

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA - EMESCAM
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO**

DÓRIO BINDA

**A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
ALTO CAXIXE, NO MUNICÍPIO DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE - ES**

**VITÓRIA - ES
2023**

DÓRIO BINDA

**A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALTO
CAXIXE, NO MUNICÍPIO DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE - ES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Alan Patricio da Silva

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linhas de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA - ES

2023

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

B612a Binda, Dório
A alimentação saudável na estratégia saúde da família de Alto Caxixe, no município de Venda Nova do Imigrante – ES / Dório Binda - 2024.
66 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Alan Patricio da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2024.

1. Atenção primária à saúde. 2. Hipertensão. 3. Diabetes Mellitus. 4. Dieta. 5. Alimentação saudável. I. Silva, Alan Patricio da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 616.46209

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

DÓRIO BINDA

**A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DE ALTO CAXIXE, NO MUNICÍPIO DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE -
ES**

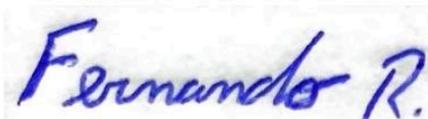
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 12 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alan Patricio da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientador



Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno



Prof. Dr. Mauro Jose de Deus
Universidade Federal do Acre- UFAC
Membro Titular Externo

Dedico este trabalho a minha esposa Polyana e aos meus filhos Ísis e Arthur, por todo apoio, compreensão e paciência durante este período. Sem dúvida, vocês são muito especiais e coautores de tudo que foi alcançado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, que até aqui me sustentou e tem me dado forças para seguir em frente. Sem a Sua luz e presença, jamais teria conseguido chegar até aqui.

Agradeço à minha esposa Polyana por toda compreensão e apoio. Afinal, você esteve junto comigo nos momentos de tristeza e alegria, portanto, essa vitória também é sua!

Gratidão a todas as pessoas que contribuíram de forma direta e indireta para meu processo de formação.

A todos os meus professores do mestrado da EMESCAM, pelos ensinamentos compartilhados na construção de novos projetos e saberes.

Agradeço ao meu orientador, Dr. Alan Patrício da Silva, por todo apoio, compreensão, comprometimento e conhecimento compartilhado para a construção desse trabalho.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante, que sempre esteve de prontidão para a informação de subsídios para a construção dessa conquista.

“Um dos maiores erros é julgar os programas e as políticas públicas por suas intenções e não por seus resultados.”

Milton Friedman

RESUMO

Introdução: A implementação de políticas públicas que promovam uma alimentação saudável são fundamentais para enfrentar os desafios relacionados à saúde, tais como a redução da expectativa de vida e o aumento de doenças. A atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde desempenha um papel crucial, permitindo o acesso e o cuidado integral aos usuários. **Objetivo:** Analisar o comportamento alimentar de indivíduos hipertensos e diabéticos da ESF de Alto Caxixe, no município de Venda Nova do Imigrante – ES, bem como descrever a Política Nacional de Alimentação Nutricional; Descrever o perfil nutricional dos participantes da pesquisa; e Descrever o perfil epidemiológico dos participantes da pesquisa. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico, com aplicação de questionário semiestruturado com questões objetivas para identificar o perfil sociodemográfico, índice de massa corporal e padrão comportamental referente à alimentação. Ainda foi realizada avaliação clínica dos participantes do estudo, ou seja, de todos os indivíduos hipertensos e diabéticos registrados na Estratégia de Saúde da Família de Alto Caxixe. O protocolo do estudo consistiu em entrevistas durante as reuniões de Hiperdia, preenchimento de questionários sociais e de saúde, e avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC). A análise estatística foi realizada utilizando o programa IBM SPSS Statistics versão 27. **Resultados:** 286 pacientes foram entrevistados e destes, 270 foram incluídos nas avaliações, na quais constaram prevalência de obesidade, sobrepeso e com pouco acesso a informação sobre alimentação saudável. **Conclusão:** Como método eficaz de acesso da população à alimentação saudável, será necessário investimentos do Poder Público em Políticas de Nutrição e Alimentação, voltado para pessoa com hipertensão e diabetes.

Palavras-chave: Dieta. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of public policies that promote healthy eating is essential to address health challenges, such as reduced life expectancy and increased disease. Nutritional care in Primary Health Care plays a crucial role, enabling access and comprehensive care for users. **Objective:** To analyze the challenges of healthy eating for hypertensive and diabetic individuals in the ESF of Alto Caxixe, in the municipality of Venda Nova do Imigrante – ES **Methods:** The study was conducted in an epidemiological, observational, and cross-sectional manner, using questionnaires and participant assessment. The sample was selected by convenience, including all hypertensive and diabetic individuals registered in the Alto Caxixe Family Health Strategy. The research was conducted at the Alto Caxixe Family Health Unit, in Venda Nova do Imigrante, Espírito Santo. The study protocol consisted of interviews during Hyperdia meetings, completion of social and health questionnaires, and assessment of Body Mass Index (BMI). Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics version 27. **Results:** 286 patients were interviewed and 270 of them were included in the evaluations, which revealed a prevalence of obesity, overweight and little access to information about healthy eating. **Conclusion:** As an effective method for the population to access healthy food, it will be necessary to invest from the Government in physical activity programs and information about them.

Keywords: Diet. Primary Health Care. Hypertension. Diabetes Mellitus.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo	31
Tabela 2 – Perfil Nutricional de atividade física dos participantes do estudo	33
Tabela 3 – Dificuldades relatadas pelos pacientes para obtenção de alimentação saudável	34
Tabela 4 - Tabulação cruzada Classificação IMC e opinião sobre alimentação	35
Tabela 5 - Associação da Opinião sobre a alimentação com variáveis de Perfil Nutricional e de atividade física do paciente	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa da Cidade de Venda Nova do Imigrante	27
Figura 2- Gênero dos entrevistados	37
Figura 3 – Faixa etária dos entrevistados	38
Figura 4 - Escolaridade dos participantes	38
Figura 5 – Habitantes por residência	39
Figura 6 – Participação em programa vinculado a unidade de saúde para manutenção de vida saudavel	39
Figura 7 – Relação do entrevistado com sua alimentação a partir de sua própria perspectiva	40
Figura 8 – Quantidade de refeições diárias	40
Figura 9 – Alimentação do entrevistado hipertenso	42
Figura 10 – Alimentação do entrevistado diabético	42
Figura 11 – Alimentação do entrevistado hipertenso e diabético, concomitantemente	43
Figura 12 – Classificação do IMC	43
Figura 13 – Relação do IMC do entrevistado/paciente hipertenso	44
Figura 14 – Relação do IMC do entrevistado/paciente diabético	45

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	18
3.2	DIABETES MELITTUS.....	19
3.2	ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	20
3.3	POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN).....	22
4	MÉTODO.....	25
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	25
4.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	25
4.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA- CÁLCULO DA AMOSTRA.....	25
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	25
4.5	LOCAL DA PESQUISA.....	25
4.5.1	Contexto local.....	27
4.6	PROTOCOLO DO ESTUDO.....	28
4.7	DOS QUESTIONÁRIOS.....	28
4.8	DO CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC).....	28
4.9	DA ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	29
4.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	29
5	RESULTADOS.....	30
5.1	PERFIL DA AMOSTRA.....	30
5.2	DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ATIVIDADE FÍSICA.....	31
5.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE IMC E OPINIÃO ACERCA DA ALIMENTAÇÃO.....	34
6	RESULTADO E DISCUSSÕES.....	37
7	CONCLUSÃO.....	48
	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICES.....	52

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO REFERENTE A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, REALIZADO COM DUZENTOS E SETENTA PACIENTES.....	52
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – DIRECIONADO AOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	55
ANEXOS.....	58
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	58
ANEXO B – BANCO DE DADOS DOS PARTICIPANTES E DAS DESCOBERTAS LITERÁRIAS DO ESTUDO.....	61
ANEXO C – PRIMEIRA FOLHA DO LATES DO MESTRANDO E DO ORIENTADOR...	62

1 INTRODUÇÃO

Os direitos relativos à preservação da saúde, e por consequência o direito a uma alimentação saudável, devem abranger toda a coletividade. O direito à alimentação está inserido no rol de direitos sociais previstos no artigo 6º, caput, da Constituição Brasileira de 1988 que diz: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

E ressalta-se a importância da discussão de que ter direito à uma vida saudável, com alimentação regrada e equilibrada, auxiliará na obtenção da garantia da qualidade de vida dos indivíduos (Sturza; Martini, 2017).

Na contemporaneidade, conforme informa a Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo, em conjunto com o Ministério da Saúde, em 2020, a má alimentação é um dos principais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de comorbidades no mundo. No Brasil, a dieta inadequada é um dos fatores de maior contribuição para a redução da expectativa de vida, sendo, inclusive, superior a outros fatores, como o uso de drogas, álcool e inatividade física (Santos; Rosa, 2020).

A desnutrição, as carências nutricionais, e fatores relativos à má alimentação são considerados desafios complexos que necessitam da implementação de políticas públicas apropriadas, as quais também devem ser aplicadas no Brasil (Brasil, 2020). Coutinho, Gentil e Toral (2008, p. 3) ressaltam que:

Os desafios a serem enfrentados resultam, destacadamente, da falta de acesso aos alimentos, decorrentes do baixo poder aquisitivo de milhões de brasileiros. O problema de acesso é agravado por uma série de outros fatores, como condições inadequadas de saneamento básico, baixos níveis de educação e serviços de saúde deficientes. A fome e a desnutrição no país não se devem à escassez de produção de alimentos. Ao contrário, a agricultura nacional produz mais do que o suficiente para suprir as necessidades da população brasileira.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2004), dietas pouco saudáveis e a inatividade física estão entre as principais causas de problemas de saúde, os quais incluem doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e determinados tipos de cânceres. Essa condição de alimentação inadequada contribui de forma expressiva para a carga global de doenças, mortes

e incapacidade.

A dieta e a alimentação influenciam de forma conjunta e separadamente a saúde geral, desta forma, as entidades governamentais têm um papel fundamental na criação de um ambiente que venha a empoderar e encorajar mudanças no comportamento dos indivíduos, famílias e comunidades, para que estes possam tomar decisões positivas e que possam melhorar seu padrão de vida e atividade (Ramos *et al.*, 2020, p. 7).

É possível apontar que a organização da atenção nutricional nos sistemas de saúde deve se iniciar pelo reconhecimento dos principais problemas relacionados a nutrição e a alimentação, que afetam o território onde se institui a Atenção Primária a Saúde (APS) (Bortolini *et al.*, 2020). A APS é um local privilegiado e é preconizado como a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). Por ser o centro de toda a Rede de Atenção à Saúde, é um ambiente no qual os princípios do SUS, como a universalidade e a integralidade, são reforçados e amplamente instituídos (Brasil, 2013).

Uma grande parcela dos usuários dos serviços de saúde percebe dificuldades para a implementação de uma alimentação saudável no dia a dia, tendo, como motivos de dificuldade observadas, o elevado custo dos alimentos saudáveis e fatores comportamentais e financeiros (Lindemann; Rodeghiero; Mendoza-Sassi, 2016). Embasados no diagnóstico local, as equipes de saúde podem organizar ações de promoção que possam favorecer e ampliar as formas de acesso e consumo de uma alimentação mais saudável. Os desafios de uma alimentação saudável, no contexto da APS, estão associados à ampliação do acesso e do cuidado longitudinal e integral para a população brasileira (Bortolini *et al.*, 2020).

Uma grande parcela dos estudos ocorre em contextos sociais e culturais diferentes e isso deve ser levado em consideração, uma vez que podem explicar as diferenças encontradas no âmbito brasileiro (Lindemann; Rodeghiero; Mendoza-Sassi, 2016). Entretanto, a Pesquisa de Orçamento Familiares do IBGE, de 2017 e 2018, exhibe que as únicas regiões do Brasil onde há maior concentração de alimento natural e dieta saudável, devido a escassez de produtos alimentícios processados, são as Regiões Norte e Nordeste, primordialmente na zona rural (FOP-IBGE, 2020). No que se refere a APS, é relevante a discussão acerca da alimentação saudável e seus problemas associados, uma vez que, na atenção primária, representada principalmente pelas unidades de saúde, é que são desenvolvidas as medidas de intervenção local, bem como as ações de prevenção e promoção de saúde. Nestes termos, é impreterível ampliar o conhecimento acerca dessa temática e elucidar os aspectos problemáticos que norteiam o tema “alimentação saudável”.

A implementação de estratégias de promoção e prevenção de saúde por uma equipe multiprofissional devem prevenir complicações que possam vir a comprometer a saúde (Almeida *et al.*, 2017). Diante desse cenário, incorre pensar em estratégias locais voltadas para a saúde nutricional da população e orientação dos indivíduos quanto a sua condição de saúde. Desta forma, propomos a questão de pesquisa: quais os desafios na intervenção de novas rotinas alimentares saudáveis com foco nos indivíduos hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Alto Caxixe, no município de Venda Nova do Imigrante – ES, no que tange a melhora natural do paciente sem a necessidade de indução de medicações de controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

Conhecer o perfil da população em termos de território e reconhecer os problemas relativos a introdução de uma alimentação saudável pode auxiliar no processo de formulação e reorganização de ações estratégicas voltadas para a alimentação nutritiva, bem como para a redução de riscos à saúde no âmbito da atenção primária, especialmente na área da Unidade Saúde da Família de Alto Caxixe em Venda Nova do Imigrante - ES, alvo deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o comportamento alimentar de indivíduos hipertensos e diabéticos da ESF de Alto Caxixe, no município de Venda Nova do Imigrante – ES.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a Política Nacional de Alimentação Nutricional;
- Descrever o perfil nutricional dos participante da pesquisa;
- Descrever o perfil epidemiológico dos participantes da pesquisa.

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

Os profissionais da área da saúde têm papel fundamental nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem direcionar as ações com enfoque na prática centrada na pessoa e, com isso, envolver a população em atividades de cunho individual e coletivo (Brasil, 2014a). As ações para prevenção, detecção, conscientização e gerenciamento da hipertensão exigem uma abordagem multifatorial, direcionada não apenas às populações de alto risco, mas também às comunidades, escolas, trabalho e à indústria de alimentos (Carey *et al.*, 2018).

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

De acordo com as diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (Barros *et al.*, 2020), a hipertensão arterial (HA) é considerada uma doença crônica não transmissível de origem multifatorial, que depende de fatores sociais, ambientais e genéticos/epigenéticos. A hipertensão pode ser caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial sistólica = ou > 140 mmHg, e diastólica = ou > que 90 mmHg. Para o diagnóstico correto, a mensuração deve ser realizada com a técnica correta, em, no mínimo, duas ocasiões diferentes, em que há ausência de medicamentos para controle da pressão.

Em uma análise global, a prevalência de pressão arterial elevada aumentou substancialmente entre os anos de 1990 e 2015, com o aumento de óbitos associados a essa comorbidade (Forouzanfar *et al.*, 2017). A hipertensão arterial é um dos fatores fundamentais para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares e cardíacas, e para o maior número de internações hospitalares (Burgos *et al.*, 2014). Estes aspectos representam a real necessidade do cuidado continuado e do estabelecimento de estratégias que visem a redução dos riscos dos indivíduos diagnosticados.

A terapia de tratamento da hipertensão inclui a ministração de medicamentos e medidas não medicamentosas. Dentre as melhores intervenções não farmacológicas comprovadas para a prevenção e tratamento da Hipertensão estão:

- Perda de peso: o peso ideal é o melhor objetivo a ser alcançado, em indivíduos acima do peso, espera-se uma redução de 1 mmHg para cada 1 kg de peso perdido;

- Alimentação saudável: composta por frutas, vegetais, grãos integrais e laticínios com baixo teor de gordura saturada e trans;
- Redução da ingestão de sódio na alimentação;
- Ingestão aumentada de potássio na alimentação;
- Atividade física;
- Moderação na ingestão de álcool (Lloyd-Jones *et al.*, 2017).

A OMS, em 2022, trouxe, ainda, outras recomendações as quais auxiliam e reforçam na melhor obtenção de uma dieta mais equilibrada, são elas:

- Inclusão de porções de cereais diárias;
- Ingestão de ao menos três refeições diárias;
- Redução de açúcar livre e gordura;

Além da precisa aferição da pressão arterial, o cuidado em equipe, com tomada de decisão compartilhada, a maximização da adesão medicamentosa, a promoção de estratégias de estilo de vida, são comprovadamente eficazes na redução da pressão arterial, e o uso de medidas de desempenho podem melhorar as taxas de gerenciamento e controle da hipertensão (Carey *et al.*, 2018).

3.2 DIABETES MELITTUS

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 6 (2006), o diabetes compreende um conjunto de doenças metabólicas caracterizadas pela presença de níveis elevados de glicose no sangue, as quais estão relacionadas a complicações e disfunções em diversos órgãos, incluindo os olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Essa condição pode ser resultado de falhas na secreção e/ou ação da insulina, envolvendo diferentes processos patogênicos, tais como a destruição das células beta do pâncreas, que são responsáveis pela produção de insulina, a resistência à ação da insulina ou perturbações na secreção do hormônio.

O diabetes pode ser classificado em diferentes grupos (tipos): Diabetes tipo 1, que resulta da destruição autoimune das células beta do pâncreas, acarretando, geralmente, uma deficiência absoluta de insulina e o Diabetes tipo 2, onde sua ocorrência deve-se à perda progressiva da secreção adequada de insulina pelas células beta, frequentemente associada à resistência à

insulina (American Diabetes Association, 2021).

Existem também tipos específicos de diabetes resultantes de outras causas, tais como síndromes de diabetes monogênico (como diabetes neonatal e diabetes de início na juventude), doenças do pâncreas exócrino (como fibrose cística e pancreatite), além do diabetes induzido por medicamentos ou substâncias químicas (como o uso de glicocorticoides no tratamento do HIV/AIDS ou após transplante de órgãos). Por fim, temos o diabetes mellitus gestacional, que é diagnosticado durante o segundo ou terceiro trimestre da gravidez em mulheres que não apresentavam diabetes claramente evidente antes da gestação (American Diabetes Association, 2021).

O diabetes é uma doença complexa e multifatorial, sendo influenciada por diversos fatores que podem levar ao seu desenvolvimento. Ainda, alguns transtornos alimentares podem estar associados ao diabetes, o que torna imprescindível o olhar para as necessidades nutricionais. Dentre os problemas associados podem estar a bulimia nervosa, a anorexia e o transtorno de compulsão alimentar (Pieper; Campos, 2022).

As complicações associadas ao diabetes são diversas e afetam diferentes sistemas do corpo. São também problemas frequentemente associados a ele: a neuropatia autonômica diabética, a retinopatia diabética, nefropatia diabética, a miocardiopatia diabética, a dislipidemia, o pé diabético, a hipertensão arterial, a doença periodontal e o escleredema de Buschke. Por estes e outros aspectos, a literatura destaca a importância da prevenção como estratégia de cuidado para pacientes portadores de diabetes, ressaltando a importância das atividades de educação em saúde. Em linhas gerais, novas técnicas e cuidados relacionados à medicamentos, alimentação e medidas preventivas devem ser implementadas a fim de promover melhorias significativas na gestão dessas condições e prevenção de amputações e óbitos em pacientes diabéticos (Fonseca; Rached, 2019).

3.2 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ao adentrar sobre a problemática da alimentação saudável é necessário, primeiramente, registrar sua definição. A alimentação saudável é aquela na qual, em seu menu principal, estão os alimentos que priorizam a saúde humana e não elevam e nem diminuem suas taxas glicêmicas, incluso à alimentação saudável estão as frutas, verduras, leguminosas, cereais, grãos, alimentos ricos em proteína e fibras (PNS, 2019).

A promoção, a garantia e a efetivação do direito à saúde carecem de estratégias que envolvam a população em todos os segmentos sociais: um esforço conjunto na busca da igualdade de acesso. A saúde é um bem da comunidade e deve estar vinculada à alimentação saudável. A saúde é ponte para a cidadania, podendo ser construída através de acordos, mediações e pactos. Através do direito à saúde é possível minimizar os aspectos geopolíticos com ações fraternas, no qual têm-se a APS como locus para a efetivação da alimentação saudável (Sturza; Martini, 2017).

Estudos como o de Lindemann, Rodeghiero e Mendoza-Sassi (2016) denotam que parte dos usuários da atenção básica percebem limitações em ter uma alimentação saudável, este aspecto aponta uma necessidade de melhora na política de informação nutricional, o que inclui a implementação de novas estratégias que possam ser aplicadas no contexto da APS. Dados desse estudo apontaram que, dentre os 1.264 usuários da atenção básica selecionados para participar da pesquisa, 53,8% apresentavam o diagnóstico de alguma doença crônica não transmissível, 62,6% recebiam informações sobre saúde, mas, 62,4% alegaram não terem recebido informações acerca da nutrição.

Ainda no contexto da APS é importante salientar que há uma insuficiência na prática de aconselhamento pelos profissionais da saúde acerca da nutrição, de acordo com dados reportados pelo estudo de Santos *et al.* (2012). Um ponto importante ressaltado nesta pesquisa discorre sobre a atuação dos profissionais no âmbito da saúde pública, que ainda é pautada na responsabilização exclusiva dos usuários pelo seu próprio estado de saúde. Este mesmo estudo ainda aponta que as principais dificuldades dos usuários em seguir as orientações de saúde são: a falta de tempo e a resistência às mudanças. No entanto, se fez presente, neste estudo, a importância de educar e aconselhar os pacientes sobre a alimentação saudável, conforme se vê abaixo:

O aconselhamento é uma prática educativa oferecida pelos profissionais de saúde no intuito de tornar os pacientes sujeitos ativos do seu processo de saúde. É conduzida tendo em vista o respeito à autonomia do indivíduo e valorizando seu potencial, possibilitando a mudança de condutas e a conseqüente melhoria de sua qualidade de vida (Santos *et al.*, 2012, p. 2).

Segundo Szwarcwald *et al.* (2015), a adoção de comportamentos saudáveis é um processo de alta complexidade e é dependente de fatores que superam a promoção de saúde no nível assistencial. Por este aspecto, se faz necessária a estimulação à prática de vida saudável,

elucidando os aspectos nocivos à saúde e os benefícios do comportamento saudável para o bem-estar e envelhecimento com qualidade.

A configuração da autonomia para escolhas mais saudáveis no âmbito alimentar dependem não só de fatores individuais, como também coletivos. Ou seja, dependem de capacidade própria de escolhas e de condições externas, como a organização da sociedade, valores culturais, acesso à saúde e à educação (Brasil, 2014a).

Adotar uma alimentação saudável não é meramente questão de escolha individual. Muitos fatores – de natureza física, econômica, política, cultural ou social – podem influenciar positiva ou negativamente o padrão de alimentação das pessoas. Por exemplo, morar em bairros ou territórios onde há feiras e mercados que comercializam frutas, verduras e legumes com boa qualidade torna mais factível a adoção de padrões saudáveis de alimentação. Outros fatores podem dificultar a adoção desses padrões, como o custo mais elevado dos alimentos minimamente processados diante dos ultraprocessados, a necessidade de fazer refeições em locais onde não são oferecidas opções saudáveis de alimentação e a exposição intensa à publicidade de alimentos não saudáveis (Brasil, 2014b, p. 22).

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN)

A atual conjuntura alimentar e nutricional brasileira evidencia a necessidade de organizar os serviços de saúde de modo a atender às demandas advindas dos agravos relacionados à má alimentação, no que diz respeito à promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento. Inclui-se, também, o aprimoramento das ações de vigilância na identificação de fatores condicionantes e determinantes, assim como o público de maior vulnerabilidade (Brasil, 2013).

O conceito de segurança alimentar¹, conforme o CONSEA é o de que:

A Segurança Alimentar e Nutricional, enquanto estratégia ou conjunto de ações, deve ser intersetorial e participativa, e consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (CONSEA, 2017).

Nestes termos, a atenção nutricional passa a compreender os cuidados relacionados à alimentação e nutrição associados às demais ações da atenção à saúde do SUS, de forma a contribuir para a formação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada dos cuidados em saúde, sem desconsiderar as individualidades de cada pessoa, a cultura, a influência familiar e

¹ A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é estabelecida no Brasil como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, econômica e socialmente sustentáveis.

a fase de vida (Brasil, 2013).

A PNAN tem por pressupostos os direitos à saúde e à alimentação e é norteada pelos princípios do SUS associados aos princípios da alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde e o respeito à diversidade e à cultura alimentar brasileira. “[...] reconhecer, respeitar, preservar, resgatar e difundir a riqueza incomensurável de alimentos e práticas alimentares correspondem ao desenvolvimento de ações com base no respeito à identidade e cultura alimentar da população” (Brasil, 2013, p. 22).

As diretrizes que compõem a PNAN apresentam linhas de ações que objetivam a modificação dos determinantes de saúde e a promoção da saúde populacional. As diretrizes são consolidadas em:

1. Organização da Atenção Nutricional;
2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
3. Vigilância Alimentar e Nutricional;
4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;
5. Participação e Controle Social;
6. Qualificação da Força de Trabalho;
7. Controle e Regulação dos Alimentos;
8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;
9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil, 2013).

Em resumo, a PNAN, no Brasil, objetiva a promoção de saúde e o bem-estar da população, combatendo a desnutrição e a obesidade por meio de ações integradas e abrangentes. Através da educação alimentar, regulamentação das atividades da indústria alimentícia e fortificação nutricional o governo busca incentivar escolhas saudáveis e garantir o acesso a alimentos nutritivos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros.

3.4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2019).

Cada equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (Brasil, 2019).

O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias, promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local. Tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população (Prefeitura de São Paulo, 2016).

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo ecologico com aplicação de questionário semiestruturado com questões objetivas para identificar o perfil sociodemográfico, índice de massa corporal e padrão comportamental referente à alimentação. Ainda foi realizada avaliação clínica dos participantes do estudo.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes em questão tratavam-se de indivíduos hipertensos e/ou diabéticos, classificados a partir dos prontuários eletrônicos ativos do sistema RG System, pertencentes à ESF Alto Caxixe, no Município de Venda Nova do imigrante – ES.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA- CÁLCULO DA AMOSTRA

Para a seleção da amostra optou-se pelo cálculo de uma parcela dos indivíduos cadastrados, a amostra foi obtida através da população alvo, com o devido encaixe dos participantes no quadro de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no sistema informatizado Rg System no período de 01 de dezembro de 2022 a 28 de março de 2023, com um intervalo de 95% de confiabilidade e 5% de erro.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos, para o presente estudo, indivíduos com cadastro ativo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Alto Caxixe, com idade superior ou igual a 18 anos de idade, de ambos os sexos, classificados como hipertensos e/ou diabéticos, que aceitassem participar da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão, foram excluídos dezesseis participantes do total de 286, por perda de segmento, e por motivos alheios a sua vontade, bem como aqueles que estavam em período de internação, ou por não atender aos requisitos apresentados no questionário em apêndice.

4.5 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa desenvolveu-se na Estratégia da Saúde da Família de Alto Caxixe no Município de Venda Nova do imigrante – ES. O Município de Venda Nova do Imigrante está situado na

região metropolitana do Estado de Espírito Santo. A cidade de Venda Nova do Imigrante possui 9.254 famílias cadastradas em seu Sistema Único de Saúde, com um total de 25.591 indivíduos vinculados a esse sistema, desses indivíduos vinculados ao sistema, 4.481 indivíduos são hipertensos e 1.214 são diabéticos.

A Estratégia da Saúde da Família de Alto Caxixe está situada no distrito de Alto Caxixe e presta serviço as localidades de: São José do Alto Viçosa, Vai Vem, Caxixe Centro, Cachoeira Cardoso, Vila Bergamin, Vila Dordenoni, Califórnia, parte do Braço Sul e Campo Verde. Possui 1.316 famílias cadastradas em seu Sistema Único de Saúde, com um total de 3.892 indivíduos vinculados a esse sistema, desses indivíduos vinculados ao sistema, 667 são hipertensos e 186 são diabéticos.

A ESF do Caxixe fornece os serviços de: consultas médicas, consultas pediátricas, consultas de enfermagem, consultas de nutrição, atendimento psicológico, odontológico, fisioterápicos, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, realização de curativos, vacinações, agendamentos de transporte para consultas e exames.

A pesquisa foi desenvolvida na ESF de Alto Caxixe, situada no Município de Venda Nova do Imigrante, Espírito Santo, Brasil, com um total de 270 pacientes cadastrados na USF, com o qual se encontram vinculados ao diagnóstico de Diabetes e Hipertensão, no bairro de Alto Caxixe Frio.

Figura 1- Mapa da Cidade de Venda Nova do Imigrante



4.5.1 Contexto local

A cidade de Venda Nova do Imigrante, de maioria de descendência italiana, se encontra localizada nas regiões montanhosas do Espírito Santo, sendo esta uma área voltada para o Agroturismo. A cidade foi fundada em 1891, e está a 103km de distância da capital Vitória. A cidade de Venda Nova do Imigrante, de acordo com o último senso do IBGE, de 2020, tem uma população aproximada de 25.745 habitantes.

Dentro desta cidade se encontra o bairro da pesquisa, denominado Alto Caxixe Frio, bairro este conhecido pela Festa do Tomate, e pelo maior cultivo de hortaliças no Espírito Santo, faz vista para o Forno Grande e para a Pedra Azul, pelo motivo de fazer a mesma rota de caminho para cidades de regiões de montanha do Espírito Santo, como por exemplo, Afonso Cláudio,

Domingos Martins, Alfredo Chaves, entre outros. Este bairro é o mais populoso e mais conhecido da cidade, contando com aproximadamente quatro mil habitantes .

Apesar de ter sido fundada em 1891, a cidade só foi reconhecida pelo Estado no ano de sua emancipação, em 1988, quando esta teve a atenção da mídia, que estava voltada para o agroturismo, que tinha como foco também, o lazer e o passeio. O que ocasionou a visita de turistas de várias partes do Brasil e do mundo.

4.6 PROTOCOLO DO ESTUDO

O estudo foi conduzido nas reuniões de Hiperdia, realizadas na USF Alto Caxixe, totalizando cinco reuniões. Os indivíduos que se enquadraram nos critérios de inclusão da amostra foram convidados a participar da pesquisa através do preenchimento do questionário de avaliação social e de saúde, e foram avaliados clinicamente pela aferição do Índice de Massa Corporal (IMC).

4.7 DOS QUESTIONÁRIOS

O questionário semiestruturado de análise social e comportamental incluiu 12 perguntas. As perguntas são dicotômicas e de múltipla escolha, e abordam as variáveis: idade, escolaridade, renda per capita, habitantes por casa e de atividade física, através do método de relato de avaliação de hábitos alimentares e, ao encaixar as perguntas, foram feitas perguntas do tipo “O que você acha sobre sua alimentação?”, “Você tem algum tipo de conhecimento sobre alimentação saudável?”. E sobre o desafio da alimentação saudável foi questionado pelo entrevistador “Quais fatores te impedem de perder peso?”. Os questionários foram aplicados por um único entrevistador durante as reuniões de Hiperdia. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa de acordo com os termos esclarecidos no TCLE. Cada participante recebeu uma cópia do respectivo termo e o questionário para preenchimento. Os dados obtidos através dos questionários foram computados pelo responsável da pesquisa e enviados para o setor competente, o qual dá a validação do questionário.

4.8 DO CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

O IMC foi calculado por um instrumento de balança calibrado, pelo médico competente, calculando-se a divisão entre a massa (em Kg) e o quadrado da altura (em metros). A massa foi medida através de balança digital (Balança digital eletrônica Welmy) e a altura pelo

medidor acoplado a mesma balança, com o paciente em pé, os pés em afastamento no centro da balança, e com o medidor de altura ou trena, foi-se aferido o cálculo do IMC sobre o peso e a altura.

De acordo com os resultados obtidos, os pacientes foram classificados como abaixo do peso (IMC abaixo de 18,5), peso normal ideal (18,6 a 24,9), sobrepeso (25 a 29,9), obesidade grau I (IMC de 30 a 35), obesidade grau II (IMC de 35 a 40), obesidade grau III (de 40 a 45) e obesidade mórbida (acima de 45), como classificado pela Secretaria de Saúde Brasileira. Para fins de avaliação dos resultados, os valores de IMC foram agrupados em três: peso normal/baixo peso, sobrepeso e obesidade (grau I, II, III e mórbida).

4.9 DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis, obtidas pela mensuração do ICM e os dados dos questionários, foram organizadas por frequências e percentuais, referentes ao peso, porcentagem de frequência de alimentação saudável ou não saudável. As associações foram realizadas pelo teste qui-quadrado, considerando como nível de significância de 5%. Os dados foram analisados no programa IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) versão 27, tendo como variável dependente as Associações de Verossimilhanças dos cálculos obtidos, Qui-quadrado de Pearson, e Associação Linear por Linear, já a variável independente tem como total de casos válidos, 270 indivíduos, por fim, o intervalo de confiança para análise de dados se encontra na faixa de 7,91.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória sob o parecer de número 5.771.083.

Todos os participantes da pesquisa autorizaram sua participação por livre e espontânea vontade através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as informações e dados obtidos foram resguardados sigilosamente e utilizados excepcionalmente como base para este estudo, sem que houvesse qualquer tipo de exposição/identificação do participante e de seus dados fornecidos.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados até aqui são inferências obtidas a partir dos resultados da análise de IMC e dados obtidos dos questionários aplicados, o qual trata sobre o perfil da amostra, perfil nutricional dos entrevistados, frequência de atividade física, e a associação do IMC com a alimentação regular.

5.1 PERFIL DA AMOSTRA

O cálculo para definição da amostra respeitou os critérios estatísticos para ser representativo à população, dos 853 indivíduos cadastrados, 667 são classificados como hipertensos e 186 portadores de diabetes, por fim, obteve-se uma amostra com 270 pessoas, na qual, o nível de significância é de 95% para a pesquisa. O estudo foi realizado no período de 01 de dezembro de 2022 a 28 de março de 2023.

Ao total, 286 indivíduos participaram das reuniões de hiperdia e, deste grupo, 270 se enquadraram para os critérios da pesquisa. De acordo com a análise dos dados, os participantes da pesquisa foram predominantemente do sexo feminino 63,7% (n=172) em detrimento ao sexo masculino 36,3% (n=98). Com relação a faixa etária, 40,4% (n=109) dos entrevistados tinham idade superior a 60 anos, 51,5% (139) tinham idade entre 41 a 60 anos, e 8,1% (22) tinham idade entre 18 a 40 anos.

Em relação ao grau de instrução (escolaridade), 69,3% (187) declararam ter o ensino fundamental incompleto, 13% (35) declararam ser analfabetos, 8,9% (24) declararam ter o ensino médio completo/incompleto, 5,9% (16) o ensino fundamental completo e 3% (8) o ensino superior incompleto/completo.

Com relação a variável renda familiar, 52% (141) da amostra declarou ter, por renda, até um salário mínimo, 44,2% (119) declararam uma renda maior que um salário mínimo e menor que três salários mínimos, e 3,3% (9) declararam renda maior que três salários mínimos. No que diz respeito ao quantitativo de pessoas que residem na mesma casa, 69,6% (188) declararam residir com até três pessoas, 17,8% (48) declararam residir com quatro ou mais pessoas, e 12,6% (34) declararam residir sozinhos. Todos os aspectos relativos ao perfil dos participantes podem ser observados através da Tabela 1.

Esta tabela apresenta o quadro de participantes entrevistados, seu perfil, sexo, idade, situação escolar, renda por pessoa na casa e o *quantum* total das pessoas que ali moram.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

Perfil		N	%
Sexo	Masculino	98	36,3
	Feminino	172	63,7
Qual a sua idade?	18 anos a 20 anos	2	0,7
	20 a 40 anos	20	7,4
	40 a 60 anos	139	51,5
	mais que 60 anos	109	40,4
Qual a sua escolaridade?	Analfabeto	35	13,0
	Ensino fundamental incompleto	187	69,3
	Ensino fundamental completo	16	5,9
	Ensino médio incompleto	7	2,6
	Ensino médio completo	17	6,3
	Ensino superior incompleto	3	1,1
	Ensino superior completo	5	1,9
Qual a sua renda familiar?	Até um salário mínimo	141	52,4
	Mais que um salário mínimo e menos que três	119	44,2
	Mais que três salários mínimos	9	3,3
Quantas pessoas moram com você atualmente?	Nenhuma	34	12,6
	Até 3 pessoas	188	69,6
	4 ou mais pessoas	48	17,8

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

5.2 DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ATIVIDADE FÍSICA

Com relação ao perfil nutricional e atividade física (Tabela 2), de acordo com o IMC, 42,2% (114) da amostra apresentou algum grau de obesidade, 35,2% (95) apresentou sobrepeso e 22,6% (61) apresentou peso baixo ou normal. Com relação ao quantitativo de refeições diárias, 37,8% (102) relataram realizar quatro refeições ao dia, 36,3% (98) três, 20,7% (56) duas, e 5,2% (14) cinco ou mais refeições.

Em relação a autopercepção sobre a sua alimentação, realizada no questionário, 48,1% (130) relataram ter uma alimentação regular, 38,9% (105) uma alimentação saudável, e 13% (35)

uma alimentação não saudável. Dos participantes do estudo, 70,7% (n=191) relataram ter conhecimento acerca da alimentação saudável e práticas alimentares e 29,3% (n=79) apontaram não ter qualquer tipo de conhecimento, haja vista que não demonstraram ter em sua residência um método eficaz de alimentação saudável, como por exemplo, plantio de hortas para consumo familiar ou consumo solo e, dentro desse parâmetro de qualidade, também é notório afirmar que, muitos não fazem diminuição do uso de alimento com grau elevado de açúcar, gorduras trans, saturadas, elevados em sal e, por fim, o consumo de água mínimo durante o dia, pois a hidratação consiste no auxílio de modelo de alimentação saudável e é, por diversas vezes, ignorado pela população. Contudo, em relação ao plantio próprio de alimentos para consumo familiar, 83% (224) da amostra declararam ter algum tipo de plantio e 17% (46) declararam não o ter.

Em relação ao que concerne sobre as atividades saudáveis, como atividades físicas/exercícios físicos rotineiros, 76,7% (207) da amostra declararam não realizar nenhum tipo de atividade física e 23,3% (63) afirmaram realizar, dentre estes, 65,1% (41) praticam de uma a três vezes na semana, 33,3% (21) fazem de três a cinco vezes na semana e 1,6% (1) se exercitam seis ou mais vezes na semana. Dentre os entrevistados, 83% (224) apontam não participar de programas de atividades físicas vinculados à unidade de saúde e 17% (46) declararam participação.

Dentre os fatores que afetam a perda de peso e que foram relatados pelos entrevistados estão, em ordem decrescente de porcentagem, a ansiedade (45,9%, 124), falta de exercícios físicos (38,9% 105), comer muito (35,6%, 96), impossibilidade de comprar produtos saudáveis (25,6%, 69), metabolismo lento (14,8%, 40), envelhecimento (7,4%, 20) e renda familiar (4,1%, 11).

A Tabela 2, exposta abaixo, apresenta o quadro de IMC do paciente, a frequência alimentícia de cada família durante o dia, seu conhecimento sobre a alimentação saudável, se consegue realizar e adequar-se em projetos de alimentação saudável em sua Unidade de Saúde, suas dificuldades encontradas ao longo do processo de eliminação de gordura e a sequência de atividade física semanal.

Tabela 2 – Perfil Nutricional de atividade física dos participantes do estudo

		n	%
Classificação IMC	Baixo peso	4	1,5
	Normal	57	21,1
	Sobrepeso	95	35,2
	Obesidade grau I	72	26,7
	Obesidade grau II	29	10,7
	Obesidade grau III	9	3,3
	Obesidade mórbida	4	1,5
Quantas refeições diárias você realiza?	Duas	56	20,7
	Três	98	36,3
	Quatro	102	37,8
	Cinco	9	3,3
	Mais de cinco	5	1,9
O que você acha sobre sua alimentação?	Muito saudável	6	2,2
	Saudável	99	36,7
	Regular	130	48,1
	Não saudável	35	13,0
Você tem algum tipo de conhecimento acerca da alimentação saudável?	Sim	191	70,7
	Não	79	29,3
Você possui algum tipo de plantio de alimentos (frutas, vegetais, leguminosas) para consumo familiar, ou se beneficia de algum plantio de outras pessoas?	Sim	224	83,0
	Não	46	17,0
Você pratica algum tipo de atividade física?	Sim	63	23,3
	Não	207	76,7
Se a sua resposta anterior for sim, quantas vezes na semana?	1 a 3 vezes na semana	41	65,1
	3 a 5 vezes na semana	21	33,3
	6 ou mais vezes na semana	1	1,6
Participa de algum programa vinculado a sua unidade de saúde que te auxilia na manutenção de uma vida mais saudável?	Sim	46	17,0
	Não	224	83,0
Quais desses fatores listados abaixo te impedem de perder peso? Mais de uma opção pode ser marcada.	Comer muito	96	35,6
	Metabolismo lento	40	14,8
	Falta de exercícios físicos	105	38,9
	Estresse/ansiedade	124	45,9
	Envelhecimento	20	7,4
	Renda familiar	11	4,1
	Impossibilidade de comprar produtos saudáveis	69	25,6

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

A Tabela 3 apresenta os fatores que impedem, os indivíduos pesquisados, de estabelecerem uma alimentação saudável em número e porcentagem.

Tabela 3 – Dificuldades relatadas pelos pacientes para obtenção de alimentação saudável

Opinião	N	%
Saudável	105	38,9
Regular	130	48,1
Não saudável	35	13,0
Total	270	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE IMC E OPINIÃO ACERCA DA ALIMENTAÇÃO

De acordo com os dados da Tabela 4, dos entrevistados considerados com baixo peso/peso normal, 11,1% (30) relataram ter uma alimentação saudável, 10% (27) declararam ter uma alimentação regular, 1,5% (4) relataram não ter uma alimentação saudável. Para os entrevistados com sobrepeso, 15,9% (43) relataram ter uma alimentação saudável, 22,2% (60) uma alimentação regular e 3,3% (9) uma alimentação não saudável. Para os entrevistados classificados como obesos, 11,9% (32) declararam ter uma alimentação saudável, 22,2% (60) uma alimentação regular e 8,1% (22) uma alimentação não saudável.

A Tabela 4 exibe o cálculo em número e porcentagem dos indivíduos com a classificação do IMC, taxados em peso normal ou baixo, sobrepeso e obeso.

Tabela 4 - Tabulação cruzada Classificação IMC e opinião sobre alimentação

		Opinião sobre sua alimentação						p		
		Saudável		Regular		Não saudável				
		n	%	n	%	n	%			
Sexo	Masculino	46	46,9	43	43,9	9	9,2	0,089		
	Feminino	59	34,3	87	50,6	26	15,1			
Qual a sua idade?	18 a 20 anos	1	50,0	1	50,0	0	0,0			
	20 a 40 anos	4	20,0	13	65,0	3	15,0			
	40 a 60 anos	54	38,8	63	45,3	22	15,8			
	Mais de 60 anos	46	42,2	53	48,6	10	9,2			
Qual a sua escolaridade?	Analfabeto	16	45,7	14	40,0	5	14,3	0,860		
	Ensino fundamental incompleto	69	36,9	95	50,8	23	12,3			
	Ensino fundamental completo	6	37,5	8	50,0	2	12,5			
	Ensino médio incompleto	4	57,1	2	28,6	1	14,3			
	Ensino médio completo	8	47,1	6	35,3	3	17,6			
	Ensino superior incompleto	0	0,0	2	66,7	1	33,3			
	Ensino superior completo	2	40,0	3	60,0	0	0,0			
	Qual a sua renda familiar?	Até 1 s. m.	52	36,9	69	48,9	20		14,2	0,764
		Mais de 1 s.m. e menos de 3 s.m.	48	40,3	58	48,7	13		10,9	
Mais de 3 s.m.		4	44,4	3	33,3	2	22,2			
Classificação IMC	Baixo peso	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0,005*		
	Normal	29	50,9	24	42,1	4	7,0			
	Sobrepeso	43	45,3	43	45,3	9	9,5			
	Obesidade grau I	22	30,6	36	50,0	14	19,4			
	Obesidade grau II	9	31,0	18	62,1	2	6,9			
	Obesidade grau III	1	11,1	4	44,4	4	44,4			
	Obesidade mórbida	0	0,0	2	50,0	2	50,0			
Quantas pessoas moram com você atualmente?	Nenhuma	19	55,9	15	44,1	0	0,0	0,055		
	Até 3 pessoas	66	35,1	95	50,5	27	14,4			
	4 ou mais pessoas	20	41,7	20	41,7	8	16,7			
Quantas refeições diárias você realiza?	Duas	18	32,1	27	48,2	11	19,6	0,606		
	Três	36	36,7	50	51,0	12	12,2			
	Quatro	45	44,1	47	46,1	10	9,8			
	Cinco	5	55,6	3	33,3	1	11,1			
	Mais de cinco	1	20,0	3	60,0	1	20,0			

Tabela 5 - Associação da Opinião sobre a alimentação com variáveis de Perfil Nutricional e de atividade física do paciente

		Opinião sobre sua alimentação						p
		Saudável		Regular		Não saudável		
		n	%	n	%	n	%	
Você tem algum tipo de conhecimento acerca da alimentação saudável?	Sim	7	38,	9	49,	2	12,6	0,85 7
	Não	3	2	4	2	4		
Você pratica algum tipo de atividade física?	Sim	3	40,	3	45,	1	13,9	
	Não	2	5	6	6	1		
Fator	Comer muito	2	38,	3	49,	8	12,7	0,98 2
	Metabolismo lento	4	1	1	2	2		
	Falta de exercícios físicos	8	39,	9	47,	2	13,0	
	Estresse/ansiedade	1	1	9	8	7		
	Envelhecimento	3	36,	5	54,	9	9,4	0,40 2
	Renda familiar	5	5	2	2	2		
	Impossibilidade de comprar produtos saudáveis	1	40,	1	45,	6	15,0	
		6	0	8	0	0		
		3	35,	5	56,	9	8,6	
		7	2	9	2			
		4	37,	6	51,	1	11,3	
		6	1	4	6	4		
		6	30,	1	60,	2	10,0	
		0	2	0				
		3	27,	7	63,	1	9,1	
		3	6					
		2	34,	3	46,	1	18,8	
		4	8	2	4	3		

n= número de entrevistados;

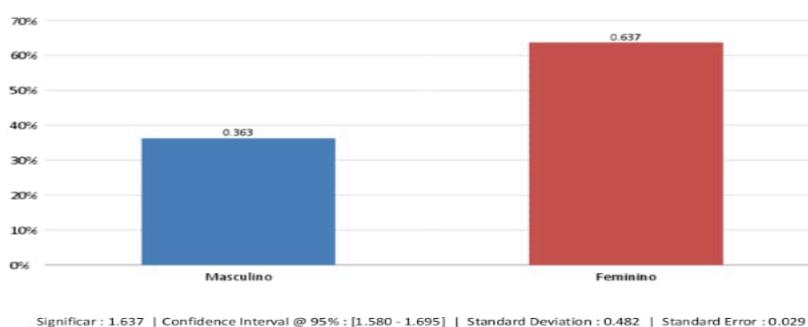
p= porcentagem estatística acima de <0,005.

6 DISCUSSÃO

A inserção da alimentação saudável na atenção primária à saúde é de extrema importância para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Já que a alimentação inadequada está diretamente atrelada ao diagnóstico de diversas doenças crônicas, como diabete mellitus, hipertensão, obesidade e doenças cardiovasculares. Porém, se faz necessário a afirmação de que o sucesso da alimentação saudável está na criação de políticas públicas que visam o combate à obesidade, redução dos casos de doenças crônicas relacionadas à má alimentação, e o incentivo a atividades físicas que auxiliam no controle do acréscimo de diagnósticos de tais enfermidades (Carter, 2003).

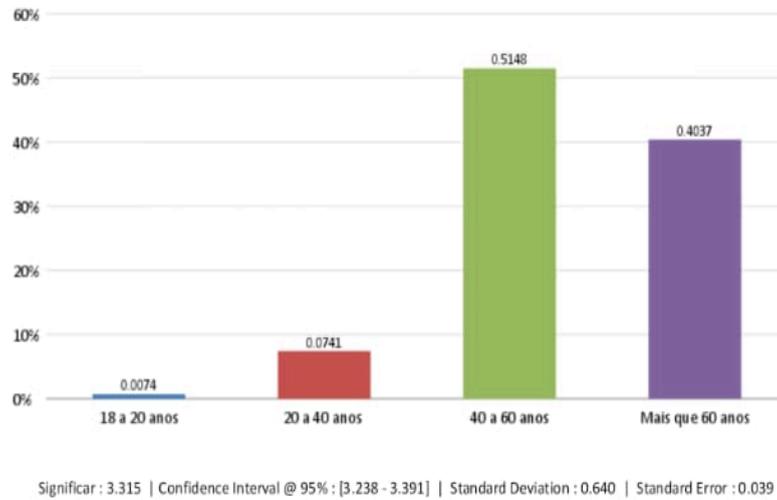
No que concerne aos resultados averiguados neste estudo, dos 286 participantes, foi constado que a maioria eram pertencente ao gênero feminino (Figura 2), com idade entre 40 e 60 anos (Figura 3), com nível de escolaridade “nível fundamental incompleto” (Figura 4), com até três habitantes por residência (Figura 5) e que não participavam de atividade física vinculada a programas elaborados por políticas públicas que objetivam uma manutenção da vida saudável (Figura 6).

Figura 2- Gênero dos entrevistados



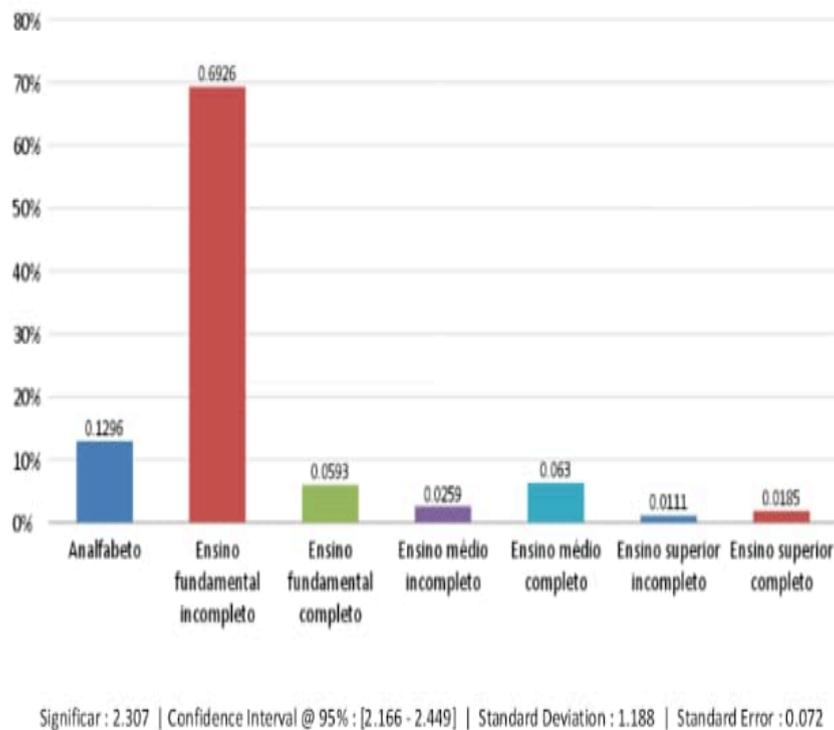
Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Figura 3 – Faixa etária dos entrevistados



Fonte: elaborada pelo autor (2023).

Figura 4 - Escolaridade dos participantes

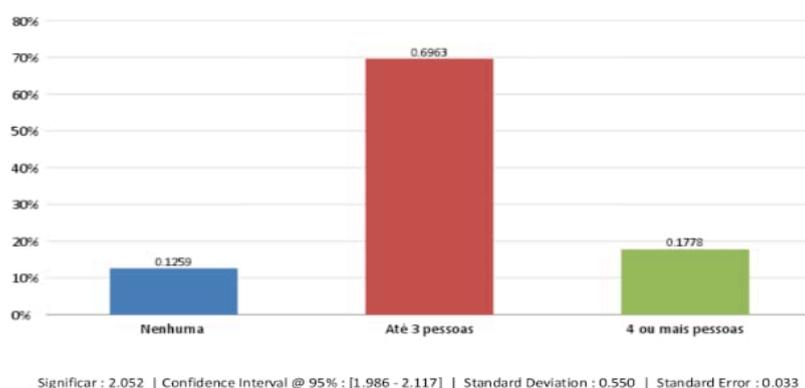


Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

É verificado também, que o que mais afeta a população da amostra da pesquisa é a falta de escolaridade, visto que esta dificulta a busca e também a pesquisa por alimentos mais

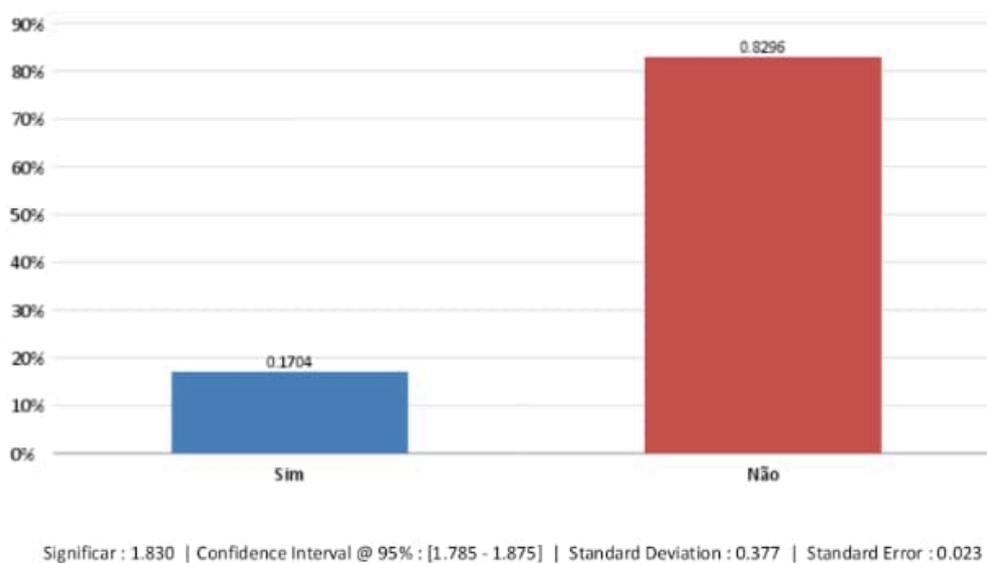
equilibrados em nutrientes, visto que a não escolarização pode ser um entrave na diferenciação do saudável para o não saudável o que acarreta na falta de acesso à informação sobre uma alimentação mais equilibrada e saudável. Frente a isso, frisa-se o quão importante se faz a presença de nutricionistas, médicos e enfermeiros na ESF e que estes estejam presentes continuamente nas consultas rotineiras e coletas de exames dos pacientes já cadastrados. Este acompanhamento deve ser realizado com certa frequência, para que haja, junto com o paciente, o rastreamento das mudanças alimentares.

Figura 5 – Habitantes por residência



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Figura 6 – Participação em programa vinculado a unidade de saúde para manutenção de vida saudável

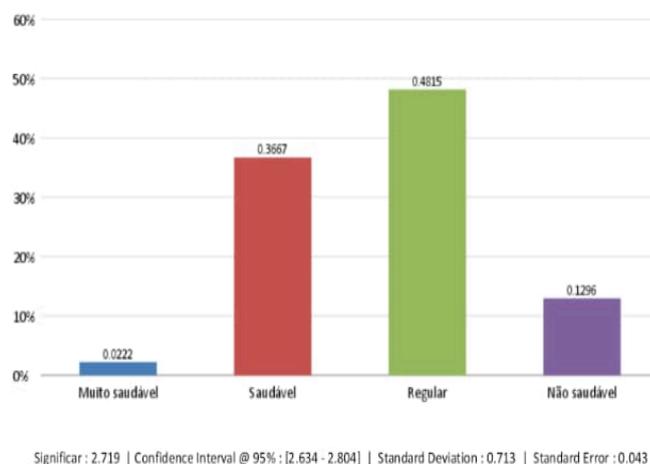


Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Na sequência foi questionado qual a perspectiva dos entrevistados referente a sua própria

alimentação, os resultados podem ser observados na Figura 7, abaixo.

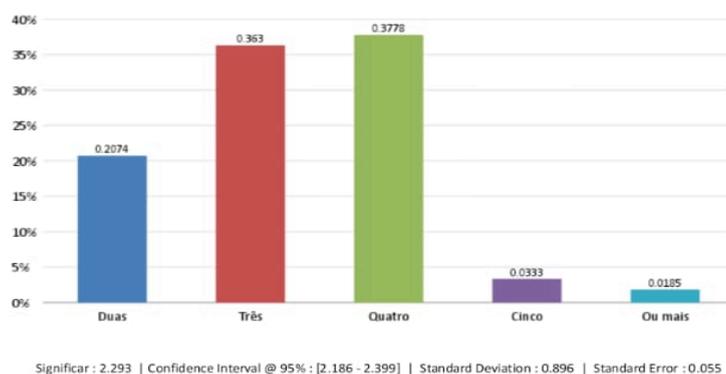
Figura 7 – Relação do entrevistado com sua alimentação a partir de sua própria perspectiva



Fonte: elaborada pelo autor (2023).

Na Figura 8 há a análise estatística, em gráfico, sobre a quantidade de refeições que são feitas diariamente pelos entrevistados, e ficou constatado que o número varia bastante da alimentação.

Figura 8 – Quantidade de refeições diárias



Fonte:Elaborado pelo autor (2023)

Por essa razão, a melhoria da saúde pública depende da adoção de medidas de promoção da alimentação adequada e saudável, focadas nos ambientes para viabilizar e proteger a alimentação, especialmente, com base em medidas regulatórias. Contudo, essas impactam diretamente os atores que utilizam práticas mercadológicas e atividade política corporativa para expandir a presença de produtos ultraprocessados na alimentação e que influenciam tanto

a decisão de governos como a opinião pública a seu favor. Assim, são soluções que exigem vontade e liderança política dos governos (Pereira *et al.*, 2021).

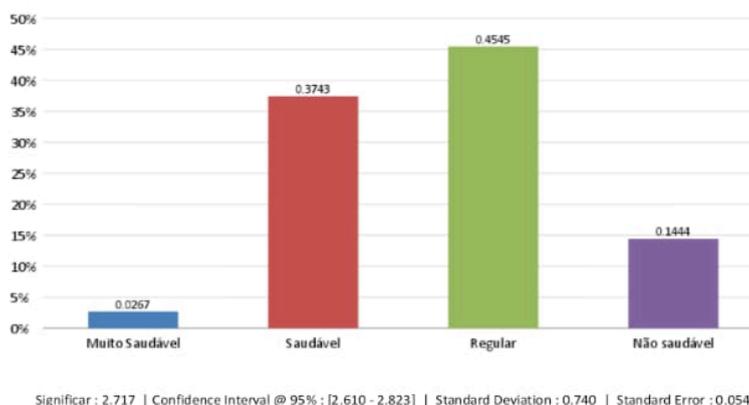
Durante a presente pesquisa, foi constatado um maior desafio de ser inserida a alimentação saudável na população de Venda Nova do Imigrante, preferencialmente no bairro Alto Caxixe Frio. O que está verificado é que um dos desafios comuns para a não prática de uma alimentação saudável é justamente o poder socioeconômico que afeta principalmente a aquisição de comidas mais saudáveis. Frente a isso, deve-se considerar não somente o poder aquisitivo do indivíduo, mas também, o contexto em que este está inserido, pois é neste que se encontram os problemas de saúde relacionados a não melhoria da qualidade alimentícia.

Necessário registrar que, durante a pesquisa, ficou constatado que muitos já apresentavam problemas genéticos e fatores sociais externos, como por exemplo, o metabolismo lento, a obesidade mórbida, a hipertensão e o diabetes, que são, na maioria dos casos, fatores genéticos hereditários, que podem vir a agravar a complicação da pressão alta e do alto teor de glicose no sangue. Também é observada a obesidade nos seus graus, tanto I, II ou III e mórbida como consequência da alimentação não saudável.

Consoante à busca por alimentação mais saudável, alguns entrevistados sinalizaram possuírem plantações solos, plantações de hortas com alimentos como hortaliças, frutas, e legumes sem agrotóxicos, o que enriquece esta alimentação mais saudável, vez que isto proporciona também a troca de alimentos processados e industrializados pela comida sadia.

Na Figura 9 é possível observar o grau de alimentação dos pacientes visados nesta dissertação, que são os diabéticos e os hipertensos, paralelo a isso, os entrevistados foram questionados sobre sua alimentação, e ficou constatado que seu resultado se insere como saudável e regular, sendo bem baixo o número de não saudável com muito saudável, estando por fim dentro da normalidade.

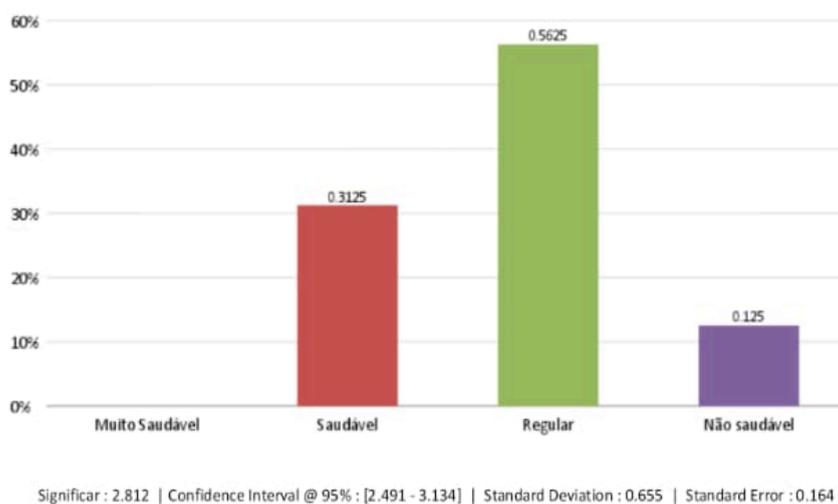
Figura 9 – Alimentação do entrevistado hipertenso



Fonte:Elaborada pelo autor (2023).

Já na Figura 10, consta apenas sobre a alimentação do paciente diabético, a qual está alinhada aos dados do gráfico anterior. Ou seja, os entrevistados diabéticos também possuem uma alimentação em maior grau como saudável e regular, o que se torna como via normal de pessoas que estão dentro das limitações e parâmetros de qualidade.

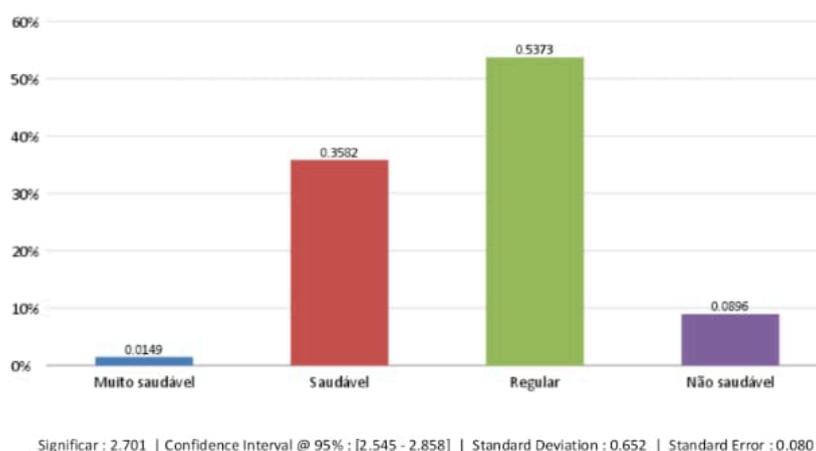
Figura 10 – Alimentação do entrevistado diabético



Fonte:Elaborada pelo autor (2023).

Já na Figura 11 pode-se observar acerca da alimentação dos entrevistados que são acometidos pelas duas comorbidades concomitantemente, onde nota-se que a alimentação já se encontra no número maior de regular, ao invés de saudável, tendo uma distância de aproximadamente vinte por cento do regular para o saudável.

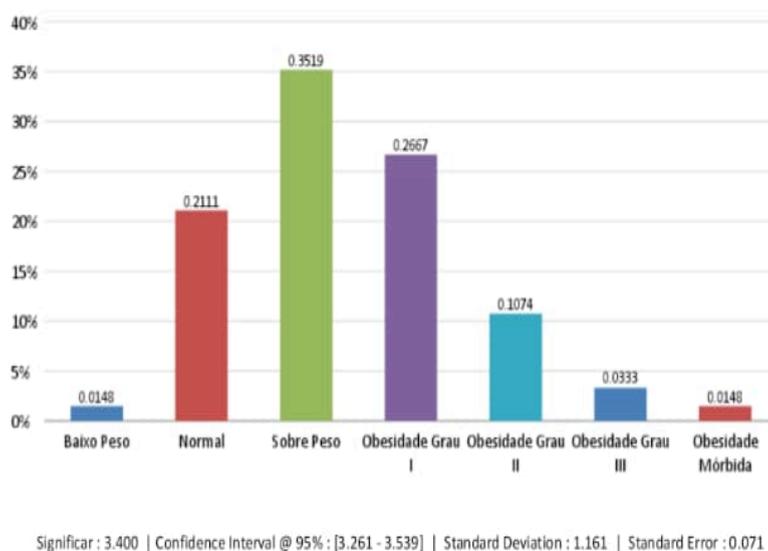
Figura 11 – Alimentação do entrevistado hipertenso e diabético, concomitantemente



Fonte:Elaborado pelo autor (2023).

Quanto as questões expostas acima sobre a questão dos graus de obesidade, estas foram estabelecidas a partir da aferição do IMC dos pacientes que participaram da presente pesquisa. Na figura 12 podemos observar a relação do IMC numa perspectiva geral dos participantes da pesquisa, com e sem comorbidade.

Figura 12 – Classificação do IMC



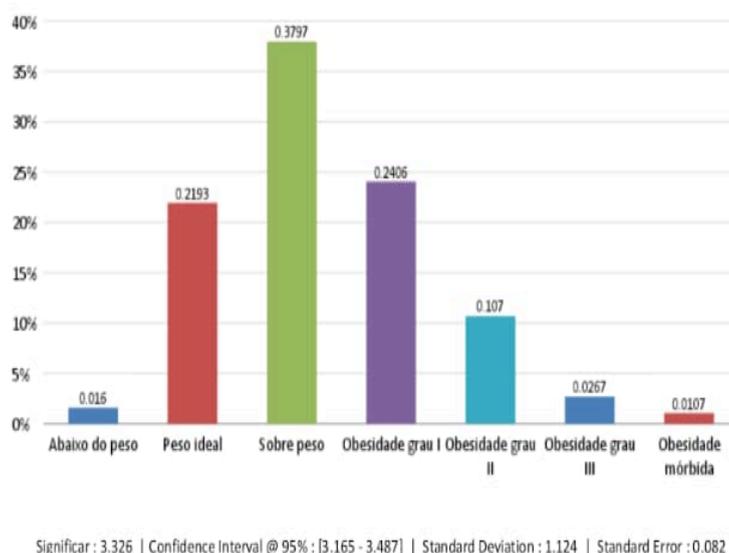
Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Durante os cálculos de IMC percebeu-se que pessoas que apresentavam maior incidência de

hipertensão e diabete mellitus também apresentavam indícios de sobrepeso e/ou estavam acima do peso, o que é algo preocupante. Pois somente o tratamento de medicamentos não se torna eficaz, este só terá efeito se for associado a outras medidas preventivas, tais como uma alimentação saudável, balanceada em nutrientes específicos, equilibrada e, em casos necessários, com determinadas restrições, como por exemplo, alimentos sem glúten.

Já na Figura 13 podemos observar a relação do IMC dos entrevistados hipertensos.

Figura 13 – Relação do IMC do entrevistado/paciente hipertenso

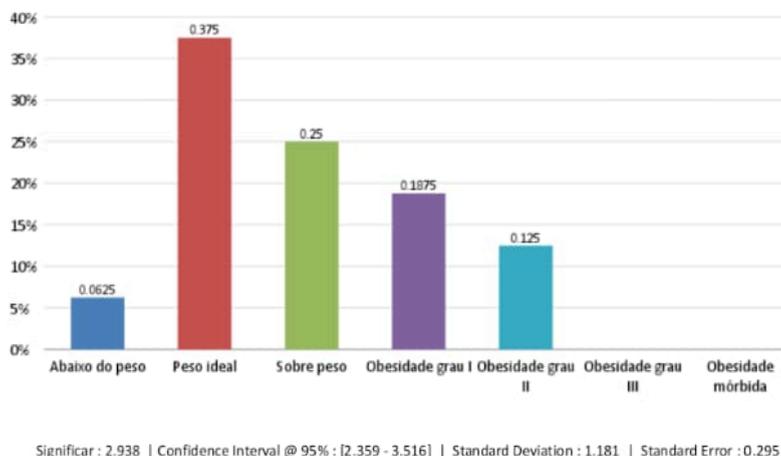


Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Conforme exposto acima, ficou estabelecido que, nas diferenciações de IMC dos pacientes, o maior percentual de pacientes se encontram em sobrepeso, tendo um aumento de 15% em relação ao número de pessoas com peso ideal. Contudo, não podemos deixar de salientar o alto índice de obesidade em Grau I, sendo o percentual desta de 25.

Já na Figura 14 apresentamos o IMC dos pacientes diabéticos, onde, foi constatado que, a maioria dos entrevistados se encontram em peso ideal (35% da amostra).

Figura 14 – Relação do IMC do entrevistado/paciente diabético



Fonte:Elaborado pelo autor (2023)

Ao ser inserida a alimentação saudável como parte integrante das estratégias no enfrentamento de comorbidades na saúde pública, é fundamental considerar a educação nutricional como um pilar central. Visto que, através de ações educativas é possível informar e conscientizar a população sobre os benefícios de uma alimentação equilibrada e orientar sobre a escolha de alimentos nutritivos. Além disso, é relevante destacar a importância da prática regular de atividade física como complemento da alimentação saudável, pois esses dois aspectos estão interligados na promoção da saúde. Em união com o poder público, tal incentivo deve ocorrer com criação de academias populares a pessoas menos favorecidas economicamente, bem como a difusão de consultas rotineiras com médico e nutrólogo (Pereira *et al.*, 2021).

Nesse sentido, é fundamental a adoção de medidas para evitar a interferência da indústria de alimentos em políticas de nutrição, com o estabelecimento de mecanismos claros a serem adotados pelo Governo Federal. Além de fazer valer as leis e normas hoje em vigor, é preciso aprovar e implementar de forma articulada e coerente mecanismos regulatórios para a proteção da saúde da população (Pereira *et al.*, 2021).

Como exemplo de política pública direcionada a alimentação saudável podemos evidenciar o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), que consiste na ação do Governo em incentivar a agricultura familiar e posteriormente comprar esses alimentos oriundos do plantio,

destinando sua distribuição à população de baixa renda, através de centros que fornecem cestas básicas e alimentação para a população carente (Lima; Bezerra, 2018).

Contudo, Para reverter esse quadro preocupante não basta focar apenas na dieta alimentar. É preciso levar em consideração também outras questões que se relacionam diretamente com a alimentação ou o peso, como fatores sociais, financeiros, crenças, estado físico e mental, bem-estar, costumes e individualidade. Ou seja, o estilo de vida conta muito. E muitas vezes é preciso fazer alguns ajustes, mudar hábitos para acertar o passo e adequar esse estilo a uma rotina mais saudável. Quando falamos de mudanças de hábitos, especialmente no que tange ao controle de Doenças Crônicas e Não Transmissíveis (DCNT), como obesidade, diabetes ou hipertensão, é inevitável associar alimentação à atividade física (Fiuza, 2020).

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, referente a alimentação saudável, dietas restritivas de calorias, gorduras ou carboidratos, não são eficientes a longo prazo, outrossim, radicalismos alimentares não fazem parte de um estilo de vida saudável. A opção por uma dieta equilibrada e a consciência da moderação são fatores que auxiliam na vida saudável. Uma alimentação saudável deve ser variada, equilibrada, o que a torna mais prazerosa e com melhores resultados na qualidade de vida da pessoa (Radaelli; Recini, 2017). Ademais, a orientação profissional e sua adesão pelo paciente contribuem de sobremaneira para a melhora nos aspectos clínicos.

O programa pensado para a população de Venda Nova do Imigrante sobre a alimentação e dieta equilibrada objetiva a parceria entre profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos, como elemento fundamental para o sucesso da implantação da alimentação saudável. Essa colaboração multidisciplinar permite a abordagem completa do tema, desde a identificação de indivíduos em risco até a elaboração de planos de intervenção individualizados ou em grupo.

Insta registrar que, dentre as atribuições da equipe da ESF, junto ao Município como Ente Federativo, estes devem focar na propagação de intervenção e programas inclusive da busca pela alimentação mais nutritiva e conscientização das massas menos favorecidos economicamente. O objetivo é justamente o de insitigar a dieta equilibrada, com foco no impulsionamento do Poder Público como agente eficaz no combate à alimentação não saudável, na diminuição da Diabete e Hipertensão, e na motivação na participação, por parte da população, de programas vinculados a atividades físicas populares, onde tanto o mais

quanto o menos favorecido podem participar sem discriminação.

Diante disso, uma das iniciativas do governo para convidar a população brasileira a refletir e reajustar seus hábitos alimentares está a elaboração de documentos relacionados à temática, sendo um deles o Guia alimentar para a população brasileira (Lima; Bezerra, 2018).

Uma das limitações encontradas durante o percurso desta dissertação foi a busca literária com os tópicos que poderiam divergir e convergir com o tema, porque, nota-se que cada cientista da área alimentar apresenta uma opinião acerca da alimentação saudável e traz consigo meios de justificar a má-alimentação como fator socioeconômico, e alguns outros apenas a trazem como modelo de maus-hábitos, como por exemplo, ingestão de alimentos processados, industrializados, rico em conservantes, ao invés do natural sem agrotóxicos ou os mais nutritivos como verduras e legumes. No entanto, as buscas científicas sobre conhecimento alimentar saudável devem ser propostas pelas Entidades Governamentais para induzir a população a buscar mais conhecimento e a proceder melhor no preparo e consumo da dieta equilibrada, porque é em detrimento da falta de incentivo governamental que diversas pessoas não procuram conhecer quais alimentos são mais saudáveis e que auxiliam na melhora da qualidade de vida, evitando assim, doenças que, ao se encontrarem com as já pré-existentes, agravam mais ainda o quadro clínico de obesidade, sobrepeso, e acima do peso.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência de obesidade, com fatores de influência, como a baixa frequência de atividade física, devido a falta de iniciativa do poder público em fazer investimentos de políticas públicas sobre alimentação saudável e atividades físicas, bem como meios de publicidade e informações sobre alimentação e equipes multiprofissionais aos pacientes munícipes de Alto Caxixe. Relatos apresentados pelos participantes sobre a rotina alimentar e seus desafios encontrados são as principais fontes que devem ser levadas ao conhecimento do Poder Público para aplicar métodos eficazes e de acessibilidade aos civis para acesso a uma boa alimentação equilibrada e programas públicos de atividades físicas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. M. A. *et al.* Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão & Saúde**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 114-139, jan. 2017.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2021. **Diabetes Care**, v. 44, n. 1, p.15-33, 2021.
- BARROS, A. B. M, *et al.* **Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19**. Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, 2020.
- BORTOLINI, G. A. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 23 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.6). Série A. Normas e Manuais Técnicos.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156p. 2014a.
- 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p. 2014b.
- BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde: Ciclos de vida**. Rio de Janeiro, RJ, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília, 2020. 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família**. Brasília, 2020. 2020b.
- BURGOS, P. F. M. *et al.* A obesidade como fator de risco para a hipertensão. **Rev Bras Hipertens**, v. 21, n. 2, p.68-74, 2014.
- CAREY, R. M. *et al.* Reprint of: prevention and control of hypertension. **Journal Of The American College Of Cardiology**, [S.L.], v. 72, n. 23, p. 2996-3011, dez. 2018.
- CARTER, I. **Alimentação Saudável: Um Guia Pilares**. Reino Unido:Ed. Terfund, Teddington,2003.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - CONSEA. **Resolução Interna Observadores Consea**, n. 001, 2017.
- COUTINHO, G. J.; GENTIL, C. P.; TORAL, P. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 3, 2008.

FIUZA, F. **Clínica Einstein: Alimentação e Atividade Física.** São Paulo: Clínica Einstein, 2020.

FONSECA, P. K.; RACHED, A. D. C. **Complicações do diabetes mellitus.** International Journal of Health Management, ed. 1, Brasília, DF, 2019.

FOROUZANFAR, M. H. *et al.* Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. **Jama**, [S.L.], v. 317, n. 2, p. 165, 10 jan. 2017.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2020.

LIMA, S. S. P.; BEZERRA, P. **Uma análise do conceito de alimentação saudável no documento “Guia Alimentar para a População brasileira”.** UFPE, Recife, PE, 2018. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39399/2404730/LIMA%3B+BEZERRA+-+2016.1.pdf/5eec8990-83b5-4fa1-8ffd-94cebbbd4dbe>. Acesso em: 13 nov. 2023.

LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 599-610, 2016.

LOYD-JONES, D. M. *et al.* Focused Update of the 2016 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Role of Non-Statins Therapies for LDL-Cholesterol Lowering in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk. **Journal Of The American College Of Cardiology**, [S.L.], v. 70, n. 14, p. 1785-1822, out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Alimentação Saudável.** OMS, OPAS. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alimentacao-saudavel#:~:text=Para%20adultos%2C%20uma%20dieta%20saud%C3%A1vel,doce%2C%20mandioca%20e%20outros%20tub%C3%A9rculos>. Acesso em: 17 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Estratégia Global em alimentação saudável, atividade física e saúde.** 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/ebPortugues.pdf> Acesso em: 23 out. 2023.

PEREIRA, N. T. *et al.* Medidas regulatórias de proteção da alimentação adequada e saudável no Brasil: uma análise de 20 anos. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, n. 37, 2021.

PIEPER, M. C.; CAMPOS, F. B. T. Transtornos alimentares na pessoa com diabetes. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Estratégia de Saúde da Família.** São Paulo, 2016.

RADAELLI, P.; RECINI, E. **Alimentação saudável.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

RAMOS, N. B. D. *et al.* Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Caderno de Saúde Pública**, n.36, p.7, UFF, Niterói, RJ, 2020.

SANTOS, R. P. *et al.* Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 4, p. 14-21, 2012.

SANTOS, R. S.; ROSA, M. M. E. **Alimentação e Doenças Crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Secretaria da Agricultura e de Abastecimento, 2020. Disponível em: <https://codeagro.agricultura.sp.gov.br/cesans/artigo/228/Alimenta%C3%A7%C3%A3o%20e%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas%20n%C3%A3o%20transmiss%C3%ADveis>. Acesso em: 13 out. 2023.

STURZA, J. M.; MARTINI, S. R. Do direito à atenção básica em saúde ao direito à alimentação saudável na zona da unasul: reflexões sócio jurídicas. **Rev. de Direito Sociais e Políticas Públicas**, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 71 –87, jul/dez. 2017.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e, diabetes no brasil: pesquisa nacional de saúde (pns), 2013. **Rev bras epidemiol**, v. 18, n. 2, p. 132-145, dez. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO REFERENTE A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, REALIZADO COM DUZENTOS E SETENTA PACIENTES

QUESTIONÁRIO E AVALIAÇÃO – DIRECIONADO AOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA



EMESCAM

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

Avaliação do Participante da pesquisa

Nome completo:

Sexo:

Peso:

Altura:

Classificação IMC

- Obesidade grau I IMC de 30 a 35
- Obesidade grau II IMC de 35 a 40
- Obesidade grau III IMC de 40 a 45
- Obesidade mórbida acima de 45

Identificação do participante e análise socioeconômica

1. Qual a sua idade?

- 18 anos a 20 anos
- 20 a 40 anos
- 40 a 60 anos
- mais que 60 anos

2. Qual a sua escolaridade?

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo

3. Qual a sua renda familiar?

- Até um salário mínimo
- Mais que um salário mínimo e menos que três
- Mais que três salários mínimos

4. *Quantas pessoas moram com você atualmente?*

- Nenhuma
- Até 3 pessoas
- 4 ou mais pessoas

Avaliação do perfil do participante da pesquisa (nutrição e atividade)

5. Quantas refeições diárias você realiza?

- Duas
- Três
- Quatro
- Cinco
- Ou mais

6. O que você acha sobre sua alimentação?

- Muito saudável
- Saudável
- Regular
- Não saudável

7. Você tem algum tipo de conhecimento acerca da alimentação saudável?

- Sim
- Não

8. Você possui algum tipo de plantio de alimentos (frutas, vegetais, leguminosas) para consumo familiar, ou se beneficia de algum plantio de outras pessoas?

- Sim

Não

9. Você pratica algum tipo de atividade física?

Sim

Não

10. Se a sua resposta anterior for sim, quantas vezes na semana?

1 a 3 vezes na semana

3 a 5 vezes na semana

6 ou mais vezes na semana

11. Quais desses fatores listados abaixo te impedem de perder peso? Mais de uma opção pode ser marcada.

Comer muito

Metabolismo lento

Falta de exercícios físicos

Estresse/ansiedade

Envelhecimento Renda familiar

Impossibilidade de comprar produtos saudáveis

12. Você participa de algum programa vinculado a sua unidade de saúde que te auxilia na manutenção de uma vida mais saudável?

Sim

Não

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – DIRECIONADO AOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA



EMESCAM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada **A INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALTO CAXIXE NO MUNICÍPIO DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE-ES**, sob a responsabilidade de DÓRIO BINDA.

JUSTIFICATIVA: Esta pesquisa tem o caráter de compreender os hábitos de consumo alimentar e as dificuldades acerca da implementação de uma alimentação saudável. Estes dados são importantes de serem discutidos pois poderão auxiliar no desenvolvimento de ações mais efetivas para a nutrição saudável, e você poderá receber orientações importantes sobre alimentação saudável.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA: Desejamos compreender seus hábitos alimentares e verificar quais são seus desafios na implementação de uma alimentação saudável.

PROCEDIMENTOS: Você será convidado a participar de uma avaliação médica de índice de massa corporal, como também a responder um questionário de perguntas relativas saúde geral, dados pessoais e hábitos alimentares e físicos.

RISCOS E DESCONFORTOS: Durante essa pesquisa você poderá se sentir cansado ou constrangido ao responder os questionários ou participar dos testes de avaliação, ou sentir se inseguro por medo de ser identificado. No entanto, o pesquisador se compromete a tomar todos os cuidados para que essas situações eventuais não ocorram. Serão evitadas a descrição de informações que possam comprometer a sua confidencialidade e lhe causar constrangimento.

BENEFÍCIOS: A pesquisa apresenta benefícios imediatos e não imediatos. Você poderá ter a oportunidade de conhecer melhor os programas e ações estratégias

existentes no auxílio a manutenção da saúde nutricional e física ofertados pelo serviço público de saúde local, poderá acompanhar o estado atual e a evolução da sua condição de saúde neste período da pesquisa e obter informações sobre alimentação saudável. Você também contribuirá para o auxílio de formulações de novas estratégias.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Você será acompanhado e receberá assistência presencial durante o período vigente da pesquisa. Você poderá se beneficiar posteriormente a pesquisa no que diz respeito a qualidade de vida no geral. Será garantida sua assistência imediata e gratuita em casos de danos recorrentes da pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: É esperado que você não terá gastos adicionais para a participação na pesquisa, uma vez que sua participação será concomitante às suas consultas de rotina. Caso, eventualmente, por motivos de força maior, haja gastos adicionais relativos a transporte e alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, estes serão ressarcidos integralmente.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o(a) pesquisador(a) DÓRIO BINDA no telefone (28) 99961-2495, no e-mail: doriobinda6@gmail.com, ou endereço Av. Domingos Perim, nº 218, centro, Venda Nova do Imigrante, Espírito Santo, CEP: 29375000. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586,

e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30 h às 17 h e sexta-feira, das 13:30 h às 16 h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

LOCAL, DATA

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “A INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALTO CAXIXE NO MUNICÍPIO DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE – ES”, eu, DÓRIO BINDA, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA –
EMESCAM

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALTO CAXIXE NO
MUNICÍPIO DE VENDA NOVA DO IMIGRANTE - ES

Pesquisador: DORIO BINDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63877022.1.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.771.083

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa trata-se de um estudo de base epidemiológica, observacional e transversal, os dados obtidos serão computados quali e quantitativamente. O ponto inicial para o desenvolvimento da pesquisa dar-se-á através da busca na literatura científica clássica e contemporânea.

Essa ação possibilitará estabelecer as bases teórico-conceituais que fundamentam esse projeto e conhecer trabalhos desenvolvidos no âmbito da temática definida. A presente reapresentação visa apresentar as alterações sugeridas por este comitê de ética.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar os desafios na introdução de uma alimentação saudável dos indivíduos hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família de Alto Caxixe no município de Venda Nova do Imigrante – ES.

Objetivo Secundário:

- Descrever as principais causas que levam os participantes da pesquisa hipertensos e diabéticos terem dificuldades na introdução de uma alimentação saudável;
- Reconhecer o perfil do participante da pesquisa;
Descrever o processo histórico da construção da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e seus desdobramentos nas esferas Estadual e Municipal;
- Identificar se a Estratégia de Saúde da Família do Caxixe possui programas relativos à saúde nutricional e física geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Todos os riscos que podem ocorrer durante a pesquisa serão potencialmente minimizados. Dentre os riscos inerentes a essa pesquisa estão o desgaste ao responder questionários, constrangimento do participante da pesquisa durante a realização dos exames antropométricos ou ao se expor durante a realização de testes de qualquer natureza, medo ou constrangimento por não saber responder ou ser identificado durante o processo da pesquisa. Como estratégia para minimização dos riscos e desconfortos serão adotados todos os procedimentos para a garantia da confidencialidade e sigilo absoluto dos dados coletados. Serão evitadas a descrição de informações que possam comprometer a confidencialidade do participante e também o seu constrangimento durante o decorrer da pesquisa.

Benefícios:

A presente pesquisa apresenta benefícios imediatos e não imediatos. No decorrer da pesquisa os sujeitos participantes poderão ter a oportunidade de conhecer melhor os programas e ações estratégias existentes no auxílio a manutenção da saúde nutricional e física ofertados pelo serviço público de saúde local, acompanhar o estado atual e a evolução da sua condição de saúde neste período da pesquisa, e receber orientações acerca da alimentação saudável. A pesquisa permitirá delinear o perfil dos participantes da pesquisa diabéticos e ou hipertensos e conhecer suas dificuldades da adesão a uma alimentação saudável. Estes aspectos a médio e longo prazo fundamentarão a configuração e implementação de ações de saúde voltadas a esse grupo no âmbito da atenção primária, assim como reorganizar e alavancar as ações já existentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresentada para alterações de pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE- adequado.

Folha de rosto- adequado Carta de anuência- adequado Cronograma-adequado
orçamento- adequado

Recomendações:

O pesquisador atendeu as determinações do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer aprovado conforme 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_2018878.pdf	09/11/2022 11:15:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doriob.docx	09/11/2022 11:14:55	DORIO BINDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Doriob.docx	09/11/2022 11:12:41	DORIO BINDA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Doriob.pdf	08/11/2022 20:40:05	DORIO BINDA	Aceito
Outros	anuencia_dorio.pdf	31/10/2022 15:40:45	DORIO BINDA	Aceito
Outros	Questionario_Doriob.docx	31/10/2022 15:38:34	DORIO BINDA	Aceito
Outros	Termo_Anuencia.pdf	29/09/2022 10:33:25	DORIO BINDA	Aceito
Outros	Questionario_Dorio.docx	29/09/2022 10:23:00	DORIO BINDA	Aceito

Situação do Parecer:

- Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

- Não

VITÓRIA, 22 de Novembro de 2022

Assinado por:

Rubens José Loureiro (Coordenador(a))

ANEXO B – BANCO DE DADOS DOS PARTICIPANTES E DAS DESCOBERTAS LITERÁRIAS DO ESTUDO

Classificação	IMC	Risco de comorbidades
Abaixo do peso	<18,50	Baixo
Eutrófico	18,50 – 24,99	Médio
Sobrepeso	25,00 – 29,99	Pouco Elevado
Obesidade grau I	30,00 – 34,99	Elevado
Obesidade grau II	35,00 – 39,99	Muito elevado
Obesidade grau III	≥ 40,00	Muitíssimo elevado

Periódico CAPES e Portal BVS	“Hipertensão” E “Saúde” OU “Atenção primária à saúde” OU “Saúde Pública” OU “Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação”.	10 resultados.
Periódico CAPES e Portal BVS	“Diabetes mellitus” E “Saúde” OU “Atenção primária à saúde” OU “Saúde Pública”	4.000 resultados.
Periódico CAPES e Portal BVS	“Política Nutricional” E “Dieta” E “Saúde” OU “Atenção primária à saúde” OU “Saúde Pública”	7 resultados.
Pubmed	((“Diabetes”) AND (“health”)) OR (“public health”)	1,204,578 resultados
Pubmed	((“Hypertension”) AND (“health”)) OR (“public health”) AND (“Nutrition Programs and Policies”))	8 resultados.

ANEXO C – PRIMEIRA FOLHA DO LATES DO MESTRANDO E DO ORIENTADOR



Dório Binda

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/9462812502938342>

2938342 ID Lattes:

9462812502938342

Última atualização do currículo em 15/10/2023

Dório Binda

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9462812502938342>
- ID Lattes: **9462812502938342**
- Última atualização do currículo em 15/10/2023

Possui graduação em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (2001). Mestrando em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM. Possui especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, e Epidemiologia e Vigilância em Saúde. Atualmente é médico na Estratégia Saúde da Família Minete no município de Venda Nova do Imigrante /ES. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Dório Binda

Nome em citações bibliográficas

BINDA, D.; BINDA, DÓRIO

Lattes iD

<http://lattes.cnpq.br/9462812502938342>

Orcid iD

? <https://orcid.org/0000-0001-9103-3489>

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2022

Mestrado em andamento em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Brasil.

Título: A alimentação saudável na Estratégia Saúde da Família de Alto Caxixe no município de Venda Nova do Imigrante - ES.

Orientador: Alan Patrício da Silva.

Palavras-chave: Hipertensão.; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Atenção à Saúde.

2021 - 2022

Especialização em Epidemiologia e Vigilância em Saúde. (Carga Horária: 750h).

Instituto Cultus, IC, Brasil.

Título: Ações Educativas Em Vigilância Sanitária Pelas Equipes Da Estratégia Saúde da Família.

Orientador: Ana Paula Rodrigues.

2020 - 2021

Especialização em Saúde Coletiva. (Carga Horária: 750h).

FAVENI-FACULDADE VENDA NOVA DO IMIGRANTE, IESX_PPROV, Brasil.

Título: Acolhimento na atenção primária à saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Orientador: Ana Paula Rodrigues.

2019 - 2020

Especialização em Saúde da Família. (Carga Horária: 520h).

Centro Universitário Venda Nova do Imigrante, UNIFAVENI, Brasil.

Título: Desafios a serem superados no âmbito da atenção primária a saúde no controle e prevenção do sobrepeso e obesidade.

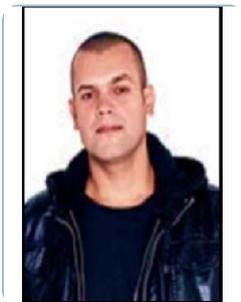
Orientador: Ana Paula Rodrigues.

1996 - 2001

Graduação em Medicina.

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Brasil.

Título: -.



Alan Patricio da Silva

Endereço para acessar este CV:

[http://lattes.cnpq.br/334812030](http://lattes.cnpq.br/3348120304210801)

4210801 ID Lattes:

3348120304210801

Última atualização do currículo em 09/10/2023

Professor permanente do programa de pós-graduação em mestrado Strictu Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, com ênfase na linha de pesquisa sobre Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais. Doutor em Ciências da Saúde pelo Centro Universitário FMABC. Mestre em Ciências pelo Centro Universitário FMABC. Bacharel em Comunicação Social pela Fundação Armando Álvares Penteado (2011). Bacharel em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Medicina do ABC (2020). Especialista em Saúde Mental. Pós-graduando em Assistência Social e Saúde Pública, Graduando em Serviço Social, é pesquisador e membro do grupo de pesquisa do laboratório de Estudos e Escrita Científica da EMESCAM, orientador de estudantes de graduação na área da saúde, na concepção da metodologia científica e discussão de políticas públicas e promoção de saúde. Possui trabalhos que discutem políticas públicas para a pessoa com deficiência, atuando principalmente nos seguintes temas: qualidade de vida, tecnologia assistiva e comunicação, propostas que desenvolvem soluções para a pessoa com deficiência e contribui para a qualidade de vida e sociedade. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Alan Patricio da Silva

Nome em citações bibliográficas

SILVA, A. P.;DA SILVA, ALAN PATRICIO;SILVA, ALAN PATRICIO DA;SILVA, AP;SILVA, ALAN PATRÍCIO DA;SILVA, ALAN;PATRICIO DA SILVA, ALAN;Silva, AP;da Silva, AP;Silva AP

Lattes iD

<http://lattes.cnpq.br/3348120304210801>

Endereço

Endereço Profissional

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Avenida Nossa Senhora da Penha - de 2190 ao fim - lado par
Santa Luíza

29045402 - Vitória, ES - Brasil

Telefone: (27) 33343500

URL da Homepage: <https://emescam.br/>

Formação acadêmica/titulação

2018 - 2022

Doutorado em Ciências da Saúde.

Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Brasil.

Título: ANÁLISE DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NO DESEMPENHO DOS PACIENTES COM AUTISMO, Ano de obtenção: 2022.

Orientador: Luiz Carlos de Abreu.

Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

Grande área: Ciências da Saúde

2015 - 2017

Mestrado em Ciências da Saúde.

Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Brasil.

Título: PROTÓTIPO FACILITADOR PARA COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E CONVÍVIO SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL., Ano de Obtenção: 2017.

Orientador: Luiz carlos de Abreu.

Coorientador: Acary Souza Bulle de Oliveira.

Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

Palavras-chave: equipamentos de autoajuda; paralisia cerebral; tecnologia assistiva; engenharia humana; comunicação aumentativa e alternativa; design assistivo.

Grande área: Ciências da Saúde

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: design.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: tecnologia assistiva.

Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana.

2022

Especialização em andamento em ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA 720 HORAS. (Carga Horária: 720h).

Centro Universitário Venda Nova do Imigrante, UNIFAVENI, Brasil.

2021 - 2021

Especialização em Saúde Mental. (Carga Horária: 750h).

FAVENI-FACULDADE VENDA NOVA DO IMIGRANTE, IESX_PPROV, Brasil.

Título: ANÁLISE PRELIMINAR DO ESTADO DE SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM ISOLAMENTO SOCIAL.

Orientador: ANA PAULA RODRIGUES.

2012 - 2014

Especialização em Pós Graduação Lato Sensu em Design de Produto. (Carga Horária: 360h).

Fundação Armando Álvares Penteado, FAAP, Brasil.

Título: Aplicador de colírio por pessoas com Paralisia Cerebral e Doenças neurodegenerativas.

Orientador: Vagner Rogério dos Santos.

2012 - 2012

Aperfeiçoamento em Capacitação Pedagógica. (Carga Horária: 40h).

SENAI - Departamento Regional de São Paulo, SENAI/DR/SP, Brasil.

Título: Capacitação Pedagógica. Ano de finalização: 2012.

Orientador: Michele Ruffato.

2022

Graduação em andamento em serviço social.

FAVENI-FACULDADE VENDA NOVA DO IMIGRANTE, IESX_PPROV, Brasil.

2017 - 2020

Graduação em Terapia Ocupacional.

Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Brasil.

Título: A RELAÇÃO DA TECNOLOGIA ASSISTIVA E SEUS DISPOSITIVOS NOS INDIVÍDUOS QUE VIVEM E CONVIVEM COM LIMITAÇÕES DE COMUNICAÇÃO.

Orientador: Luiz Carlos de Abreu e Andréia Zarzour Abou Hala Corrêa.

2007 - 2011

Graduação em Comunicação Social - Publicidade e Propaganda.

Fundação Armando Álvares Penteado, FAAP, Brasil.

Título: Nimbuzz,.

Orientador: Irene Knoth.

1997 - 1999

Curso técnico/profissionalizante.

SENAI - Departamento Regional de São Paulo, SENAI/DR/SP, Brasil.