



Conhecimento de recomendações nutricionais por outros profissionais da Estratégia Saúde da Família

Knowledge on nutritional recommendations by other professionals of the Family Health Strategy

Conocimiento de recomendaciones nutricionales de otros profesionales de la Estrategia Salud de la Familia

Getúlio Vasconcelos Fiuza 

Universidade de Fortaleza - Fortaleza (CE) - Brasil

Adriano Pereira Alencar 

Universidade de Fortaleza - Fortaleza (CE) - Brasil

Brena Barreto Barbosa 

Universidade Estadual do Ceará - Fortaleza (CE) - Brasil

Antônio Augusto Ferreira Carioca 

Universidade de Fortaleza - Fortaleza (CE) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre as orientações nutricionais para diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). **Métodos:** Estudo transversal e descritivo realizado com 67 médicos e enfermeiros de 11 Unidades de Atenção Primária à Saúde da Regional II do município de Fortaleza, Ceará, entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020. Foram incluídos profissionais contratados, concursados ou participantes de programas de educação em serviço, aplicando-se um questionário fechado do tipo *Likert*, elaborado pelos pesquisadores, contendo 29 questões relacionadas às recomendações nutricionais das sociedades de referência em DM2 e HAS, e do Guia Alimentar para a População Brasileira. A análise dos dados ocorreu de forma descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas e teste qui-quadrado. **Resultados:** A concordância com as diretrizes nutricionais das sociedades de referência de DM2 e HAS pelos profissionais foi de 17,9% (n=12) para a proporção de carboidratos na dieta do paciente diabético; 22,4% (n=15) para o consumo de café e controle da pressão arterial; 34,3% (n=23) para o consumo de açúcar pelo diabético e 37,3% (n=25) para o consumo de leite e controle da pressão arterial. Em relação às orientações do guia alimentar, a totalidade (n=67) dos entrevistados concordou que os alimentos ultraprocessados devem ser evitados, e que deve haver regularidade e atenção no consumo das refeições. **Conclusão:** Os profissionais apresentaram conhecimento insuficiente a respeito das recomendações nutricionais estabelecidas pelas principais sociedades nacionais e internacionais de DM2 e HAS.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Recomendações Nutricionais; Diabetes *Mellitus*; Hipertensão.

ABSTRACT

Objective: To analyze the knowledge of doctors and nurses from the Family Health Strategy on nutritional guidelines for type 2 diabetes mellitus (DM2) and systemic arterial hypertension (SAH). **Methods:** Cross-sectional and descriptive study was carried out with 67 physicians and nurses from 11 Primary Health Care Units in Regional II in the city of Fortaleza, Ceará, between December 2019 and January 2020. service, applying a closed Likert-type questionnaire, prepared by the researchers, containing 29 questions related to the nutritional recommendations of reference societies in DM2 and SAH, and the Food Guide for the Brazilian Population. Data analysis was descriptive, using absolute and relative frequencies and the chi-square test. **Results:** The agreement of the nutritional guidelines of the reference societies of DM2 and SAH by the professionals was 17.9% (n=12) for the proportion of carbohydrates in the diabetic patient's diet; 22.4% (n=15) for coffee consumption and blood pressure control; 34.3%



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 25/06/2020

Aceito em: 02/03/2021

(n=23) for the consumption of sugar by the diabetic and 37.3% (n=25) for the consumption of milk and blood pressure control. Regarding the guidelines of the Food Guide, all (n=67) of the interviewees agreed that ultra-processed foods should be avoided and that there should be regularity and attention in the consumption of meals. **Conclusion:** The professionals showed a lack of knowledge about the nutritional recommendations established by the main national and international societies of DM2 and SAH.

Descriptors: Family Health Strategy; Nutritional Recommendations; Diabetes Mellitus; Hypertension.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el conocimiento de médicos y enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia sobre las orientaciones nutricionales de la Diabetes Mellitus del tipo 2 (DM2) y la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS). **Métodos:** Estudio transversal y descriptivo realizado con 67 médicos y enfermeros de 11 Unidades de Atención Primaria de Salud de la Regional II del municipio de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre diciembre de 2019 y enero de 2020. Se ha incluido los profesionales contratados, los concursantes o los participantes de programas de educación en servicio aplicándose un cuestionario cerrado del tipo Likert elaborado por los investigadores con 29 preguntas relacionadas con las recomendaciones nutricionales de las sociedades de referencia en DM2 y HAS, y del Guía Alimentario para la Población Brasileña. El análisis de los datos se dio de modo descriptivo utilizándose las frecuencias absolutas y relativas y la prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** La concordancia con las directrices nutricionales de las sociedades de referencia de DM2 y HAS por los profesionales ha sido del 17,9% (n=12) para la proporción de carbohidratos de la dieta del paciente diabético; el 22,4% (n=15) para el consumo de café y el control de la presión arterial; el 34,3% (n=23) para el consumo de azúcar por el diabético y el 37,3% (n=25) para el consumo de la leche y el control de la presión arterial. Respecto las orientaciones de la guía alimentaria, la totalidad (n=67) de los entrevistados estuvo de acuerdo de que se debe evitar a los alimentos ultra procesados y tener regularidad y atención con el consumo de las comidas. **Conclusión:** Los profesionales presentaron conocimiento insuficiente respecto las recomendaciones nutricionales establecidas por las principales sociedades nacionales e internacionales de DM2 y HAS.

Descriptores: Estrategia de Salud Familiar; Ingesta Diaria Recomendada; Diabetes Mellitus; Hipertensión.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da década de 80 do século passado, houve uma transição de magnitude de causas parasitárias e infecciosas para causas referentes às doenças crônicas não transmissíveis^(1,2). A diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se destacam como relevantes doenças crônicas cujas consequências são desfechos desfavoráveis ao sistema cardiocirculatório, contribuindo para que doenças cardiovasculares apareçam como uma das causas mais importantes de morbimortalidade no país^(3,4). Para reduzir o impacto dessas questões e prevenir a sua expansão, torna-se fundamental o investimento em medidas de controle pelo sistema de saúde, além da educação permanente dos profissionais que atuam diretamente nessa linha de cuidado⁽⁵⁾.

Periodicamente, sociedades científicas em todo o mundo divulgam diretrizes em relação à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças, a fim de que as mais atualizadas informações científicas, obtidas de variados estudos, possam ser utilizadas pela comunidade médica e demais profissões da saúde⁽⁶⁾. As diretrizes nacionais e internacionais que norteiam o manejo da HAS e da DM2 focam em duas vertentes principais na sua condução: tratamento medicamentoso e não medicamentoso^(7,8). Este último, relacionado a modificações no estilo de vida, como orientações nutricionais para mudanças na alimentação, prática de atividade física diária e incentivo à cessação do tabagismo⁽⁹⁾.

O conhecimento dessas orientações pelos profissionais que trabalham com o público que possui DM2 e HAS é importante, uma vez que podem proporcionar condutas mais atualizadas e fundamentadas cientificamente⁽¹⁰⁾. Recomendações de modificação de hábitos de vida, inclusive alimentares, devem fazer parte da consulta desses indivíduos de forma sistemática, para que haja efetividade de tratamento⁽¹⁾.

Os profissionais da Atenção Básica à Saúde ocupam posição de relevância na condução desses casos, pois atuam na porta de entrada desses usuários ao sistema de saúde, em que a maioria deles permanece em acompanhamento rotineiro. Portanto, devem estar preparados para a identificação de condutas alimentares inadequadas e para a realização das orientações pertinentes à alimentação que contribuam para o adequado controle metabólico e que evitem evolução das morbidades e suas complicações⁽¹¹⁾.

O nutricionista ocupa uma posição de destaque na condução desses casos, pois é o único profissional que, em sua formação acadêmica, adquire o conhecimento específico que lhe permite propor orientações nutricionais

adequadas à realidade de cada família⁽¹²⁾. A inserção desse profissional na Atenção Primária à Saúde, que se consolidou através da criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008⁽¹³⁾, atual Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)⁽¹⁴⁾, proporcionou ampliação das ações de alimentação e nutrição na promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças, além do aumento do número de nutricionistas atuantes na Atenção Básica à Saúde, ainda que a presença dessa categoria se mostre insuficiente diante da alta demanda existente em diversas regiões do Brasil⁽¹⁵⁾.

Os profissionais não nutricionistas, notadamente médicos e enfermeiros inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), podem não estar seguros das orientações nutricionais prestadas durante as consultas, pois consideram sua formação deficiente em aspectos relacionados à alimentação e nutrição, e, quando não há nutricionista na unidade de saúde, são esses os profissionais que realizam as orientações dietéticas⁽¹²⁾. O interesse pela pesquisa surgiu a partir da observação de que muitos pacientes, sobretudo aqueles com descontrole glicêmico, metabólico e/ou dos níveis de pressão arterial, apresentam pouco conhecimento sobre outros elementos importantes da terapia, com destaque para a alimentação^(16,17).

O conhecimento do conteúdo das orientações nutricionais prestadas por profissionais não nutricionistas aos pacientes com DM2 e HAS durante as consultas de rotina possibilitará propor melhorias na educação permanente desses profissionais, para que haja sempre a propagação das mais recentes evidências científicas em relação à educação alimentar e nutricional, com contribuição decisiva na melhora do controle metabólico e na qualidade de vida dos pacientes assistidos. Com isso, o objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre as orientações nutricionais para DM2 e HAS.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal e descritivo, realizado de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Regional II do município de Fortaleza, Ceará, Brasil, capital do estado do Ceará, que possui aproximadamente 2,6 milhões de habitantes e, no decurso da pesquisa, dividia-se em sete regiões administrativas, gerenciadas pelas Secretarias Executivas Regionais (SER), constituídas por bairros com proximidade geográfica e características socioeconômicas em comum. A regional cenário deste estudo apresentava uma população de 363.406 habitantes, distribuída em 21 bairros, abrangendo 11 UAPS, formadas pela equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde para a composição da ESF⁽¹⁸⁾. Vale ressaltar que nenhuma das unidades dessa regional contava com o apoio do profissional nutricionista.

A amostra foi constituída por 29 médicos e 38 enfermeiros que atuam na assistência aos usuários de saúde com diagnósticos de HAS e DM2 nas referidas UAPS. Foram incluídos profissionais contratados, concursados ou participantes de programas de educação em serviço (residências e especializações). Não se levou em consideração vínculo empregatício (concurso público ou contrato temporário), tempo de serviço ou tempo de formação.

A obtenção das informações se deu por meio da aplicação, em local reservado, de um questionário estruturado por pesquisadores treinados (acadêmicos de nutrição) contendo questões relacionadas ao conteúdo das orientações nutricionais prestadas durante as consultas. Trata-se de um questionário fechado, elaborado pelos pesquisadores, contendo 29 questões avaliadas em escala do tipo *Likert*, com cinco opções de resposta: “concordo totalmente”, “concordo parcialmente”, “não concordo nem discordo”, “discordo parcialmente” e “discordo totalmente”. O mesmo instrumento abordou temas relacionados às recomendações nutricionais para DM2 e HAS de diretrizes nacionais^(7,8,19) e internacionais^(20,21) (Quadros I e II).

Para fins de análise, considerou-se acerto de questão quando os profissionais referiram “concordo totalmente” ou “concordo parcialmente” as afirmações das recomendações. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas. A análise de associação (teste qui-quadrado) foi realizada no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Este trabalho foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor) e da Prefeitura Municipal de Fortaleza (Parecer n.º 3.645.100). Os médicos e enfermeiros participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quadro I - Recomendações nutricionais atuais de sociedades científicas para diabetes e hipertensão arterial.

<p>Não existem evidências que estabeleçam uma proporção específica de carboidratos para indivíduos com diabetes. As recomendações desse macronutriente são semelhantes às definidas para a população geral.</p>
<p>A monitoração da quantidade de carboidratos das refeições é estratégia útil para melhorar os níveis glicêmicos pós-prandiais.</p>
<p>Sacarose e alimentos contendo sacarose não são proibidos para indivíduos com diabetes, uma vez que não aumentam a glicemia mais do que outros carboidratos, quando ingeridos em quantidades equivalentes. Dessa forma, a sacarose pode ser inserida no contexto de uma alimentação saudável.</p>
<p>As recomendações apontam para aumento do consumo de fibras pela população com DM2 (cerca de 30 a 50g por dia) em comparação com a população geral.</p>
<p>As fibras alimentares consumidas atuam de maneira diversa no controle do diabetes. As solúveis apresentam efeitos benéficos na glicemia e no metabolismo dos lipídios, enquanto as insolúveis agem contribuindo para a saciedade e para o controle de peso. Além disso, ambas atuam na preservação da saúde intestinal.</p>
<p>A quantidade de ácido graxo saturado, com o objetivo de reduzir o LDL-C em indivíduos com alto risco cardiovascular, deve ser <6% do total de calorias. A restrição de ácido graxo saturado também pode reduzir as concentrações do colesterol da lipoproteína de alta densidade (HDL-C), mas, em razão de sua efetividade em reduzir as concentrações de LDL-C, segue-se essa recomendação.</p>
<p>Para indivíduos com diabetes, a recomendação é de <300 mg de colesterol alimentar/dia, evitando-se ao máximo o consumo de gordura trans.</p>
<p>Uma dieta rica em ácido graxo monoinsaturado promove o controle glicêmico e reduz marcadores de risco cardiovascular.</p>
<p>Não há evidências de que a ingestão proteica usual para a maioria dos indivíduos (1 a 1,5g por kg de peso corporal/dia), representando 15 a 20% da ingestão total de energia, precise ser modificada para aqueles com diabetes e função renal preservada.</p>
<p>Indivíduos com diabetes devem ter um plano alimentar variado, com o consumo mínimo de duas a quatro porções de frutas, sendo pelo menos uma rica em vitamina C (frutas cítricas).</p>
<p>A redução moderada de peso, definida como a redução sustentada de 5% do peso corporal inicial, melhora o controle glicêmico e ameniza a necessidade de medicamentos que diminuem a glicose.</p>
<p>É consenso a importância de incentivar o consumo de carboidratos a partir de vegetais, frutas, grãos integrais, legumes e produtos lácteos.</p>
<p>Para indivíduos com diabetes, deve-se limitar o consumo de sódio em <2.300 mg/dia, embora restrição adicional possa ser indicada àqueles com hipertensão arterial e diabetes.</p>
<p>As mesmas precauções direcionadas à população em geral sobre o consumo de álcool aplicam-se aos indivíduos com diabetes. O álcool afeta a alimentação e a glicemia, prejudicando o controle do DM2. Para adultos com diabetes, a ingestão diária de álcool deve ser limitada a uma dose ou menos para mulheres e a duas doses ou menos para homens. Entende-se por uma dose 150mL de vinho (uma taça), 360mL de cerveja (uma lata pequena) ou 45mL de destilados (uma dose com dosador-padrão), medida equivalente a 15g, em média, de etanol.</p>
<p>O aumento do peso está diretamente relacionado ao aumento da pressão arterial.</p>
<p>A dieta DASH (<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>) enfatiza o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas; preconiza a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. Ela é rica em potássio, cálcio, magnésio e fibras, e contém quantidades reduzidas de colesterol, gordura total e saturada. A adoção desse padrão alimentar reduz a pressão arterial.</p>
<p>O limite de consumo diário de sódio em 2,0g está associado à diminuição da pressão arterial.</p>
<p>Os ácidos graxos ômega-3 provenientes dos óleos de peixe (eicosapentaenoico – EPA e docosahexaenoico - DHA) estão associados com redução modesta da pressão arterial.</p>
<p>A ingestão de fibras promove discreta diminuição da pressão arterial, destacando-se a beta glucana proveniente da aveia e da cevada.</p>
<p>Existem evidências de que a ingestão de laticínios, em especial os com baixo teor de gordura, reduz a pressão arterial. O leite contém vários componentes, como cálcio, potássio e peptídeos bioativos, que podem diminuir a pressão arterial.</p>
<p>O café, apesar de rico em cafeína, substância com efeito pressor agudo, possui polifenóis que podem favorecer a redução da pressão arterial. Estudos recentes sugerem que o consumo de café em doses habituais não está associado com maior incidência de hipertensão arterial nem com elevação da pressão arterial. Recomenda-se que o consumo não exceda quantidades baixas a moderadas.</p>
<p>O consumo habitual de álcool eleva a pressão arterial de forma linear e o consumo excessivo associa-se com aumento na incidência de hipertensão arterial.</p>

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019)⁽⁷⁾; 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016)⁽⁸⁾; *American Diabetes Association* (2020)⁽²⁰⁾; *American Heart Association* (2019)⁽²¹⁾

Quadro II - Dez passos para uma alimentação adequada e saudável propostos pelo novo Guia Alimentar para a População Brasileira.

Fazer de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados a base da alimentação.
Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcares em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e preparações culinárias.
Limitar o consumo de alimentos processados.
Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.
Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados, e sempre que possível com companhia.
Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados.
Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.
Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.
Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.
Ser crítico quanto às informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira (2014)⁽¹⁹⁾

RESULTADOS

Do total de entrevistados (n=67), predominou o sexo feminino (82,1%; n=55), com faixa etária acima dos 35 anos (58,2%; n=39) e os que tinham a enfermagem como profissão (56,7%; n=38). A maioria dos participantes possuía mais de 15 anos de formação (52,2%; n=35), concluiu a graduação em universidade pública (55,2%; n=37), tinha menos de 10 anos no serviço (50,5%; n=34) e atuava em regime estatutário (50,7%; n=34). A maior parte das unidades de atuação dos profissionais contava com mais de cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (52,2%; n=35) (Tabela I).

Tabela I - Descrição da amostra de profissionais da saúde na atenção básica em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Regional II do município de Fortaleza, Ceará, 2020.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	12	17,9
Feminino	55	82,1
Profissão		
Médico	29	43,3
Enfermeiro	38	56,7
Faixa etária		
< 35 anos	28	41,8
≥ 35 anos	39	58,2
Tempo de formado		
< 15 anos	32	47,8
≥ 15 anos	35	52,2
Local da formação		
Universidade pública	37	55,2
Universidade privada	30	44,8
Tempo de UBS		
< 10 anos	34	50,7
≥ 10 anos	33	49,3
Vínculo empregatício		
Estatutário	34	50,7
Contratado	23	34,3
Residente	10	14,9
Número de equipes		
< 5	35	52,2
≥ 5	32	47,8

Em relação ao conteúdo das orientações realizadas, do total de entrevistados, 98,5% (n=66) já abordaram a redução do peso como fator de controle de hipertensão e diabetes, 85,1% (n=57) incentivaram o consumo de frutas e legumes, ao passo que 74,6% (n=50) fizeram orientações referentes ao consumo de gorduras pela população atendida. O consumo de sal e açúcar foi mencionado como parte das orientações por 77,6% (n=52) dos profissionais (Tabela II).

Tabela II - Conteúdo das orientações prestadas durante as consultas de diabéticos e hipertensos em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Regional II do município de Fortaleza, Ceará, 2020.

Conteúdo das orientações	n	%
Redução de peso	66	98,5
Consumo de frutas	57	85,1
Consumo de gorduras	50	74,6
Consumo de carboidratos	49	73,1
Ingestão hídrica	46	68,7
Consumo de açúcar simples	52	77,6
Consumo de legumes	57	85,1
Consumo de bebida alcoólica	35	52,2
Consumo de sal	52	77,6
Consumo de peixes	32	47,8

Quanto às respostas dos participantes às questões aplicadas, destaca-se o baixo percentual de acerto acerca da proporção de carboidratos na dieta do paciente diabético (17,9%; n=12). Ainda em relação a esse macronutriente, a maioria (97,0%; n=65) concordou que a restrição da quantidade por refeição favorece o controle dos níveis plasmáticos de glicose no paciente diabético. Uma menor parte (34,3%; n=23) reconheceu que a sacarose e alimentos que a contenham não são proibidos para esses pacientes.

A respeito do consumo de gorduras por indivíduos com DM2, 43,3% (n=29) dos entrevistados confirmaram que deve haver restrição do consumo de gorduras saturadas a menos de 6% do total de calorias diárias, como forma de reduzir o colesterol LDL em situações de alto risco cardiovascular. Quanto à ingestão de colesterol, 41,8% (n=28) concordou que o consumo deve ser limitado a menos de 300 mg/dia.

Em relação ao consumo de alimentos e ao controle da pressão arterial, pouco mais de um terço dos profissionais (37,3%; n=35) reconheceu que o leite contém componentes que podem reduzir a pressão arterial, e uma porcentagem ainda menor (22,4%; n=15) confirmou que a ingestão de café pode favorecer a redução dos níveis pressóricos.

Os maiores percentuais de acerto foram identificados para o reconhecimento das recomendações do novo Guia Alimentar para a População Brasileira. Todos os entrevistados consideraram que os alimentos ultraprocessados devem ser evitados e que as refeições feitas em horários semelhantes todos os dias e consumidas com atenção favorecem a digestão dos alimentos, evitando o consumo exagerado de calorias. A quase totalidade da amostra (95,5%; n=64) reconheceu que a regra de ouro do novo guia é a recomendação de preferir sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados, e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados (Tabela III). Não houve associação entre as características sociodemográficas e profissionais com o conhecimento sobre recomendações nutricionais ($p>0,05$).

Tabela III - Percentual de acertos dos profissionais de saúde de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Regional II do município de Fortaleza relativo às recomendações nutricionais presentes nos documentos nacionais e internacionais. Fortaleza, Ceará, 2020.

Questões sobre recomendações nutricionais	n	%
Questão 1. Proporção de carboidratos	12	17,9
Questão 2. Quantidade de carboidrato e controle glicêmico	65	97,0
Questão 3. Consumo de açúcar pelo diabético	23	34,3
Questão 4. Consumo de fibras pelo diabético	52	77,6
Questão 5. Consumo de fibras solúveis pelo diabético	58	86,6
Questão 6. Consumo de fibras insolúveis pelo diabético	58	86,6
Questão 7. Consumo de gordura saturada pelo diabético	29	43,3
Questão 8. Consumo de colesterol pelo diabético	28	41,8
Questão 9. Consumo de gordura monoinsaturada pelo diabético	53	79,1
Questão 10. Consumo de proteínas pelo diabético	36	53,7
Questão 11. Redução do peso e controle glicêmico	58	86,6
Questão 12. Qualidade do carboidrato	59	88,1
Questão 13. Consumo de frutas pelo diabético	60	89,6
Questão 14. Consumo de sódio para diabéticos	45	67,2
Questão 15. Consumo de álcool e controle glicêmico	34	50,7
Questão 16. Relação aumento de peso/aumento de pressão arterial	51	76,1
Questão 17. Adoção da dieta DASH*	58	86,6
Questão 18. Relação consumo de sódio e pressão arterial	55	82,1
Questão 19. Consumo de leite e pressão arterial	25	37,3
Questão 20. Consumo de café e pressão arterial	15	22,4
Questão 21. Consumo de álcool e pressão arterial	55	82,1
Questão 22. Consumo de ômega 3 e pressão arterial	55	82,1
Questão 23. Consumo de fibras e pressão arterial	48	71,6
Questão 24. Consumo de alimentos processados	63	94,0
Questão 25. Consumo de alimentos ultraprocessados	67	100,0
Questão 26. Consumo de alimentos <i>in natura</i>	64	95,5
Questão 27. Regularidade e atenção no consumo das refeições	67	100,0
Questão 28. Refeições em companhia	62	92,5
Questão 29. Definição de alimentos minimamente processados	55	82,1

*: Dieta DASH: *Dietary Approaches to Stop Hypertension*

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre as orientações nutricionais para DM2 e HAS. Observou-se que os principais conteúdos abordados foram perda de peso e consumo de frutas e legumes. De modo geral, os profissionais não reconheceram algumas das diretrizes nutricionais relacionadas ao consumo de carboidratos, sacarose, gordura, leite e café. Entretanto apresentaram altos percentuais de acerto a respeito das recomendações do novo Guia Alimentar para a População Brasileira⁽¹⁹⁾.

A insuficiência do conhecimento de informações acerca das orientações sobre alimentação e nutrição por profissionais da saúde observadas neste estudo tem repercussão não apenas no manejo das doenças crônicas não transmissíveis em questão, mas também na sua incidência, porque é na atenção básica que a prática de atividades de promoção da saúde pode exercer maior efeito na identificação precoce e consequente prevenção dessas doenças^(22,23).

Apesar das recomendações nutricionais fazerem parte do processo de tratamento de diversas condições de saúde, nem sempre o público tem acesso a essas informações de forma habitual e adequada. Estudos que investigaram as orientações para alimentação saudável concedidas para usuários da Atenção Primária à Saúde no

Brasil apontaram prevalência de apenas 20 a 42% de pessoas que receberam algum conselho nutricional nesse ambiente^(24,25). Além do alcance, torna-se necessário avaliar o conteúdo dessas informações prestadas, visto que, na maioria das vezes, são concedidas por médicos ou enfermeiros, profissionais que tradicionalmente têm a sua formação curricular ainda pouco voltada aos aspectos alimentares e nutricionais do processo saúde-doença^(26,27).

Em estudo realizado com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, 75,2% dos participantes afirmaram possuir baixo conhecimento sobre alimentação e nutrição e 90% relataram já terem utilizado fontes não científicas como referências para busca de informações nutricionais⁽²⁶⁾. É inegável que o aperfeiçoamento e a educação continuada são elementos fundamentais para os profissionais que atuam nos diversos níveis de atenção à saúde. Entretanto, na busca por ampliar e atualizar os conhecimentos, se torna essencial o uso de fontes oficiais, produzidas por sociedades de referência e baseadas em evidências científicas⁽²³⁾.

A maioria dos profissionais entrevistados no atual estudo considerou que a proporção de carboidratos dentro do consumo calórico total do paciente diabético difere das recomendações para a população geral, devendo ser restrita a quantidade desse macronutriente por refeição. Uma questão relevante a respeito da prescrição de uma dieta com restrição rigorosa em quantidade de carboidratos é a dificuldade de seguimento em longo prazo por alguns indivíduos⁽²⁸⁾. Mudanças menos drásticas na dieta e no estilo de vida são recomendadas pelas atuais diretrizes brasileiras e são mais fáceis de serem acompanhadas por longos períodos de tempo⁽⁷⁾.

O consumo de sacarose foi considerado proibido para os diabéticos pela maior parte dos entrevistados. A Organização Mundial da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes não proíbem o consumo de sacarose, entretanto recomendam que a sua ingestão máxima seja de 5% do valor calórico total da dieta^(7,29). Além disso, não há evidências de que essa classe de carboidrato aumenta a glicemia mais do que os demais tipos, quando ingeridos em quantidades equivalentes e no contexto de uma alimentação saudável⁽⁷⁾.

Boa parte das recomendações nutricionais voltadas para pessoas com DM2 envolvem redução da quantidade de carboidratos, entretanto devem ser realizadas de acordo com a necessidade e a especificidade de cada indivíduo⁽³⁰⁾, pois, do contrário, podem trazer efeitos adversos, sendo um deles a baixa adesão à terapia nutricional, bem como a compensação pelo consumo excessivo de fontes de gorduras, sobretudo a saturada, com impacto negativo sobre a já deficiente resposta à insulina. Dessa forma, uma educação nutricional bem conduzida no momento do atendimento se faz fundamental para o reconhecimento da importância de uma alimentação diversificada e balanceada como parte do tratamento para o paciente^(31,32).

A maioria dos entrevistados discordou da restrição de consumo de gordura saturada por diabéticos, bem como do controle de colesterol dietético. A ingestão de gorduras também deve estar presente nas orientações nutricionais durante o atendimento ao paciente com DM2. As recomendações atuais apontam para que tanto a quantidade como a qualidade das gorduras seja levada em consideração, visto que o excesso de gordura saturada na alimentação está associado a piores desfechos cardiovasculares, e uma maior razão do consumo das gorduras insaturadas é recomendada como prevenção primária e secundária de doença cardiovascular^(20,33).

Parcela majoritária dos entrevistados da atual pesquisa discorda que o leite e seus derivados têm influência positiva sobre o controle da HAS. Estudos têm convergindo para a recomendação de que esses alimentos sejam incluídos no hábito alimentar de indivíduos hipertensos, pois a presença de cálcio, magnésio e peptídeos bioativos em laticínios favorecem a manutenção de níveis pressóricos adequados^(34,35). Os entrevistados também discordam que a ingestão de café possa trazer benefícios para o controle pressórico. O consumo regular de café, em baixas e médias quantidades (duas a três xícaras por dia) não está associado nem com a incidência de hipertensão arterial nem com a elevação da pressão arterial^(8,36). O consumo de café e de leite e derivados ainda faz parte do hábito alimentar de boa parte dos brasileiros⁽³⁷⁾. A presença desses alimentos em um plano alimentar para pacientes com HAS e DM2 mostra-se compatível com uma dieta equilibrada, trazendo benefícios quando consumidos de forma adequada^(34,35,36), podendo, portanto, fazer parte das orientações nutricionais para esse grupo. Ressalta-se que devem ser priorizados os laticínios com baixo teor de gordura, assim como deve ser evitada a ingestão de bebidas com adição de açúcares^(7,8).

O baixo conhecimento sobre as diretrizes clínicas de doenças crônicas por profissionais da saúde identificada no atual estudo também é identificada pela literatura^(38,39). Entretanto torna-se importante ressaltar o reconhecimento significativo dos profissionais entrevistados a respeito das orientações propostas pelo atual Guia Alimentar para a População Brasileira⁽¹⁹⁾. Os guias alimentares são fontes confiáveis de diretrizes de alimentação saudável, utilizam linguagem acessível e de fácil entendimento para profissionais da saúde e para a população em geral⁽⁴⁰⁾. O guia alimentar atual inova ao propor a classificação dos alimentos por grupos em função do grau de processamento. São eles: os alimentos *in natura* e minimamente processados, os alimentos processados e os alimentos ultraprocessados, cujo consumo deve ser priorizado, limitado e evitado, respectivamente⁽¹⁹⁾.

A totalidade dos entrevistados da presente pesquisa confirmou que deve existir controle do consumo de alimentos ultraprocessados na alimentação dos pacientes e que as refeições feitas em horários semelhantes todos os dias e consumidas com atenção favorecem a digestão dos alimentos. A recomendação de preferência por alimentos in natura ou minimamente processados foi reconhecida por 95,5% dos participantes. O conhecimento e a utilização do guia atual por profissionais de saúde pode facilitar as orientações alimentares e ainda fornecer subsídios para que a população assistida se sinta responsável pela sua saúde, uma vez que o seu conteúdo tem a função de fortalecer a cidadania através de escolhas alimentares adequadas, valorizando a produção local e a cultura do povo como fatores importantes nas escolhas alimentares⁽¹⁹⁾.

A utilização das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira como forma de orientação nutricional de rotina na prática clínica para pacientes com DM2 e HAS é positiva e viabiliza a promoção da saúde, visto que são voltadas para a população brasileira em geral⁽¹⁹⁾. Entretanto não minimiza os efeitos que o baixo conhecimento das recomendações nutricionais específicas por profissionais que atuam na condução terapêutica dessas enfermidades pode exercer na continuidade do cuidado, incluindo indicação de restrições alimentares inadequadas e abandono do tratamento, sendo necessário, portanto, a atualização de conhecimentos constante⁽³²⁾.

As diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias^(1,41) destacam a necessidade da educação permanente por profissionais da saúde por meio de processos voltados para a própria realidade de trabalho. A mudança de hábitos alimentares é parte do tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no âmbito da atenção primária à saúde. A expansão da participação do nutricionista através do NASF-AB é de essencial importância, dado que ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de apoio matricial podem ser potencializadas com a presença desse profissional, além da garantia da integralidade do cuidado por meio da abordagem interdisciplinar⁽⁴²⁾.

Este estudo tem como limitação a não inclusão de todos os médicos e enfermeiros atuantes nas UAPS das sete regionais do município. Portanto, a generalização dos achados para toda a população de médicos e enfermeiros da atenção básica não é permitida. O desenvolvimento de novos estudos semelhantes a este possibilitaria melhor compreensão acerca do conhecimento sobre recomendações nutricionais por esses profissionais.

CONCLUSÃO

Os profissionais investigados apresentaram conhecimento insuficiente a respeito das recomendações nutricionais estabelecidas pelas principais sociedades nacionais e internacionais de DM2 e HAS. Os maiores percentuais de acerto identificados para as orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira sugerem efetividade na acessibilidade do conteúdo do guia e viabilidade de uso das suas recomendações na prática clínica.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos a declarar.

CONTRIBUIÇÕES

Getúlio Vasconcelos Fiuza e **Adriano Pereira Alencar** contribuíram com a elaboração e o delineamento do estudo; a aquisição, a análise e a interpretação de dados; e a redação e/ou a revisão do manuscrito. **Brena Barreto Barbosa** e **Antônio Augusto Ferreira Carioca** contribuíram com a redação e/ou a revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(6):1-13.
3. Pinho NAD, Oliveira RDCBD, Pierin AMG. Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(spe):101-8.
4. Schuster J, Oliveira AD, Bosco SMD. O papel da nutrição na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares e metabólicas. *Rev Soc Cardiol Estado Rio Grande do Sul*. 2015;1(28):1-6.

5. Silocchi C, Junges JR. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(2):599-615.
6. Lima LA, Nedel FB, Olinto MTA, Baldisserotto J. Hábitos alimentares de hipertensos e diabéticos atendidos em um serviço de Atenção Primária à Saúde do Sul do Brasil. *Rev Nutr*. 2015;28(2):197-206.
7. Oliveira JEP, Montenegro RM, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad, 2019.
8. Malachias MVB, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3):1-6.
9. Jesus NSD, Nogueira ADR, Pachu CO, Luiz RR, Oliveira GMMD. Adesão ao tratamento e Controle da Pressão Arterial após participação no ReHOT. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(5):437-45.
10. Brandão AA, Alessi A, Feitosa AM, Machado CA, Figueiredo CEP, Amodeo C, et al. 6ª Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4ª Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(5):1-29.
11. Rosa R, Nita ME, Rached R, Donato B, Rahal E. Estimated hospitalizations attributable to Diabetes Mellitus within the public healthcare system in Brazil from 2008 to 2010: study DIAPS 79. *Rev Assoc Med Bras*. 2014;60(3):222-30.
12. Mattos PF, Neves, AS. A importância da atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde. *Rev Práxis*. 2009;1(2):11-5.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
15. Vasconcelos IAL, Sousa MFD, Santos, LMP. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: a contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família de 2007 a 2013. *Rev Nutrição*. 2015;28(4):431-50.
16. Barbosa LB. Nível de conhecimento nutricional versus hábitos alimentares e estado nutricional de hipertensos e diabéticos usuários de uma unidade básica de saúde de Maceió, Alagoas [dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2014.
17. Teixeira JDF, Goulart MR, Busnello FM, Pellanda LC. Conhecimento e atitudes sobre alimentos ricos em sódio por pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(5):404-10.
18. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Plano municipal de saúde de Fortaleza 2018-2021 [Internet]. Fortaleza: PMF; 2017 [acesso em 2020 Maio 20]. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/_Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021_.pdf
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
20. American Diabetes Association. Summary of revisions: standards of medical care in diabetes—2020. *Diabetes Care*. 2020;43(Suppl 1).
21. American Heart Association. Guideline on the primary prevention of cardiovascular disease. *Circulation*. 2019;140:596-646.
22. Kushner RF, Van Horn L, Rock CL, Edwards MS, Bales CW, Kohlmeier M, et al. Nutrition education in medical school: a time of opportunity. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(5):1167S-73S.
23. Gadenz SD, Harzheim E, Castro SMDJ, Hauser L, Drehmer M. Elaboração e validação de uma medida para avaliar o conhecimento de médicos de atenção primária do Brasil sobre recomendação nutricional para controle da hipertensão. *Cad Saúde Colet*. 2019;27(4):404-11.
24. Lindemann IL, Mendoza-Sassi RA. Orientação para alimentação saudável e fatores associados entre usuários da atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(1):34-42.

25. Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida LMR, et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. *Rev Gaúch Enferm.* 2012;33(4):14-21.
26. Guimarães AB, Tapety FI, Martins MCC, Lago EC, Ramos CV. Formação do enfermeiro na atenção nutricional de usuários na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFPI.* 2015;4(3):59-64.
27. Barros MB, Rodrigues BD, Porto LK, Ferreira IP, Botelho NM. Atitudes e Conhecimentos de Estudantes de Medicina sobre Nutrição Clínica. *Rev Bras Educ Med.* 2019;43(1):127-34.
28. Brouns F. Overweight and diabetes prevention: is a low-carbohydrate–high-fat diet recommendable? *Eur J Nutr.* 2018;57(4):1301-12.
29. World Health Organization. Information note about intake of sugars recommended in the WHO guideline for adults and children [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 2020 Jun 2]. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugar_intake_information_note_en.pdf?ua=1#:~:text=The%20World%20Health%20Organization's%20new,10%25%20of%20total%20energy%20intake
30. Evert AB, Dennison M, Gardner CD, Garvey WT, Lau KHK, MacLeod J, et al. Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: a consensus report. *Diabetes Care.* 2019;42(5):731-54.
31. Previdelli AN, Goulart RMM, Aquino, RC. Balanço de macronutrientes na dieta de idosos brasileiros: análises da Pesquisa Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(1):70-80.
32. Zanetti ML, Arrelias CCA, Franco RC, Santos MAD, Rodrigues FFL, Faria HTG. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(4):619-25.
33. Dyson PA, Twenefour D, Breen C, Duncan A, Elvin E, Goff L, et al. Diabetes UK evidence-based nutrition guidelines for the prevention and management of diabetes. *Diabetic Med.* 2018;35(5):541-47.
34. Rietsema S, Eelderink C, Joustra ML, van Vliet IM, van Londen M, Corpeleijn E, et al. Effect of high compared with low dairy intake on blood pressure in overweight middle-aged adults: results of a randomized crossover intervention study. *Am J Clin Nutr.* 2019;110(2):340-48.
35. Villaverde P, Lajous M, MacDonald CJ, Fagherazzi G, Boutron-Ruault MC, Bonnet F. Dairy product consumption and hypertension risk in a prospective French cohort of women. *Nutr Jornal.* 2020;19(12):1-8.
36. Zhang Z, Hu G, Caballero B, Appel L, Chen L. Habitual coffee consumption and risk of hypertension: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Am J Clin Nutr.* 2011;93(6):1212-19.
37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2020 Jun 26]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101742>.
38. Lima SML, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Brito C, et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(9):2001-11.
39. Mion D Júnior, Silva GVD, Gusmão JLD, Machado CA, Amodeo C, Nobre F, et al. Os médicos brasileiros seguem as diretrizes brasileiras de hipertensão? *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(2):212-17.
40. Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff E. A global review of food-based dietary guidelines. *Adv Nutr.* 2019;10(4):590-605.
41. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
42. Borelli M, Domene SMA, Mais LA, Pavan J, Taddei JADAC. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20:2765-78.

Endereço do primeiro autor:

Getúlio Vasconcelos Fiuza
Universidade de Fortaleza
Av. Washington Soares, 1321
Bairro: Edson Queiroz
CEP: 60811-905 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: getuliofiuza@edu.unifor.br

Endereço para correspondência:

Antônio Augusto Ferreira Carioca
Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza
Av. Washington Soares, 1321/ Bloco B
Bairro: Edson Queiroz
CEP: 60811-905 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: carioca@unifor.br

Como citar: Fiuza GV, Alencar AP, Barbosa BB, Carioca AAF. Conhecimento de recomendações nutricionais por outros profissionais da Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Promoç Saúde. 2021;34:11195.
