



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO**



HIPERTENSÃO NÃO É DOENÇA E O FUTURO É LOGO ALI

Adanne Mares Ferreira

Ouro Preto - MG

2022

Adanne Mares Ferreira

HIPERTENSÃO NÃO É DOENÇA E O FUTURO É LOGO ALI

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.

Coorientação: Dr.^a Anabele Pires Santos

Orientação: Prof.^a Dr.^a Raquel de Deus Mendonça

Ouro Preto - MG

2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

F383h Ferreira, Adanne Mares.
Hipertensão não é doença e o futuro é logo ali. [manuscrito] / Adanne
Mares Ferreira. - 2022.
42 f.: il.: color..

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

1. Atenção à saúde. 2. Hipertensão. 3. Nutricionistas. 4. Educação
alimentar e nutricional. I. Mendonça, Raquel de Deus. II. Santos, Anabele
Pires. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 616.12-008.331

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



FOLHA DE APROVAÇÃO

Adanne Mares Ferreira

Hipertensão não é doença e o futuro é logo ali

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

Aprovada em 27 de outubro de 2022.

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 - Anelise Andrade de Souza - Universidade Federal de Ouro Preto
Doutora - Júlia Cristina Cardoso Carraro - 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 30/11/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Raquel de Deus Mendonça, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 30/11/2022, às 16:50, 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, informando o código verificador **0435058** e o código CRC **702CFCE9**.

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível associada ao aumento do risco de eventos cardiovasculares. O manejo da HAS inclui alterações na alimentação que é mais efetiva na diminuição da pressão arterial (PA) quando o sujeito tem acompanhamento de uma equipe multidisciplinar composta por um nutricionista. Na atenção primária, o acompanhamento nutricional ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. **Objetivo:** Compreender a percepção de nutricionistas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) sobre o autocuidado de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com nutricionistas da APS, constituído por dois momentos: identificação dos nutricionistas e realização de grupo focal. Aplicou-se a técnica do grupo focal por meio de encontro único com 4 nutricionistas de Ouro Preto, 11 de Mariana e 4 de Itabirito, Minas Gerais. Posteriormente empregou-se a análise de categoria para constituir unidades temáticas. **Resultados:** Foram identificadas as seguintes categorias temáticas: minimização da gravidade da doença, baixo engajamento às estratégias de prevenção e má administração da medicação para HAS. **Conclusão:** Os nutricionistas percebem que ainda são valorizadas aquelas ações voltadas para o atendimento individual, com foco para o controle de doenças. Para mudar esse quadro é necessário que o profissional desenvolva a habilidade de escutar, entendendo seu contexto de vida das pessoas, suas angústias e seus limites na hora de aderir ao tratamento, para assim promover a autonomia e o autocuidado.

Palavras-chave: Atenção à saúde, Hipertensão, Nutricionistas, Educação alimentar e nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic non-communicable disease associated with an increased risk of cardiovascular events. The management of SAH includes changes in diet that are more effective in reducing blood pressure (BP) when the subject is monitored by a multidisciplinary team composed of a nutritionist. In primary care, nutritional monitoring plays an important role in the treatment and prevention of SAH. **Objective:** To understand the perception of nutritionists who work in Primary Health Care (PHC) about the self-care of people diagnosed with arterial hypertension. **Methodology:** Descriptive study with a qualitative approach, carried out with nutritionists from PHC, consisting of two moments: identification of nutritionists and holding a focus group. The focus group technique was applied through a single meeting with 4 nutritionists from Ouro Preto, 11 from Mariana and 4 from Itabirito, Minas Gerais. Subsequently, category analysis was used to constitute thematic units. **Results:** The following thematic categories were identified: minimization of disease severity, low engagement with prevention strategies and poor administration of medication for SAH. **Conclusion:** Nutritionists realize that those actions aimed at individual care, with a focus on disease control, are still valued. To change this situation, it is necessary for the professional to develop the ability to listen, understanding the context of people's lives, their anxieties and their limits when adhering to treatment, in order to promote autonomy and self-care.

Keywords: Health care, Hypertension, Nutritionists, Food and nutrition education.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 - Determinantes sociais, genéticos / epigenéticos e sociais que interagem para elevar a PA em hipertensos e na população geral. Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.	9
--	----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde
DAC - Doenças do Aparelho Circulatório
DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV - Doença Cardiovascular
EAN - Educação Alimentar e Nutricional
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
HA - Hipertensão Arterial
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PA - Pressão Arterial
PAD - Pressão Arterial Diastólica
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 Introdução	7
2 Revisão da literatura	8
2.1 Hipertensão arterial sistêmica: definição e epidemiologia	8
2.2 Atenção nutricional no manejo da hipertensão arterial	11
2.3 Nutricionista na Atenção Primária à Saúde	15
3 Objetivos	17
3.1 Geral	17
3.2 Específicos	17
4 Metodologia	17
4.1 Aspectos éticos	18
4.2 Cenário do estudo	18
4.3 Participantes do estudo	20
4.4 Grupo focal	20
4.5 Análises dos dados	22
5 Resultados e Discussões	22
5.1 Minimização da gravidade da doença	22
5.2 Baixo engajamento as estratégias de prevenção	25
5.3 A má administração da medicação para HAS	27
6 Considerações Finais	29
7 Referências bibliográficas	30
8 Anexos	37
ANEXO I	37
ANEXO II	39

1 Introdução

No Brasil, observa-se aumento acentuado da expectativa de vida, envelhecimento populacional e mudanças nos padrões alimentares e nutricionais dos indivíduos. As mudanças na alimentação são caracterizadas pelo aumento do consumo de ultraprocessados e redução na ingestão de alimentos *in natura* e minimamente processados. Esses fatores contribuem para a piora do estado nutricional e aumento das doenças cardiovasculares, principalmente a hipertensão arterial sistêmica - HAS (VIEIRA et al, 2021).

A HAS é uma doença crônica não transmissível (DCNT) e associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020). A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil (BALADI, 2021).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da HAS são: idade, raça, sexo, predisposição genética, peso corporal, hábitos de vida não saudáveis, tabagismo e consumo excessivo de sal (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020). A inclusão da realização de práticas regulares de atividade física e adoção de alimentação adequada e saudável, atrelados ao tratamento medicamentoso, têm indicações precisas no controle da HAS e se mostram fortemente associados com a melhoria do quadro (SILVA et al, 2016).

Dado que os fatores ambientais e comportamentais favorecem a incidência da HAS e ainda influenciam na não adesão ao tratamento, o acompanhamento médico associado a educação em saúde e a educação alimentar e nutricional mostram-se como aliados imprescindíveis para o manejo da pressão arterial (PA), pois auxiliam na melhoria do prognóstico e contribuem para a redução da morbidade e mortalidade (VIEIRA et al, 2021).

Esse contexto reforça a necessidade de ações que incluam alimentação e nutrição, visto que são fatores determinantes e condicionantes da saúde (MALTA et al, 2017). A orientação nutricional é mais efetiva no controle da pressão arterial (PA) quando realizada por uma equipe multidisciplinar composta por nutricionista, médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais (DIRETRIZES

BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020). Na atenção primária à saúde, o acompanhamento nutricional se mostra efetivo na melhora da qualidade da dieta que ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. A redução de peso também apresenta benefícios sobre a PA sendo a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a HAS e mesmo pequenas reduções têm diminuído significativamente a pressão, bem como riscos cardiovasculares (BRASIL, 2014).

Dessa forma, é importante conhecer sob a ótica dos nutricionistas como é a prática de autocuidado por indivíduos com diagnóstico de HAS.

2 Revisão da literatura

2.1 Hipertensão arterial sistêmica: definição e epidemiologia

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020) a HAS é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida pelos níveis pressóricos elevados.

A HAS caracteriza-se por uma condição multifatorial dependente de fatores ambientais, genéticos/epigenéticos e sociais (Figura 1), definida por elevação persistente da pressão arterial (PA), sendo PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, aferida com a técnica correta, em duas ou mais ocasiões diferentes e na ausência de medicações anti-hipertensivas (BARROSO, 2020).

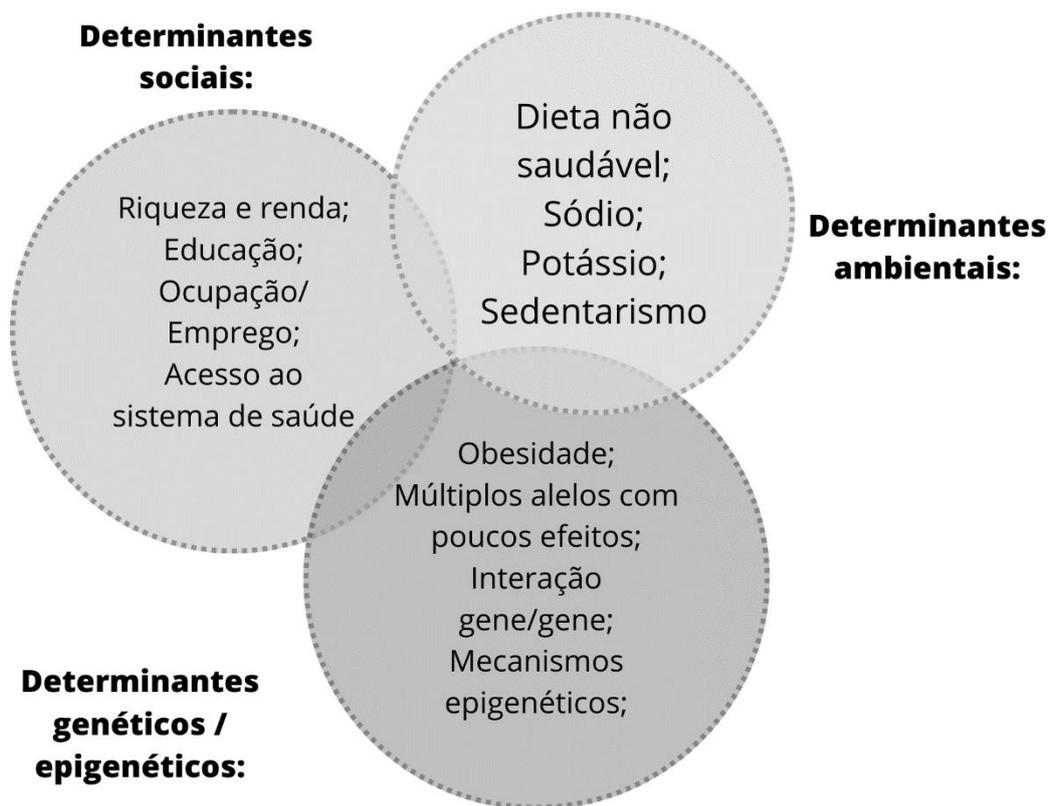


Figura 1 - Determinantes ambientais, genéticos/epigenéticos e sociais que interagem para elevar a PA em hipertensos e na população geral. Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

Entre os diversos fatores que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos destacam idade avançada (homem >55 anos e mulheres >65 anos), pele negra, história familiar prematura de doença cardiovascular (homens <55 anos e mulheres <65 anos), dislipidemias (triglicérides >150mg/dL, LDL colesterol >100 mg/dL, HDL < 40 mg/dL) e diabetes *mellitus* relacionados aos fatores genéticos/epigenéticos (GIROTTTO et al, 2013).

Dentre os principais fatores genéticos destaca-se a obesidade (circunferência da cintura > 102 cm para homens e > 88cm para mulheres). O excesso de peso e a gordura corporal central acarretam maior risco para o aparecimento de HAS, uma vez que o ganho de peso está associado ao aumento da insulina plasmática hormônio que favorece a absorção de sódio pelos rins, o aumento do volume sanguíneo circulante e a atividade vascular. Essa condição aumenta a ativação do

sistema nervoso simpático, a liberação de noradrenalina e a perda da regulação da pressão sanguínea (KALIL, 2021).

Com relação aos fatores ambientais consumo excessivo de álcool, sedentarismo, e alto teor de sódio na alimentação (GIROTTO et al, 2013). A ingestão excessiva de sal é um dos principais fatores de risco ambientais para a HAS uma vez que o sódio presente no sal, é responsável pela regulação da quantidade de líquidos que ficam dentro e fora das células, quando há excesso de sódio no sangue, ocorre uma alteração no equilíbrio entre esses líquidos. O organismo retém mais água, que aumenta o volume de líquidos, sobrecarregando o coração e os rins e elevando a PA (NUNES, 2016).

É verificado que o consumo excessivo de álcool apresenta associação com a ocorrência de HAS e gera um maior risco associado a doenças cardiovasculares (DCV). A Organização Mundial de Saúde estabeleceu que o limite de consumo diário é de 30g de álcool para homens e acima de 20g para mulheres. Com isso, a principal conclusão é que o álcool em altas doses, acima do limite estabelecido, mostra um efeito bifásico por diminuir a pressão arterial em até 12 horas após o consumo e aumentá-la após esse período. Já a frequência cardíaca foi aumentada quando consumidas altas doses de álcool em todos os momentos, até 24 horas após o consumo (KALIL, 2021).

Entre os fatores socioeconômicos, podemos destacar menor escolaridade e baixa renda familiar (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020). A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, estratégia que promove a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida, e influência no engajamento ao tratamento de condições crônicas em virtude da relação com menores condições econômicas e acesso a serviços de saúde (ANDRADE et al, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2021), o número de adultos com hipertensão entre 30 e 79 anos aumentou de 650 milhões para 1,28 bilhões nos últimos 30 anos. Um estudo, conduzido no período de 1990–2019, avaliou mais de 100 milhões de pessoas em 184 países demonstrou pouca mudança na taxa geral de hipertensão no mundo de 1990 a 2019, mas a carga mudou de nações ricas para países de baixa e média renda. Canadá, Peru e Suíça tiveram baixas prevalências de HAS, enquanto as taxas mais altas foram observadas na República Dominicana,

Jamaica e Paraguai para mulheres e na Hungria, Paraguai e Polônia para homens (OPAS, 2021).

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2021, mostram que mais de um quarto das mulheres adultas, e quatro em cada dez homens adultos, têm hipertensão no continente americano. Dessa forma, é possível deduzir que tanto o diagnóstico, quanto o tratamento e o controle, têm sido ineficazes, uma vez que poucos países apresentam uma taxa de controle da hipertensão populacional superior a 50% (OPAS, 2022).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, mostrou que os estados com maiores prevalências de diagnóstico médico de hipertensão arterial são: Rio de Janeiro (28,1%), Minas Gerais (27,7%) e Rio Grande do Sul (26,6% - PNS, 2019). E de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), de 2010 a 2020, foram registradas 551.262 mortes por doenças hipertensivas, sendo 292.339 em mulheres e 258.871 em homens. Entre os estados com maior taxa de mortalidade em 2020, estão: Piauí (45,7 óbitos/100 mil habitantes), Rio de Janeiro (44,6 óbitos/100 mil habitantes) e Alagoas (38,8 óbitos/100 mil habitantes - CRFRS, 2022). Minas Gerais teve um total de 152.128 mortos por doenças hipertensivas em todo o ano de 2020 (DATASUS, 2020).

2.2 Atenção nutricional no manejo da hipertensão arterial

O estilo de vida é, sem dúvidas, um dos principais responsáveis pela alta prevalência da HAS. Entre os aspectos associados estão os hábitos associados ao aumento do peso corporal, especialmente ao aumento da obesidade visceral, e ao padrão alimentar ocidental, baseado em alimentos industrializados com alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes (BRASIL, 2014).

O controle da hipertensão está relacionado às mudanças de hábitos de vida. Com isso, destaca-se que, para o sucesso do controle da HAS, é necessária a prática do autocuidado pelo indivíduo. Este é definido como a realização de atividades que os indivíduos desempenham em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e funcional, contribuindo para o desenvolvimento humano (MENDES et al, 2015).

O tratamento não-medicamentoso é essencial, pois é uma combinação de mudanças no estilo de vida: controle da ingestão de gordura e sal; diminuição do consumo de álcool; controle do excesso de peso corporal; prática de exercícios físicos regulares (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2020). Ele apresenta diversos benefícios para o paciente, uma vez que apresenta baixo custo e risco mínimo, além de redução significativa da PA, aumento da eficácia farmacológica e redução do risco cardiovascular (SOUZA, 2020). No tratamento não-medicamentoso a alimentação é um dos principais fatores e ocupa um papel de destaque (BRASIL, 2015).

A intervenção nutricional para pacientes com diagnóstico de HAS objetiva oferecer uma dieta que reduza os níveis pressóricos, com o controle/redução do peso, eliminar ou minimizar a quantidade de medicamentos, auxiliando na melhoria das condições de vida. Somada a uma dieta rica em fibras, frutas, vegetais e pobre em calorias, colesterol e gordura saturada, além do consumo de alimentos derivados de leite, com baixo teor de gordura (COCA et al, 2010).

Modificações dietéticas como a redução da ingestão de sal e de gorduras, aumento do consumo de fibras e de micronutrientes, como potássio, magnésio e cálcio, demonstram benefícios sobre aos valores de PA (MIRANDA; STRUFALDI, 2012). Entretanto, o efeito do uso de suplementos dietéticos na redução dos valores de PA em geral são pequenas e inconsistentes (OLMOS; BENSEÑOR, 2001). Dessa forma, o padrão alimentar, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbimortalidade cardiovascular (MIRANDA; STRUFALDI, 2012).

A exemplo, tem-se a Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) indicada para o manejo da HAS, entres suas características destaca-se ser rica em grãos integrais, oleaginosas, frutas e hortaliças e o baixo teor de lipídios saturados e totais (BRICARELLO et al, 2020), além de orientar a redução do consumo de sal e de alimentos industrializados (SOUZA,2020).

Essa dieta foi inicialmente proposta em 1990 após o reconhecimento de que o consumo excessivo de sódio, bebidas alcoólicas e cigarro, juntamente ao excesso de peso corporal, associado ao sedentarismo, estavam relacionados com o aumento da PA (BRICARELLO et al., 2020). A DASH foi criada com o propósito de incorporar nutrientes com potencial efeito hipotensor, advindos de alimentos habitualmente

consumidos pela população. Em suma, a ideia era a implementação de uma alimentação que apresentasse os benefícios de uma dieta vegetariana, mas com a presença de alimentos de origem animal, ficando assim mais atrativa aos não vegetarianos (GONÇALVES et al., 2016).

As “IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial” foram as primeiras a citarem, em 2004, a dieta DASH no Brasil (BRICARELLO et al., 2020). Porém, somente na atualização da Diretriz em 2006 que houve uma efetiva recomendação da dieta DASH para o tratamento não-farmacológico da HA. Foi destacado que essa dieta possui grau I e nível de evidência A, o que significa que existem estudos com excelentes níveis de evidência para recomendar a conduta. Daí em diante, as atualizações de 2010, 2016 e 2020 da Diretriz continuam indicando a dieta DASH como parte do tratamento da HA (SOUZA, 2020).

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), para o tratamento e o controle da PA recomenda-se o controle do peso e da circunferência abdominal, por meio de modificações no padrão alimentar como: aumentar o consumo de frutas, hortaliças, produtos lácteos com baixo teor de gordura, cereais integrais, peixes, aves e nozes; restringir o consumo de carnes vermelhas e processadas, sódio, bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o controle não-farmacológico da HAS é importante e necessário, embora se mostre de difícil execução. A prevenção deve ser iniciada o mais precocemente possível, com orientações sobre a importância da alimentação adequada e saudável aliada a prática de atividade física, cuidado com o estresse e abandono de hábitos inadequados como o consumo excessivo de álcool e o tabagismo (GRESPLAN, 2007). Em decorrência da sua complexidade, essas mudanças devem ser complementadas pelo incentivo à autonomia, pela atuação de uma equipe multidisciplinar, entre os quais incluem nutricionistas, fisioterapeutas, profissionais de reabilitação cardiovascular, psicólogos e enfermeiros (GRESPLAN, 2007).

O conhecimento sobre alimentação adequada e saudável e o envolvimento do sujeito no processo de mudança são fatores que favorecem o sucesso do manejo da HAS (BEZERRA, 2018). Uma das ferramentas para promover a autonomia e autocuidado do indivíduo é o acompanhamento nutricional, por meio da educação alimentar e nutricional (EAN).

A EAN possui um papel importante em relação ao processo de mudanças, assim como na promoção de hábitos alimentares saudáveis, podendo proporcionar a compreensão necessária na tomada de decisões sobre as escolhas de alimentos. Todavia, fatores como disponibilidade de alimentos e políticas públicas que tem como objetivo a garantia da segurança alimentar e nutricional devem ser implementadas para que o indivíduo tenha maiores possibilidades para cuidar da saúde (TEIXEIRA et al, 2013).

As ações de EAN são estratégias de promoção da saúde e devem ser direcionadas de acordo com as características da população a que se destina (REZENDE, 2017). É possível encontrar, no Brasil e em diversos países, estudos que demonstram a importância de programas educativos para garantir maior adesão ao tratamento e melhor controle da HAS.

Um estudo de intervenção longitudinal do tipo ensaio comunitário, realizado em um serviço de APS com 212 indivíduos com diagnóstico de HAS acompanhados pelo Programa HIPERDIA, comparou três estratégias de educação em saúde que ocorreram durante 12 meses: I) oficinas educativas mensais; II) oficinas + visitas domiciliares mensais e III) oficinas mensais. Verificou-se modificação positiva nos índices antropométricos, bioquímicos e dietéticos da população, destacando a eficácia das estratégias I e II. Além do mais, a frequência nas atividades foi apontada como um fator importante, uma vez que a assiduidade dos participantes em conjunto com o método de intervenção adequado acarreta em uma melhor evolução do processo de educação e na vínculo (MACHADO et al, 2016).

No planejamento e execução das ações de EAN um dos aspectos importantes que deve ser levado em consideração é o comportamento alimentar do indivíduo, pois mesmo que o indivíduo tenha conhecimento sobre o que é uma alimentação adequada e saudável não significa que ele tenha um hábito alimentar saudável (JANINI et al, 2015). Um estudo qualitativo com 83 idosos, de ambos os sexos, de uma Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro demonstrou que apenas uma parte reduzida alegou ter uma alimentação equilibrada, mesmo que grande parte tenha relatado conhecimento sobre o que é uma alimentação saudável (JANINI et al, 2015). Dessa forma, reforça-se a necessidade de ações e medidas que provoquem mudanças de hábitos que persistam ao longo da vida (BRASIL, 2012).

Para que essas mudanças se concretizem é importante que haja uma equipe multidisciplinar bem alinhada e que o profissional nutricionista atue de modo a contribuir para uma mudança alimentar saudável e duradoura (TEIXEIRA et al, 2013).

2.3 Nutricionista na Atenção Primária à Saúde

A educação em saúde como ação necessita uma visão consolidada de diferentes ciências, tanto da educação quanto da saúde. É possível reforçar esse entendimento ao se firmar a educação em saúde como um campo heterogêneo, em que se centralizam diversas opiniões de diferentes compreensões do mundo, demarcadas por diferentes posições políticas e filosóficas sobre o homem e a sociedade (FALKENBERG et al, 2014). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades.

Desse modo, o conceito de educação em saúde está relacionado ao conceito de promoção da saúde, que deve abranger a participação de toda a população na condição de sua vida cotidiana e não somente das pessoas em risco de desenvolverem uma doença (MOROSINI; et al, 2008).

Três segmentos prioritários envolvem as práticas de educação em saúde: os profissionais de saúde que prezam pela prevenção e promoção, juntamente com as práticas curativas; os gestores que apoiam esses profissionais; e a população (FALKENBERG et al, 2014). Embora a definição de educação em saúde apresente a interação entre esses três segmentos, ainda existe grande distância entre a teoria e a prática (MOROSINI; et al, 2008).

Observa-se na prática uma abordagem médica tradicional, conhecida como modelo biomédico, que o foco é o tratamento de doenças particulares do indivíduo, a partir de um diagnóstico clínico e do uso de medicamentos. Esse modelo de doença e cura se concentra em fatores puramente biológicos e descarta as influências ambientais, psicológicas e sociais e é considerada a maneira principal de diagnosticar e tratar uma condição pelos profissionais de saúde na maioria dos países ocidentais (FLORES, 2020). No modelo biomédico saúde é a ausência de

dor, doença ou defeito. Ele se concentra em processos físicos que afetam a saúde, como a bioquímica, a fisiologia e a patologia de uma condição. Assim, a doença tem uma causa e, uma vez que é removida, o paciente será saudável novamente (CUTOLO, 2006).

A hegemonia do modelo biomédico gerou um movimento de críticas de relevância internacional e no Brasil em meados dos anos 1970 (FERTONANI et al, 2015). Um dos efeitos desse movimento, no Brasil, foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/90, com finalidade de alterar a desigualdade na assistência à saúde da população (BRASIL, 2013).

O SUS é regido pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Seu objetivo é garantir o direito de assistência à saúde igual a todo cidadão respeitando suas necessidades e diferenças, integrando as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (MATTA, MOROSINI, 2009). Em 1994 surgiu Programa Saúde da Família (PSF), depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi uma das principais tentativas de superação dos problemas consequentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS (FERTONANI et al, 2015). A ESF realiza o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, além de grupos terapêuticos, visitas e internações domiciliares, entre outras (GEUS et al., 2011).

A ESF é, atualmente, a principal estratégia de APS no Brasil e é vista como uma alavanca de uma transformação do SUS, pois tem como objetivo promover a saúde da população por meio de ações básicas. Ela representa também uma nova concepção de trabalho que cria um vínculo entre os membros de uma equipe permitindo uma maior diversidade de ações, diferente do modelo biomédico tradicional. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades (GUES et al, 2011).

A APS deve ser a primeira forma de atendimento à população no SUS, sendo necessária uma formação de qualidade ao médico, enfermeiro e nutricionista para atuar com eficiência e resolutividade no SUS (FERTONANI et al, 2015). O trabalho do nutricionista em APS se faz em diversos âmbitos, como: segurança sanitária de produtos e serviços, promoção da alimentação adequada e saudável, no

monitoramento alimentar e nutricional e no controle dos distúrbios e deficiências nutricionais (BRASIL, 2013).

O acompanhamento nutricional juntamente com as ações de EAN e as ações dos demais profissionais de saúde das ESF estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (CUNHA et al, 2014). O nutricionista exerce papel fundamental no tratamento da HAS, e compete a ele, como profissional da saúde, a realização de projetos e ações de educação alimentar e nutricional, sempre considerando a participação, o conhecimento, as necessidades e as habilidades que estruturam o comportamento alimentar das pessoas (SANTOS et al, 2020).

Visto a importância do acompanhamento nutricional no tratamento da HAS é de suma importância compreender a percepção dos nutricionistas da APS sobre os usuários com diagnóstico de hipertensão, uma vez que há uma baixa adesão ao tratamento não medicamentoso e na realização das mudanças dos hábitos de vida.

3 Objetivos

3.1 Geral

Compreender a percepção de nutricionistas que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre o autocuidado de usuários com diagnóstico de hipertensão arterial.

3.2 Específicos

- Aprender a percepção dos nutricionistas sobre o autocuidado de usuários com diagnóstico de hipertensão arterial.
- Conhecer como os nutricionistas que atuam na Atenção Primária à Saúde percebem o olhar do usuário em relação à alimentação adequada e saudável.
- Identificar estratégias para ampliar o autocuidado de usuários com diagnóstico de hipertensão arterial.

4 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa utilizando a técnica de grupo focal. O referencial de análise adotado foi a técnica de grupo focal

que constitui-se na interação entre participantes e pesquisadores em grupos de discussão sobre determinado tema por meio de estímulos adequados que vão ao encontro com o objetivo da pesquisa (GONDIM, 2003).

4.1 Aspectos éticos

Este trabalho integra o projeto “HipertenSUS: Efetividade de intervenção nutricional para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde”; cujo objetivo é avaliar a efetividade de intervenção nutricional pautada na Entrevista Motivacional 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 de Ouro Preto-MG.

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 nº4.570, segundo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que dispõe sobre os aspectos da pesquisa que envolva seres humanos (BRASIL, 2012).

Com o intuito de obter uma visão mais ampla e compreender de modo geral a atuação dos profissionais na APS, foram selecionados nutricionistas de diferentes cidades.

Foram solicitadas as autorizações prévias às Secretarias da Saúde. Os profissionais nutricionistas foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e à garantia do anonimato. Em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

4.2 Cenário do estudo

O presente estudo foi realizado com nutricionistas que atuam nas cidades de Ouro Preto, Mariana e Itabirito no estado de Minas Gerais.

O município de Ouro Preto está localizado na região central do Estado de Minas Gerais. Além da sede municipal, Ouro Preto é composto por doze distritos: Cachoeira do Campo, Amarantina, Glaura, 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 Censo Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, Ouro Preto é classificada como sendo uma cidade de pequeno porte e tem população total de 70.281 habitantes, em que 86,5% dos indivíduos residem na área urbana. De acordo com levantamentos do IBGE, em 2020, o salário médio mensal dos trabalhadores formais foi de 3,1 salários mínimos (IBGE, 2010). A economia de Ouro Preto depende fortemente do turismo e das atividades que geram em torno da universidade. A atividade industrial é importante para o município, em especial indústrias de transformação e de mineração (OURO PRETO, 2019).

Ouro Preto possui 19 PSFs (Programas de Saúde da Família), sendo 10 nos distritos e 9 na sede; 11 UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde) na sede e 28 nos distritos (contando com pontos de apoio); 1 policlínica; 1 clínica de fisioterapia; 5 clínicas particulares; 1 hospital; 10 laboratórios; 2 UPAs (uma 24h e uma 12h) e 1 SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) (CIRIBELLI, 2010).

O município de Mariana tem limite com os municípios de Ouro Preto, Barra Longa, Diogo de Vasconcelos, Acaiaca, Piranga, Catas Altas e Alvinópolis. Além da sede municipal, Mariana é composta por doze distritos: Águas Claras, Santa Rita Durão, Monsenhor Horta, Camargos, Bandeirantes (Ribeirão do Carmo), Padre Viegas (Sumidouro), Cláudio Manoel, Furquim, Passagem de Mariana, Cachoeira do Brumado (MARIANA, 2022).

Segundo o Censo Demográfico de 2010, Mariana também é classificada como sendo uma cidade de pequeno porte, com uma população total de 54.219 habitantes, em que 87,9% dos indivíduos residem na área urbana. O salário médio mensal dos trabalhadores formais foi de 2,3 salários mínimos, sendo que, em 2010, 36,7% dos seus residentes possuíam rendimentos nominais mensais per capita de até meio salário mínimo (IBGE, 2010). A extração de minério de ferro é a principal atividade industrial do município e os distritos desenvolvem atividades agropecuárias e artesanato variado (MARIANA, 2022).

Em relação à ESF, no município são ao todo 13 equipes distribuídas nos bairros e distritos. Ademais, há 1 clínica de especialidades médicas, 1 Policlínica Central e 1 Hospital que oferecem atendimento gratuito (TEIXEIRA, 2015).

Itabirito é a ponte entre a capital mineira Belo Horizonte e Ouro Preto. O Município é composto pelos distritos: São Gonçalo do Baçõ e Acuruí (ITABIRITO, 2022). Segundo o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, Itabirito conta

com uma população total de 45.449 habitantes, em que 95,86% dos indivíduos residem na área urbana. O salário médio mensal dos trabalhadores formais foi de 2,4 salários mínimos (IBGE, 2010). A economia gira em torno da mineração, siderurgia e comércio (ITABIRITO, 2022).

Itabirito possui 5 UBS na zona urbana, 1 posto de saúde na zona rural, 1 Centro de Especialidades Médicas (CEM), 1 UPA 24 horas além de 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). No total, existem 12 equipes de saúde da família e 2 equipes do núcleo de apoio à saúde da família atuando no município (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

4.3 Participantes do estudo

O recrutamento dos participantes foi realizado por meio de contato inicial com a Secretaria de Saúde de cada município e depois com o nutricionista responsável técnico.

Para este estudo considerou-se como critério de inclusão nutricionistas atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Primária que realizavam atendimentos nutricionais à população. Os critérios de exclusão foram a realização de funções em outros serviços de saúde como gestão e Atenção Secundária.

Os profissionais nutricionistas de cada município foram convidados e agendou-se com referência técnica o dia e o horário para a realização do grupo focal. Realizou-se três grupos focais em datas distintas:

- Ouro Preto em dezembro de 2021, com quatro participantes
- Mariana em julho de 2022, com onze participantes
- Itabirito em agosto 2022, com quatro participantes

4.4 Grupo focal

Os grupos focais foram preparados de acordo com o objetivo da pesquisa, com os seguintes cuidados: agendamento prévio do local, preparo da sala (iluminação, ventilação, cadeiras e espaço adequado para a realização da técnica de acordo com o número de participantes), manutenção de gravador (aparelho celular), seleção e preparo antecipado do material específico para cada encontro e

organização do ambiente. Os ambientes escolhidos para as sessões grupais eram agradáveis, confortáveis e acolhedores.

No início de cada encontro, foram apresentados os objetivos da pesquisa, a relevância e a garantia do anonimato. Nos encontros grupais os participantes se sentaram em círculo, permitindo a interação face a face, o bom contato visual e, ainda, a manutenção de distâncias iguais entre todos os participantes, estabelecendo o mesmo campo de visão para todos. O observador e o moderador se sentaram em locais dispersos entre os participantes, porém, possíveis de observar a comunicação não-verbal, por meio do olhar, como recomendação da técnica de GF (DALL'AGNOL, 1999; DEBUS, 1997).

O observador que anotou a sua percepção a respeito da participação de cada integrante do grupo focal. O moderador mediou o diálogo estabelecido com as seguintes questões norteadoras:

- 1) Qual é a percepção que vocês relatam sobre os usuários hipertensos. Como um hipertenso se percebe como tal?
- 2) Como os usuários com hipertensão entendem a importância da alimentação no tratamento da hipertensão?
- 3) O que os usuários com hipertensão consideram importante no cuidado adequado da alimentação?
- 4) Qual é o grau de conhecimento que eles possuem em relação a importância de uma alimentação adequada, tanto no tratamento quanto na prevenção da hipertensão?
- 5) O que o serviço de saúde poderia oferecer como alternativa ao que já é oferecido aos usuários com hipertensão para que os mesmos cuidem mais de sua alimentação?

O roteiro das perguntas foi previamente elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa, considerando as questões relacionadas à alimentação e manejo da hipertensão arterial sistêmica.

Durante a realização do grupo focal os participantes tiveram a oportunidade de expressar suas concepções sobre os temas abordados, aprofundando em alguns assuntos e levantando outros temas para discussão.

4.5 Análises dos dados

A análise seguirá as seguintes etapas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados. Os dados foram organizados em categorias temáticas, técnica que compõem a análise de conteúdo (Bardin, 1977).

A pré-análise consistiu em organizar os dados coletados nos grupos focais, realizados com nutricionistas, em que procedeu à transcrição dos gravadores digitais, respeitando os discursos dos sujeitos na íntegra. Os participantes foram referenciados com a letra **N**, numerados em ordem crescente por GF e identificados com a letra inicial de cada cidade, por exemplo, **N1I** referente a uma nutricionista do município de Itabirito ou **N6M** se referindo a alguém de Mariana.

A partir da literatura disponível sobre a temática da pesquisa, foram levantados temas a serem explorados no material, a saber: minimização da gravidade da doença, a necessidade de uma rede de apoio para o tratamento e mudança dos hábitos alimentares, baixo engajamento às estratégias de prevenção, apenas com a estética e não com a saúde e má administração da medicação para HAS. Realizou-se leitura e releituras do material para extração dos dados correspondentes aos referidos temas.

O tratamento dos resultados consistiu em interpretar o conteúdo selecionado para compor cada tema.

5 Resultados e Discussões

As entrevistas foram realizadas com 19 nutricionistas nas cidades de Ouro Preto, Mariana e Itabirito- MG, sendo que 100% dos participantes do grupo focal 100% eram do sexo feminino.

A partir da análise dos relatos, foram identificadas as seguintes categorias temáticas: minimização da gravidade da doença, baixo engajamento às estratégias de prevenção e má administração da medicação para HAS.

5.1 Minimização da gravidade da doença

A HAS é uma doença sem manifestações clínicas precoce, ou seja, assintomática até o surgimento de complicações, dessa forma os pacientes muitas vezes não percebem a importância de manter um tratamento continuado. Ademais, as pessoas com diagnóstico tendem apresentar sentimentos de negação frente à

doença, com conseqüente não-adesão ao tratamento. Dessa forma, é compreensível que um paciente que não se sinta “doente” evite o uso de medicamentos (MANFROI, OLIVEIRA, 2006).

Ele não se percebe como hipertenso. ele fala: “eu tomo medicamento mas não sou hipertenso!” (risos). É uma das coisas que mais a gente escuta né. Às vezes a gente pergunta: ah você tem algum problema de saúde, qual? Aí eles falam: “não, não tenho nenhum problema de saúde!”. E aí quando você vai fazer o levantamento de todos os medicamentos utilizados que você descobre, ele toma vários hipertensivos mas ele não, eu não sou hipertenso! eu tomo meu remédio e minha pressão está controlada!”. Porque na cabeça deles, o hipertenso é só quando a pressão está alta, quando ela está dentro do normal ele não é hipertenso. Mas é aquilo, ele não associa né, que ele tá controlado por causa do tratamento. E isso acontece muito! **(N1I)**

Segundo a percepção de algumas nutricionistas, os usuários não costumam seguir as recomendações médicas por não se aceitarem como hipertensos. Estes costumam relatar que “não se sentem doentes”, por mais que tenham de tomar os medicamentos de forma continuada.

Nos pacientes que eu atendo eu noto que eles NÃO levam em consideração a hipertensão. Quando a gente vai conversar eles nem relatam a hipertensão e isso é identificado ao longo da anamnese, ou pelos medicamentos que são utilizados ou então pelo prontuário e aí depois quando eles eh eh são questionados: “e a sua pressão arterial? Como que ela é?” “aaah eu tenho problema de pressão!!”, aí que eles vão relatar. (risos). Eles não levam em consideração a questão da hipertensão, medicamentos eles acham que se a pressão tá boa não precisa, aí eles reduzem os remédios por conta própria **(N2I)**

Eu não pego pra mim: ele é hipertenso, ele toma remédio e tal... “eu não tenho hipertensão mas eu tomo remédio”. Como se fala, “eu nego a minha doença mas eu uso remédio para controle de pressão!” ... “eu não tenho hipertensão mas eu uso medicamento para controle de pressão”. **(N1I)**

... tinha dezenove participantes, desses dezenove, QUATRO eram ABAIXO de 35 anos. ... Quatro mulheres. AS QUATRO estavam com a pressão acima de 16 por alguma coisa. “Aah, tomou o medicamento hoje?” “Não!” . Aí cê vê a resistência e a revolta de se reconhecer... **(N4M)**

Os relatos ainda mostram que muitos pacientes acreditam que não há nada que se possa fazer para evitar a hipertensão arterial, associando a ideia de estar relacionado à hereditariedade.

Eu acho que talvez eles entendem que se os pais têm então talvez eles também tem. Uma herança genética e essa é a influência só. Por isso que eles têm **(N11M)**.

... tem um jargão assim: “Se lá na frente eu eu sei que vou ter”... se o histórico familiar for forte né. Com muitos casos na família... Então a pessoa fala assim: “eu vou comer enquanto eu posso!” ... **(N11)**.

A persistência do usuário para não desistir do tratamento é talvez uma das batalhas mais complicadas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao usuário com diagnóstico de hipertensão (MANFROI, OLIVEIRA, 2006). O diagnóstico de HAS na maioria das vezes é acompanhado de comorbidades como obesidade, dislipidemia e diabetes, o que acarreta implicações importantes nas ações de cuidado (BRASIL, 2006).

Desse modo, pode-se dizer que é raro encontrar um usuário que foi encaminhado para tratamento nutricional apenas pelo diagnóstico de HAS, pois a procura do acompanhamento nutricional parece ser, quase sempre, por medo de outras complicações.

Acontece de às vezes ter mesmo no encaminhamento ele ter: dislipidemia, diabetes, HIPERTENSÃO. Mas sozinho, isolado... eh, quando tem várias... porque às vezes é o seguinte, “é um paciente que tá muito complicado eu preciso da sua ajuda nutricionista” é assim! Porque se for só a hipertensão, não tá tão complicado assim, então nem encaminha para nutricionista. **(N6M)**

Geralmente com uma complicação não só da pressão, mas às vezes um diabetes que tá já descompensado, geralmente vem bem associado né, o paciente vem associado com hipertensão e diabetes. Um ganho de peso num espaço curto de tempo e aí ele vem já encaminhado com todos esses pontos pra ai sim fazer uma reeducação alimentar, pra tentar fazer algum controle. **(N2I)**

...eles não veem hipertensão ... essa isolada ... Como um grande problema. É certo quando eles são alertados por um outro profissional né, antes de chegar até nós que eles estão na iminência de eles terem consequências no organismo né, principalmente a questão da.. Da insuficiência renal né, e aí ele se veem nessa situação assim... De que estão para desenvolver outras patologias em decorrência de uma hipertensão descompensada . Daí eles chegam até nós já mais interessados no tratamento né, e já mais preocupados. E outros vem como indicação, com encaminhamento de outras patologias. **(N2OP)**

Outro fato interessante sobre a HAS é que muitos usuários não demonstram saber que a hipertensão é um problema pra vida toda, como a diabetes, ou que é tão grave quanto o câncer. A maioria não é capaz de perceber que o tratamento será contínuo durante toda a vida e que a doença não tem cura.

3.2 Baixo engajamento as estratégias de prevenção

A prevenção é a forma mais competente, acessível e compensatória de tratar os agravos da pressão elevada. É imprescindível e engloba, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica (BRASIL, 2013).

Segundo relatos, a maioria dos usuários atendidos acreditam que a hipertensão é algo que irá acometer todas as pessoas, principalmente aquelas com histórico familiar. Assim, as nutricionista percebem que a opção de não realizar o autocuidado e manejar adequadamente os valores pressóricos pode ser estar associada a crença que “ficarão doentes de qualquer forma no futuro”.

É!!! Como se fosse assim... toda criança tem que ter verme então todo mundo tem problema de pressão algum dia. Então, principalmente aqueles que ... que tem uma certa eh eh idade, porque assim, a população que, pelo menos pra mim, de hipertensos é acima de quarenta, cinquenta anos né? Uma vez ou outra aparece uma pessoa mais jovem, né? (várias pessoas confirmaram de fundo com uhum) com problema de pressão. Eeeh... então assim (pensativa), se você tem acima de quarenta é NORMAAL (muita ênfase) ter problema de pressão. **(N1M)**

A mudança no estilo de vida, muitas vezes, é considerada como uma dificuldade pelos usuários com HAS, devido às crenças e aos comportamentos apreendidos e incorporados pelas pessoas na convivência social. Desse modo, se faz necessário entender os motivos que levam o usuário a evitar o autocuidado precoce, reduzindo a prevenção por e considerar as dificuldades encontradas para iniciar com o tratamento (CUNHA et al, 2014).

E tem muito essa questão da sociedade estar muito imediatista né? Não se pensa la no futuro né... “Eu tô me cuidando agora pra daqui cinco, dez anos eu evite um risco maior de adquirir uma hipertensão mesmo que minha genética contribua para!” **(N2I)**

Para o manejo da pressão arterial o autocuidado é imprescindível. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial os hábitos de vida inadequados como a ingestão de bebidas alcoólicas, consumo excessivo de gordura e sal e a ausência da prática de atividades físicas são fortes determinantes no surgimento da HAS, e a prevenção envolve modificações desses hábitos e adoção de modo saudável de vida (MALACHIAS, 2016). Entretanto, os nutricionistas que atuam na APS observam que há uma dificuldade de adesão a um estilo de vida saudável associada a uma crença que o uso de medicamentos seria a solução para controlar os valores pressóricos.

Por se tratar de uma dieta vista como “sem graça”, muitos pacientes colocam o prazer alimentar em primeiro lugar, contrariando os riscos futuros associados à doença . Se alimentar com privação deixa de ser prazeroso e passa a ser um fardo e conseqüentemente o prazer passa a ser substituído pela obrigação (BASTOS et al, 2020), o que reforça a ideia de deixar para depois e aproveitar o agora, comendo livremente e aproveitando “enquanto pode”.

“Eu vou comer enquanto eu posso porque daqui a pouco eu adoço e não posso mais”. (N2I)

É O PRAZER ALIMENTAR QUE FALA MAIS ALTO! É o momentâneo! (N3I)

Promover hábitos saudáveis de vida significa interferir positivamente na qualidade de vida das pessoas e em última instância na concepção de saúde das mesmas (BRASIL, 2006). As ações para o controle e prevenção envolvem medidas que devem abranger o monitoramento da saúde dos indivíduos e da família. O envolvimento familiar são propostas para o auxílio, tratamento e prevenção da HAS (LOPES; MARCON, 2009). As ações de educação em saúde em diversos ambientes e contextos que abordassem a importância de uma alimentação adequada e saudável ajudariam no manejo da HAS (BRASIL, 2014).

N4: Então é um ponto que poderia ser investido mais e aí sim, você já começa sensibilizar desde que a criança está sendo formada ali a ter um bom hábito alimentar e na primeira infância. Pra realmente a gente fazer a prevenção. Que aí as pessoas já vão crescer com essa consciência de que o que ela come interfere diretamente na sua saúde, porque aí ela vai formando dessa forma... Agora quando cê ja pega a pessoa adulta ou idosa, que fez a vida inteira e os pais fez daquele jeito, os avós fizeram daquele jeito, eles tendem a repetir a mesma coisa. (N4I)

As ideias propostas no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (BRASIL, 2014), buscam melhorar o alcance das estratégias de EAN no Brasil por meio de uma educação nutricional que empodere o indivíduo e não apenas dite regras sem levar em conta todos os fatores externos que influenciam as escolhas alimentares de cada um como uma mudança não apenas de comportamento ou atitude, mas como aprendizagem e empoderamento (PERONDI, 2020). Porém, não houveram relatos das nutricionistas sobre estratégias utilizadas em seus atendimentos nem sugestões de novos projetos para implementação.

Observa-se uma carência de estratégias para o aumento da adesão ao acompanhamento nutricional, uma vez que os índices encontrados são considerados muito distantes daqueles indispensáveis para o controle da PA (WEBER et al, 2014).

3.3 A má administração da medicação para HAS

Embora seja bem conhecido que terapias anti-hipertensivas reduzem significativamente os riscos de eventos isquêmicos, a adesão à medicação é baixa até mesmo entre pessoas que sofreram algum evento cardiovascular. É importante reiterar a questão da ausência de sintomas da HAS, por longo período, cerca de 50% a 80% dos pacientes não aderem ao tratamento (DIAS, 2013).

Olha eu acho que a pessoa, ela só trata e tem constância com remédio se aquilo curar uma dor. Não tem uma dor evidente de pressão então ela não tem o compromisso com a medicação. Igual o remédio pra dormir, ninguém fica sem o remédio pra dormir! Mas o da pressão, da glicose fica porque são sintomas não perceptíveis talvez né? **(N10M)**

Hoje mesmo eu atendi uma paciente eh, hipertensa que está extremamente resistente a medicação e falando “ah, mas o médico me passou cinco remédios por dia e eu quero um que eu tome uma vez pela manhã e vai manter minha pressão controlada!”. **(N2I)**

Medidas para manter sob controle os níveis de pressão se constituem nos objetivos do tratamento da HA. No entanto, os usuários tendem a suspender o tratamento não medicamentoso e o medicamentoso e, desse modo, contribuem para o elevado índice de morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares no Brasil e no mundo (BRASIL, 2013). Os usuários com HAS justificam este comportamento com argumentos pessoais, familiares, econômicos, e de relacionamento com os profissionais de saúde que os acompanham (WEBER, et al, 2014). Muitos fármacos, por sua vez, apresentam efeitos adversos, necessitam de horários especiais para as ingestões diárias e representam um custo adicional no orçamento doméstico, fatores que podem dificultar o seguimento do tratamento da HAS (MANFROI, OLIVEIRA, 2006).

Dessa forma, a adesão ao tratamento trata-se de um processo complexo, que não depende somente da orientação do profissional e do fornecimento apropriado dos medicamentos, mas da compreensão e engajamento do indivíduo com a terapia proposta (WEBER, et al, 2014).

... Eles não acham que porque tão tomando remédio é que a pressão está controlada sabe? É o contrário. Ai ele “eu não tenho problema de pressão

né? Eu tomo remédio”. E como ela tá controlada aí eles param de tomar o remédio. Como muitas vezes é assintomático, aí vai ficando esse circo. Sentiu um sintoma: toma um remédio. Tá bem: não toma remédio. Muitas vezes não vão na unidade pra poder tá acompanhando né? Não fazem de vez em quando aferir uma pressão **(N6M)**.

O controle da pressão arterial, além de exigir a participação individual, também precisa da assistência da equipe de saúde, dentro de um trabalho eficiente de controle da HAS, pois os fatores como a cronicidade da doença, juntamente à falta de sintomatologia influenciam e condicionam o processo do controle efetivo dos níveis pressóricos (GEWEHR et al, 2018).

Uma forma de garantir uma maior adesão ao tratamento são as melhorias na integração das equipes multidisciplinares. Apesar de ser bem claro o papel exercido individualmente pelos diferentes profissionais envolvidos, há circunstâncias em que as funções devem ser interdisciplinares e realizadas em conjunto. Isso deve acontecer de maneira natural e gradual, sendo possível somente com a conexão de funções de cada profissional da APS, incluindo o nutricionista, evitando ideias conflitantes possam atrapalhar o processo educativo do paciente (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2017).

Eu acho que uma fala importante delas, que ... precisa ter uma interação maior da equipe multi, sabe. tem locais que essa interação funciona muito bem, mas tem outras que a gente vê que não. e assim, a gente vê que às vezes o paciente dá muita importância pro medico e ele só vai porque tá indo no médico. então eu acho que é importante a gente ter até o apoio do médico mesmo pra poder orientar e esclarecer pro paciente a importância dele ta indo nos outros profissionais ne. fazer esse acompanhamento. eu acho que isso a gente ainda tem que trabalhar muito dentro do município.
(N3I)

A equipe deve usar todos os recursos disponíveis para orientação, educação e motivação, não somente para que não haja interrupção dos medicamentos, mas também para alterar os fatores de risco e, conseqüentemente, aumentar a adesão ao tratamento (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2017).

Para efetuar mudanças no processo de trabalho das equipes, nas práticas de gestão, de atenção e de controle social, é importante estar de acordo com as práticas em vigor do SUS de forma a problematizá-las no trabalho concreto de cada equipe e nos espaços de interação entre elas, a gestão e a comunidade (BRASIL, 2005).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é essencial nesse processo, pois tem o objetivo de possibilitar a construção coletiva em uma relação dialógica e alinhada, em que cada integrante do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis. Logo, a EPS pressupõe a realização de práticas educativas que foquem resolver problemas concretos, em processo de autoavaliação ou discussão em equipe, na concepção de encontrar alternativas de mudanças do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes (MACHADO, WANDERLEY, 2012).

6 Considerações Finais

O presente estudo demonstrou a necessidade de melhorias no atendimento nutricional para que haja uma maior adesão das pessoas com diagnóstico de HAS ao tratamento.

O que se observa é que os grupos para EAN têm sido pouco aplicadas, seja pela cobrança que os profissionais sofrem pelo atendimento individual ou pela dificuldade de adesão da população às atividades em grupo devido à cultura voltada para o processo saúde-doença que visa ações curativas e individuais, ou ainda pela dificuldade em acessar outros colegas para trabalhar a temática de maneira interprofissional.

Foi possível perceber que as atividades realizadas pelos nutricionistas são voltadas para o atendimento individual e para o controle de doenças. Para mudar esse quadro é necessário que o profissional desenvolva a habilidade de escutar o seu paciente, entendendo seu contexto de vida, suas angústias e seus limites ao aderir ao tratamento.

Além disso, também faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções nutricionais de acordo com a realidade e características das pessoas com HAS. Os nutricionistas devem considerar o comportamento alimentar do indivíduo e o ambiente que ele está inserido, reforçando as práticas alimentares saudáveis por meio de ações de EAN para que a mudança de hábitos seja duradoura. Considerando que a alimentação está diretamente relacionada com questões biopsicossociais e culturais, sendo, portanto, necessário que essas abordagens

estejam inseridas no processo educativo, e que ações de EAN sejam realizadas em diferentes contextos e distintas faixas etárias.

Ações como rodas de conversa, oficinas culinárias, minicursos ensinando aos usuários sobre leitura dos rótulos, panfletos explicativos, dentre outros, são exemplos de EAN que podem ser desenvolvidas pelos profissionais em seus locais de atendimento e também para a comunidade.

7 Referências bibliográficas

ANDRADE, João Marcus Oliveira; et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc. saúde colet.* 19 (08), Ago 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013>

BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

BARROSO WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq. Bras. Cardiol.* 2021;116(3):516-658.

BASTOS, M. N. et al. ALIMENTAÇÃO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS: DESAFIOS E RECOMENDAÇÕES. *Educação em Saúde. Revista Revise*, v. 4, n. 00 (2020): O Sistema Único de Saúde na Formação e na Prática Médica, p. 173-191.

BEZERRA, José Arimatea Barros. *Educação alimentar e nutricional: articulação de saberes*. Fortaleza, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). 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. DATASUS. Sistema de Informação – SIAB. Brasília: DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento De Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2012. Disponível em: http://www.ideiasnamesa.unb.br/files/marco_EAN_visualizacao.pdf.

BRICARELLO, Liliana Paula et al. Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1421-1432, 2020.

CAREY et al. Guideline for Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol.*; 201; 23976. 2008.

CAVALCANTI, Euclides F. de A; OLMOS, Rodrigo Diaz. Estudo INTERSALT. *British Medical Journal*. 2009. Disponível em: https://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/2475/estudo_intersalt.htm. Acesso em: 01 de outubro de 2022.

CIRIBELI, Elissama. ANÁLISE DO PERFIL DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO – MINAS GERAIS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Ouro Preto / MG, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9E5ESU/1/monografia_elissama_ciribeli.pdf.

COCA, Alyne Lôdo et al. Consumo alimentar e sua influência no controle da hipertensão arterial de adultos e idosos de ambos os sexos em uma unidade básica de saúde em Dourados – MS. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 244-257, maio/ago. 2010. Disponível em: www.upf.br.

CUNHA, Alessandra Flores da; et al. O AUTOCUIDADO DO ADULTO HIPERTENSO. RIES, ISSN 2238-832X, Caçador, v.3, n.1, p. 55-71, 2014.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 35, no . 4, de 2006.

DANSINGER, M.L. et al. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers and Zone Diets for Weight Loss and Heart Disease Risk Reduction. A Randomized Trial. Journal of American Medical Association, v.293, n.1, p.43-53, 2005.

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. 2020. Disponível em: [ttp://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10mg.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10mg.def). Acesso em: 14 de outubro de 2022.

DIAS, Guilherme Moreira. Abordagem da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em atenção primária à saúde. Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2013.

FERTONANI, Hosanna Patrig; et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Temas Livres. Ciênc. saúde coletiva 20(6), 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

GEUS, L.M.M. et al.; importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 1, p. 797-804, 2011.

GEWEHR, Daiana Meggiolaro; et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate** 42 (116). Jan-Mar 2018. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>>.

GIROTTTO, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Jun 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=en&nrm=iso.

KALIL, Cozer Claudia. Hospital Sírio-Libanês. Hipertensão e obesidade. Entenda a relação entre estes dois problemas, 2021. Disponível em <www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/hipertensao-obesidade-relacao-problemas.aspx>.

GONÇALVES, Vivian Siqueira Santos et al. Prevalência de hipertensão arterial entre adolescentes: revisão sistemática e metanálise. Revista de Saúde Pública, v. 50, 2016.

GONÇALVES, Vivian Siqueira Santos et al. Prevalência de hipertensão arterial entre adolescentes: revisão sistemática e metanálise. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, 2016.

GRAVINA, Claudia F.; GRESPAN, Stela Maris; BORGES, Jairo L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. *Rev bras hipertens*, v. 14, n. 1, p. 33-6, 2007.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.64(6). Dez 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600008>>.

JANINI JP, et al. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúd Debat* 2015; 39 (105): 480-490.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; MARCON, Sonia Silva. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2009; 43(2): 343-50.

MACHADO JC, COTTA RMM, MACHADO TR, SILVA LS. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Ciência Saúde Colet*; 21 (2): 611-620.

MACHADO, Adriana Germano Marega; WANDERLEY, Luciana Coutinho Simões. Educação em Saúde. 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf.

MALACHIAS, M. V. B.; et al. 7a Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, 2016; 107(3):1-103.

MALTA DC et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:1-10.

MANFROI, Angélica; OLIVEIRA, Francisco Arsego de. 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, nº 7, out / dez 2006. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/52/pdf>>.

MARIANA. Dados demográficos, 2022. Disponível em: <https://www.mariana.mg.gov.br/dados-demograficos>. Acesso em: 3 de outubro de 2022.

Margetts BM, Beilin LJ, Vandongen R, Armstrong BK. Vegetarian diet in mild hypertension: a randomised controlled trial. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986 Dec

6;293(6560):1468-71. doi: 10.1136/bmj.293.6560.1468. PMID: 3026552; PMCID: PMC1342239. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1342239/>>.

MATTA, Gustavo Corrêa. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. ATENÇÃO À SAÚDE. Dicionário da educação profissional em saúde. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>.

MENDES, Cláudia Rayanna Silva; et all. Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na atenção primária de saúde. Rev Rene. 2016 jan-fev; 17(1):52-9. Fortaleza, Brasil. Disponível em: www.revistarene.ufc.br.

MIRANDA, R. D.; STRUFALDI, M. B. Tratamento não medicamentoso: dieta DASH. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. Hipertensão. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

FALKENBERG, Mirian Benites; et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva 19 (03) • Mar 2014 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

MOROSINI MV, Fonseca AF, Pereira I. Educação em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 155-162.

NUNES, Fernanda de Souza. O EXCESSO DE SÓDIO NA ALIMENTAÇÃO E O RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. UNIDADE DIDÁTICA – PEDAGÓGICA DE CIÊNCIAS. CURITIBA 2016. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernos/pde/pdebusca/producoes_pde/2016/2016_pdp_cien_ufpr_fernandadesouzanunes.pdf.

OLOS, Rodrigo Díaz; BENSEÑOR, Isabela M. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. Rev Bras Hipertens vol 8(2): abril/junho de 2001.

OMS. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf>. Acesso em: 17 de outubro de 2022.

OPAS. Dia Mundial da Hipertensão 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-da-hipertensao-2022>. Acesso em: 07 de outubro de 2022.

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-tem-mais-700-milhoes-pessoas-com-hipertensao-nao-tratada>. Acesso em: 17 de outubro de 2022.

PERONDI, C.; MACHADO, C. L. B. . ANÁLISE DE PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL COM GRUPOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB À ÓTICA DE PAULO FREIRE. Saberes Plurais: Educação na Saúde, [S. l.], v. 6, n. 1 (supl.), p. 88, 2022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/122385>. Acesso em: 13 nov. 2022.

PINHEIRO, A.R.O.; MACHADO, N.M.V.; VITERITTE, P.L.; SILVA, D.A.C. Nutrição em saúde Pública: Os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Revista eletrônica Tempus, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: <http://164.41.105.3/portalnesp/ojs2.1.1/index.php/tempus>.

PNS, Pesquisa Nacional de Saúde. Painel de Indicadores de Saúde. Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>. Acesso em: 15 de outubro de 2022.

REZENDE, Ana Maria Bartels. 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.

ROUSE IL et al. Blood-pressure-lowering effect of a vegetarian diet: controlled trial in normotensive subjects. Lancet 1: 5-10, 1983.

ROUSE IL, Beilin LJ, Armstrong BK, Vandongen R. Blood-pressure-lowering effect of a vegetarian diet: controlled trial in normotensive subjects. Lancet. 1983 Jan 1;1(8314-5):5-10. doi: 10.1016/s0140-6736(83)91557-x. PMID: 6129380. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6129380/>> .

SANTOS, Joene Vitória Rocha et al. A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO BÁSICA. SOCIEDADE 5.0: EDUCAÇÃO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E AMOR. RECIFE. II COINTER PDVS 2020.

SANTOS, Joene Vitória Rocha; et al. A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO BÁSICA. SOCIEDADE 5.0: EDUCAÇÃO, CIÊNCIA, SCHALL, Virgínia T. S; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública 15 (supl 2), 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600001>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA – HIPERTENSÃO E DIABETES. Vitória, Julho 2017. Disponível em:

[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Linha_de_Cuidado_Hipertens%C3%A3o_e_Diabetes%2012_07%20\(2\)%20\(1\).pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Linha_de_Cuidado_Hipertens%C3%A3o_e_Diabetes%2012_07%20(2)%20(1).pdf).

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Linha de cuidado - Hipertensão e Diabetes. Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção à Saúde. Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde. Núcleo Especial de Atenção Especializada. Rede Estadual de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Vitória, 2017. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Rede%20Cuidar/Linha_de_Cuidado_Hipertens%C3%A3o_e_Diabetes.pdf>.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. REDE SUS ITABIRITO. XI Conferência Municipal de Saúde. Itabirito, 2017. Disponível em: <https://www.itabirito.mg.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/Apresenta-o-Rede-SUS-Itabirito-ilovepdf-compressed-1.pdf>.

SILVA, Elcimary Cristina; et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. Rev. bras. epidemiol. 19 (01) . Jan-Mar 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010004>.

SOUZA, Jaqueline Miranda de Souza. Benefícios da dietoterapia em pacientes com hipertensão arterial. Bacabal, 2020. Disponível em: https://repositorio.pgsskroton.com/bitstream/123456789/35447/1/JACQUELINE_ATIVIDADE+3.pdf.

TECNOLOGIA E AMOR. RECIFE. II COINTER PDVS 2020. Disponível em: <https://cointer.institutoidv.org/smart/2020/pdvs/uploads/539.pdf>.

TEIXEIRA, Diogene Dias. PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL NOS PACIENTES HIPERTENSOS DO PSF SANTO ANTÔNIO – MARIANA/MG. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Belo Horizonte / MG, 2015.

TEIXEIRA, Priscila Dryelle Sousa e et all. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. Ciência e saúde coletiva. 2013. Disponível em: <www.scielo.org>.

WEBER, Débora; Oliveira, Karla Renata de; COLET, Christiane de Fátima. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol. 21(2):114-121, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881424/rbh-v21n2_114-121.pdf>.

8 Anexos

Anexo I

APÊNDICE II - TCLE - NUTRICIONISTAS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO ESCOLA DE NUTRIÇÃO
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA E SOCIAL

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) Oficinas para conhecer as percepções do profissional nutricionista da Atenção Primária à Saúde sobre a importância da alimentação para o controle e tratamento da pressão alta. A metodologia das oficinas prioriza o protagonismo dos

participantes e serão norteadas pelos pressupostos pedagógicos da educação crítica, em especial: o diálogo, a problematização e a construção coletiva de conhecimentos.

No final do estudo, ou assim que disponível, você será informado sobre seus resultados da oficina. 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 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.

Serão utilizados recursos de filmagem, fotos e gravações, cuja autorização será solicitada previamente ao participante. Os participantes que não autorizarem o uso da imagem e fala terão a garantia que seus dados não serão utilizados na pesquisa e/ou divulgados publicamente.

A participação nesta pesquisa pode envolver os seguintes riscos: constrangimento ao dialogar; constrangimento ao interagir com estranhos; constrangimento ao compartilhar informações; cansaço ao dialogar; invasão de privacidade e quebra de anonimato. Para evitar intercorrências e minimizar os riscos, a equipe será devidamente treinada para o trabalho de campo; a equipe trabalhará de forma ética; será garantido local com ambiente agradável, ergonômico, confortável, bem ventilado e de fácil acesso para realização das oficinas; garantida a liberdade para não responder questões; os participantes poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Destaca-se que no presente estudo, as técnicas de coleta de dados não utilizam procedimentos invasivos.

Todos os procedimentos serão gratuitos e não haverá nenhum tipo de remuneração para sua participação. As oficinas serão realizadas na Unidade Básica de Saúde ou em outro espaço cedido pelo serviço de saúde ou comunidade. 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 – 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

Os Comitês de Éticas 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. Afirmo 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 ou (31) 3559-1418

Anexo II –

Folder de cuidados com a hipertensão

Orientações para pessoas com **HIPERTENSÃO**

Fique atento às informações e cuide-se

Mantenha uma alimentação saudável

Diminua o sal da comida: Use no máximo 1 colher de chá para toda a alimentação diária. Retire o saleiro da mesa e use temperos naturais, como limão, cebola, alho e cheiro verde.



Controle o estresse!

Descubra uma atividade que lhe dê prazer. Ler um livro, pintar um quadro, participar de atividades sociais ou de grupos de relaxamento são ocupações que geram bem-estar.



Não fume e diminua o consumo de Álcool

Depois da hipertensão, o fumo é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas eleva a pressão arterial. Por isso, diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas



Tenha uma vida mais ativa

Faça regularmente algum exercício físico, como uma caminhada de, no mínimo, 30 minutos todos os dias ou, pelo menos, quatro vezes por semana. Os melhores exercícios para os hipertensos são caminhar, nadar, correr e andar de bicicleta.



Realização:

