricionistas e usuários com hipertensão sobre a importância da alimentação. Para isso, caso você aceite participar desta pesquisa você será submetido aos seguintes procedimentos:

1. Preenchimento de questionários relativos a questões sociodemográficas, condição de saúde, estilo de vida e sobre a sua alimentação, para o diagnóstico de sua condição de saúde ao início do projeto; Aferição da pressão arterial e de medidas antropométricas (peso, altura, medida da cintura); Coleta de sangue por profissional treinado; Acompanhamento nutricional por 6 meses, constituído por encontros mensais. Neste acompanhamento, você será alocado entre uma das duas formas de intervenção nutricional estudadas. Ressalta-se que ambas as formas são consideradas seguras e eficazes para o controle da pressão arterial. Ao final, ou a qualquer momento se identificada necessidade, a intervenção que resultar mais eficaz será assegurada a todos os participantes, independente do grupo de alocação inicial.

No final do estudo, ou assim que disponível, você será informado sobre seus resultados (avaliação antropométrica, da ingestão alimentar e exames bioquímicos). Todas as informações obtidas serão confidenciais e sua divulgação científica ocorrerá de forma coletiva e, nunca individualmente, ou de forma que permita a identificação do voluntário. Os resultados serão divulgados em meios científicos, os quais servirão para auxiliar na tomada de decisão, seja por parte dos profissionais de saúde da

Atenção Primária à Saúde, seja por 45 gestores municipais, contribuindo para o desenvolvimento de protocolos e de políticas públicas eficazes no controle da hipertensão (pressão alta). Os dados serão armazenados até que os estudos sejam publicados em meios científicos.

A coleta de sangue, como em qualquer outro exame que o(a) senhor(a) já tenha realizado, possui pequenos riscos e desconfortos, os quais serão minimizados pela coleta por um profissional de saúde devidamente treinado. Os demais procedimentos não possuem técnicas invasivas, e consistem nos procedimentos inerentes de um atendimento nutricional. Como benefício, além do atendimento nutricional (individualizado e em grupo) que permitirá a adoção de melhores hábitos alimentares e o melhor controle de sua pressão arterial, sua participação permitirá a identificação do melhor protocolo de atendimento para a população e de fatores que interferem no sucesso deste atendimento. No entanto, você é livre para decidir participar ou não deste estudo, e para recusar a continuar em qualquer etapa da execução do mesmo, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo, econômico ou pessoal, não interferindo, inclusive, em seu atendimento na unidade de saúde.

Todos os procedimentos serão gratuitos e não haverá nenhum tipo de remuneração para sua participação. Os atendimentos serão realizados na Unidade Básica de Saúde mais próxima a sua residência. Caso você, participante, sofra algum dano decorrente dessa pesquisa, os pesquisadores garantem indenizá-lo por todo e qualquer gasto ou prejuízo. Nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Em caso de dúvida, entre em contato conosco, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto:

- Dúvidas sobre o projeto: Profa. Raquel de Deus Mendonça – [raquel.mendonca@ufop.edu.br](mailto:raquel.mendonca@ufop.edu.br) – Telefones: (31) 99713798 ou (31) 3559-1418

- Dúvidas sobre questões éticas: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (situado no Centro de Convergência, Campos Universitário, UFOP.) pelo telefone (31) 3559-1368 ou pelo email: [cep.propp@ufop.edu.br](mailto:cep.propp@ufop.edu.br)

Os Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil (CEP e CONEP) revisam os projetos de pesquisa conduzidos pelas instituições de ensino e pesquisa, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários, além de promoverem a sobre a ética na ciência, receber denúncias e requerer a sua apuração.

Declaro ter sido informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim sobre a pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, e quais medidas serão coletadas, seus riscos e desconfortos. Declaro ciente que todas as informações são confidenciais e que eu tenho a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida. Sei que a minha participação não terá despesas, nem remuneração e que estão preservados os meus direitos. Assim, concordo voluntariamente e consinto na minha participação no estudo, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem quaisquer prejuízos. Afirmando também que recebi uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pelos pesquisadores.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma voluntária o **Consentimento Livre e Esclarecido** para participação neste estudo.

---

Raquel de Deus Mendonça - Coordenadora da Pesquisa

Telefones: (31) 99713798