



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

JOANA MARCIA DA SILVA CARVALHO DANIEL

**PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL NO MODELO DE
ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA
2019

JOANA MARCIA DA SILVA CARVALHO DANIEL

**PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL NO MODELO DE
ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Nutrição, Faculdade de Ciências de Saúde, Departamento de Nutrição, pela Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Alves Monteiro

Co-orientadora: Profa. Dra. Danielle Cabrini

BRASÍLIA
2019

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento às principais motivadoras que acreditaram que a realização deste trabalho seria possível, sendo fonte de apoio e encorajamento, minha orientadora Danielle Cabrini e minha colega de curso que compartilhou comigo toda essa jornada, Natália dos Anjos Guimarães.

À Fernanda Rodrigues de Castro Takeuti, nutricionista que compõe a equipe em saúde, por me receber e compartilhar de sua realidade como profissional da saúde, contribuindo com seu conhecimento para uma experiência única em minha formação.

Às minhas colegas de curso Raquel Cruz e Tamila Raposo por colaborarem na concepção e prestarem auxílio durante a realização da atividade.

RESUMO

Introdução: Com a transição epidemiológica é vista a predominância de doenças crônicas que aumentam a prevalência com o avanço da idade. O Sistema Único de Saúde encontra um obstáculo para o enfrentamento dessas doenças devido a superlotação por conta do tratamento contínuo. A nutrição colabora para a manutenção da saúde utilizando diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e educação alimentar e nutricional, comumente vista na atenção básica, com pouco referenciais teóricos para outros níveis.

Objetivo: Desenvolver uma ferramenta que seja utilizada como estratégia para Educação Alimentar e Nutricional na atenção à saúde em nível ambulatorial da população adulta e idosa.

Metodologia: Método interventivo em um ambulatório. Trabalhou o cenário de escolhas simulando um mercado, desde a seleção até a preparação dos alimentos.

Resultado: Desenvolvimento de uma gôndola fictícia, de escala de pontuação de alimentos, de lista e cartões de substituição.

Discussão: Para o processo de educação em saúde é preciso ter uma percepção do contexto do público para melhor transferir os conteúdos. Envolver aspectos lúdicos, de participação ativa e que promovam a autonomia do usuário de serviços em saúde afasta o tratamento com enfoque na doença e trabalha o cenário real, a parceria entre os profissionais de saúde e os frequentadores, compartilhando conhecimento permanente para ambas as partes.

Conclusão: A ferramenta desenvolvida constitui uma forma de transformar as informações contidas em documentos oficiais para uma linguagem de fácil entendimento a população e pode ser utilizada como verificação da efetividade do tratamento de cada usuário.

Palavras-chave: Educação alimentar e nutricional. Atenção secundária. Promoção da saúde. Educação em saúde. Doenças crônicas não transmissíveis.

ABSTRACT

Introduction: With the epidemiological transition, the predominance of chronic diseases that increase the prevalence with advancing age is perceived. The Unified Health System is an obstacle to coping with these diseases due to overcrowding caused by ongoing treatment. Nutrition contributes the maintenance of health by using guidelines from the National Food and Nutrition Policy and food and nutrition education, commonly seen in basic care, with limited theoretical references to other levels.

Objectives: To develop a tool to be use as strategy for Food and Nutrition Education in health care at the outpatient level of the adult and elderly population.

Method: Interventional method in an outpatient facility. The scenario of choices was simulated in a market, from selection to food preparation.

Result: Development of a fictional gondola, food score scale, list and replacement cards.

Discussion: For the health education process, it is necessary to have a perception of the context of the public to better transfer the contents. To involve playful aspects, active participation and promote the autonomy of the user of health services distances the treatment with focus on the disease and works with the real scenario, the partnership between health professionals and frequenters, sharing permanent knowledge for both parties.

Conclusion: The developed tool is a procedure of transforming the information contained in official documents into a language of easy understanding to the population and can be used as verification of the effectiveness of each user's treatment.

Keywords: Food and nutrition education. Second care. Health promotion. Health education. Chronic disease.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E OBJETIVO.....	6
2	METODOLOGIA.....	8
2.1	Contexto.....	8
2.2	Planejamento e execução.....	8
1.	RESULTADO	E
	DISCUSSÃO.....	10
2.	CONCLUSÃO.....	17
3.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Após a transição epidemiológica, o mundo vivencia a tripla carga de doenças e uma predominância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que se caracterizam por serem de origem multifatorial e apresentarem condições crônicas mantidas ao longo da vida. Assim a população é exposta para o adoecimento tanto de origem infecciosa e parasitárias, quanto por DCNTs e causas externas (lesões, acidentes e violência urbana).¹⁷

As doenças crônicas apresentam um desafio para a população mundial, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que em 2016 as doenças crônicas foram responsáveis por 71% de mortes no mundo. Países de baixa e média renda apresentam maiores riscos para adultos, como é o caso da maioria dos países da América Latina e Caribe.²⁰

O Vigitel em 2016 verificou a frequência de diagnóstico no Brasil para diabetes e hipertensão arterial (pertencentes ao grupo de principais DCNTs que causam óbitos) observando um aumento com o avanço da idade e em indivíduos com menor nível de escolaridade.⁹ Tais dados implicam em um aumento do envelhecimento. É visto um impacto dos determinantes sociais na prevalência de doenças crônicas, com a população de baixa renda caracterizando majoritariamente os usuários da saúde pública. O cuidado e acompanhamento contínuo específico é necessário, representando uma parcela significativa das despesas com assistência hospitalar no SUS. Há, então, uma sobrecarga e gastos dos serviços de saúde.^{15,2,4}

O Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza em um modelo integralizado, de Rede de Atenção à Saúde (RAS), constituído por esferas de atenção à saúde (básica, ambulatorial e especializada) interligadas entre si visando uma melhor gestão do ciclo das doenças. O atendimento ambulatorial oferece tratamento e procedimentos de média complexidade, especializado para o comprometimento da qualidade de vida da população de forma aguda ou crônica.⁴ As Linhas do Cuidado visam atender às necessidades de saúde. Entre elas existe o modelo proposto por Mendes (2012) e implementado pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretaria de Saúde) em parceria com as Secretarias de Saúde de alguns estados do Brasil e do Distrito Federal, denominado MACC (Modelo de Atenção às Condições Crônicas), baseado na estrutura operacional que rege o SUS.¹⁵

Faz-se necessário a incorporação de ações de alimentação e nutrição na atenção à saúde no que tange a promoção, prevenção e cuidado da saúde na atenção à saúde pela comprovada correlação de uma alimentação rica em sódio, açúcares e gorduras com o surgimento de doenças crônicas. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) conecta e norteia o nutricionista do SUS a esses preceitos, possuindo a diretriz de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) que visa a valorização do modo de vida saudável.⁷

Uma das estratégias adotadas é a utilização da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para promoção da saúde e educação emancipatória, que está presente em políticas nacionais como a PNAN e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).¹ No que diz respeito à utilização de EAN no setor saúde, sua prática é comumente realizada na Atenção Básica, porém existem poucos relatos de sua aplicação na Atenção Secundária e não há considerações ou diretrizes sistematizadas que a utilizem como estratégia de PAAS nesse nível de atenção. Por conta do pouco volume teórico, há uma dificuldade de desenvolver intervenções,¹⁹ tendo este trabalho o foco de traduzir o conteúdo presente nas políticas públicas e documentos oficiais existentes, como o objetivo geral de desenvolver uma ferramenta que seja utilizada como estratégia para Educação Alimentar e Nutricional na atenção à saúde em nível ambulatorial da população adulta e idosa.⁷

METODOLOGIA

Contexto

O cenário em a atividade foi desenvolvida é o Hospital Regional do Paranoá (HRPa), no Espaço Saúde do Ambulatório de Atenção Secundária Especializada da Região Leste do DF, denominado Centro de Atenção ao Diabético e Hipertenso (CADH) que atende usuários adultos e idosos diabéticos e hipertensos de alto e muito alto risco encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) da região.

No ambulatório o usuário passa por uma equipe multiprofissional e é assistido por diversas especialidades e assim que estabilizada a doença, o usuário deixa de frequentar o ambulatório frequentemente e retorna para a atenção primária, fazendo com que o movimento dentro da rede de atenção ocorra de forma eficiente.

A escolha da temática, vinda da nutricionista do local, surgiu como forma de complementar as atividades dos grupos de educação em saúde e atendimentos individuais. Teve como proposta trabalhar o cenário de escolhas simulando um mercado, colocando o indivíduo como protagonista no processo de alimentação, desde a seleção até a preparação dos alimentos.

Planejamento e execução

A atividade denominada “Mercado de Alimentos” é um método de intervenção e foi desenvolvida e realizada durante o primeiro semestre do ano de 2018 (abril e maio). Os alimentos foram selecionados levando em consideração dados fornecidos pela nutricionista do HRPa, recolhidos através de recordatórios 24 horas.

Réplicas e figuras de diferentes tipos de alimentos foram utilizadas. Os alimentos foram dispostos em gôndolas semelhantemente à organização de um mercado. Não foi atribuída nenhuma vantagem ou desvantagem na exposição dos alimentos.

Cada alimento recebeu uma pontuação de 0 a 5 pontos. Essa pontuação teve como base o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014: alimentos próximos ao 0 tendiam a ser mais ultraprocessados com excesso de sódio, açúcar, aditivos ou gordura; alimentos próximos ao 5 eram menos processados, *in natura*, livres ou com menos aditivos químicos adicionados.⁶

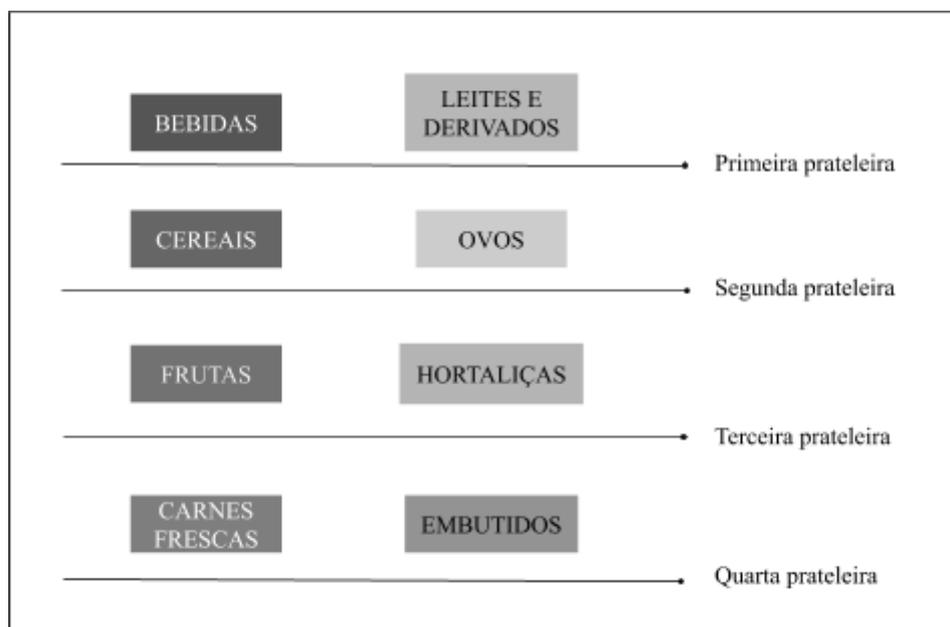
A pontuação foi representada visualmente por bolinhas de isopor. O mercado contou com um caixa fictício e dois potes de vidro: um vazio para depositar as bolinhas que representam os valores dos alimentos escolhidos na simulação de mercado e o outro preenchido com a pontuação padrão ouro (25 bolinhas) para efeito comparativo. Cartões de substituição de alimentos foram desenvolvidos para auxiliar o momento de reflexão e orientação. No verso de todos os cartões há explicação de cada um das substituições propostas.

A dinâmica foi dividida em 3 momentos: 1) etapa de simulação de compra de 5 alimentos no mercado que normalmente ele consome em determinada refeição, para a qual os participantes foram norteados com a pergunta: “*Quais alimentos você costuma comer nesta refeição?*”; 2) revelação das pontuações e comparação entre a pontuação adquirida com os produtos escolhidos e o gabarito disponibilizado no caixa; 3) orientações, esclarecimentos de dúvidas do público com o auxílio de cartões pelo guia da atividade sobre a importância do processo das escolhas. As simulações de situações reais permitem uma construção de conhecimento baseado na compreensão da realidade, participação ativa no processo, motivação e *feedback*.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Para a organização das gôndolas, os alimentos foram alocados de acordo com o seu grupo alimentar e tipo de produto alimentício ao qual pertenciam, seguindo as premissas do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014)⁶ conforme indica a figura 1.

Figura 1 - Organização das gôndolas demonstrativas da atividade “Mercado de Alimentos”



Utilizou-se deste documento também para a atribuição da pontuação e substituição dos alimentos indicados na tabela a seguir, devido sua importância ao incentivar e trabalhar a mudança positiva através de aspectos individuais e coletivos, elencando os alimentos que se deve evitar (ultraprocessados) e aqueles que se deve priorizar (*in natura*), compreendendo capítulos que dividem e elencam de maneira clara todos os fatores contribuintes para o processo de alimentação.

Tabela 1 - Lista correspondente a pontuação dos alimentos dispostos na atividade “Mercado de Alimentos” de acordo com o seu grau de processamento.

(continua)

Pontuação dos alimentos					
0	1	2	3	4	5
Biscoito	Açúcar	Farinha	Arroz	Café solúvel	Hortaliças e

recheado		láctea [®]	branco		tubérculos
Refrigerante	Achocolatado	Neston [®]	Leite integral	Carnes frescas	Arroz integral

Tabela 1 - Lista correspondente a pontuação dos alimentos dispostos na atividade “Mercado de Alimentos” de acordo com o seu grau de processamento.

(continuação)

Sopa instantânea	Creme de amendoim	Óleo Canola	Pão francês	Iogurte sem sabor	Temperos naturais
Suco de caixinha/em pó	Macarrão instantâneo	Iogurte com sabor	Sardinha enlatada	Macarrão espaguete/cabelo de anjo	Leite desnatado
Margarina	Nuggets [®]	Pão de forma	Torrada	Ovo	Pão caseiro
Tempero pronto	Salsicha	Biscoito de sal	Tapioca	Queijo minas	Água de coco natural
Sal	Presunto	*****	*****	Suco integral	Feijão
Pudim diet	Molho para salada	*****	*****	Azeite	Aveia
*****	*****	*****	*****	Cuscuz	Frutas

Todos os cartões foram desenvolvidos considerando: tempo de preparo, praticidade, meios de aquisição, formas de cocção, similaridade de gênero alimentício, melhora na composição nutricional, menor nível de processamento e a vantagem em preferir determinados alimentos a outros, sendo o resultado exposto na tabela a seguir.

Tabela 2 - Lista de substituição de alimentos presentes na atividade “Mercado de alimentos”

Alimentos	Sugestão de substituição
Suco de caixa	Suco integral
Iogurte com sabor	Iogurte natural sem sabor
Salsicha e embutidos	Carne magra
Nuggets [®]	Peito de frango
Sardinha enlatada	Peixe fresco
Pão de forma branco/Pão francês/Biscoito de sal	Pão integral caseiro
Margarina	Azeite de oliva

Óleo para cocção
Sal/Tempero pronto/Molho para
salada

Azeite de oliva
Temperos naturais

As substituições foram de acordo também com a realidade do público alvo, se debruçando nas diretrizes do Ministério da Saúde que recomendam para portadores de doenças crônicas (hipertensão e diabetes) o uso de temperos naturais no lugar do sal em preparações, evite-se o consumo de gorduras saturadas, provenientes principalmente de alimentos de origem animal, evite-se o consumo de carboidratos refinados, açúcares e adoçantes e evite-se a adição de sal e óleo a preparações. Sendo estas informações indicadas de maneira simples e objetiva nos cartões (figura 2).⁴

Figura 2 - Exemplo de um cartão de substituição

		
SAL	X	TEMPEROS NATURAIS
0 PONTO		5 PONTOS
SAL X TEMPEROS NATURAIS		
O sal têm muito sódio, por isso deve ser usado com moderação. Utilize ervas frescas ou desidratadas. Além desses, para substituir o sal, o alho, cebola, cebolinha orégano e manjericão são ótimos para temperar.		

O guia alimentar para a população brasileira (2014) se torna, então, uma forma de operacionalizar as diretrizes da PNAN para ações e intervenções que utilizem EAN na atenção à saúde. Este documento incentiva e apoia atividades de educação alimentar e nutricional, contém metas, diretrizes e orientações adequadas a realidade do Brasil. O Marco de Referência de Educação Alimentar Nutricional (2012) para as políticas públicas apresenta

princípios para as ações de EAN que estão presentes na ferramenta desenvolvida, de maneira que um princípio complementa o outro.^{3,6,7}

As práticas e escolhas alimentares são influenciadas por determinantes sociais como o contexto econômico, ambiente familiar, preferências e experiências individuais, relações sociais e culturais. Por essa razão, a estratégia se alinha com os princípios 2 - Abordagem do sistema alimentar na sua integralidade, 3 - Valorização da cultura alimentar local e respeito à diversidade de opiniões e perspectivas, considerando a legitimidade dos saberes de diferentes naturezas e o princípio 7 - A diversidade no cenário de prática do Marco de EAN (2012), com um olhar a realidade dos usuários do ambulatório.³

A Educação Alimentar e Nutricional é definida como:

“[...] campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais [...]”^{3, pág. 23}

Para essa atividade, essa junção permitiu o estímulo à aquisição de alimentos *in natura* e, conseqüentemente, ao resgate de práticas culinárias, além de valorizar a cultura alimentar e a comensalidade, rompendo com a ideia apelativa de que os produtos ultraprocessados são superiores pela praticidade e itens necessários e indispensáveis no modo de vida moderno.⁶

A implementação da PAAS dentro da atenção secundária está associada à promoção da saúde, uma das vertentes importantes no cuidado de condições crônicas, pois possui em seu âmbito o auxílio às escolhas saudáveis dentro dos diferentes cenários encontrados e os determinantes de saúde. A utilização da educação alimentar e nutricional é um recurso terapêutico de educação contínua, com flexibilidade em trabalhar as temáticas para cada público alvo com abordagens que integra um processo de cuidado, com a possibilidade de alinhar políticas públicas.³

Logo, a EAN é uma forma de operacionalizar conteúdos de documentos oficiais por conter métodos ativos de educação contínua. Através desta atividade, conseguiu-se unir a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) com as diretrizes da PNAN para alcançar a população e gerar produção de conhecimento. Ambas contam com a importância da participação popular para o cuidado com a possibilidade de trabalhar o

diálogo entre os diversos tipos de saberes, valorizando o conhecimento popular e o desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes, uma das iniciativas da PAAS.^{15,3,7,10}

Essa iniciativa está associada ao autocuidado apoiado que destaca o indivíduo como a figura principal no seu processo de atenção à saúde, que é integrativo, necessitando de uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários. O trabalho em conjunto tem como objetivo dissecar o processo, definindo o problema, estabelecendo metas, planos de cuidado e formas de solucionar os possíveis agravos. Dessa forma se tem uma pessoa capaz de entender e com autonomia para administrar sua própria condição, não sendo uma relação de dependência com os profissionais de saúde, mas de conjunto.¹⁵

Há assim o fortalecimento da autonomia, outros princípios presente no Marco de EAN (2012) (5 - A Promoção do autocuidado e da autonomia; princípio 6 - A Educação enquanto processo permanente e gerador de autonomia e participação ativa e informada dos sujeitos) quando simula um cenário de escolhas alimentares com contribuições da disponibilidade de alimentos da localidade dos participantes, envolvendo o contexto real, permitindo o aparecimento de um senso analítico para com restrições, ao que se consome e a relação desses aspectos com o coletivo e o ambiente em que se vive e ao meio midiático que incentiva a publicidade de alimentos não saudáveis.⁷ Esse aumento da capacidade de interpretação confere a atividade uma característica de pilar no tratamento das cronicidades.³

No Brasil as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 51,6% do total de óbitos entre indivíduos de 30 a 69 anos em 2015.⁸ Esses dados associados aos fornecidos pela OMS estão diretamente associados a um comprometimento do envelhecimento com uma boa qualidade de vida à medida que as morbidades avançam. Para esse público, existem publicações nacionais e mundiais para direcionar as ações de maneira efetiva, como é o caso das orientações da OMS (2002) para o envelhecimento ativo como diretriz para a política de saúde, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida e expectativa de vida saudável.^{5,20}

Este público apresenta características distintas quanto aos agravos em saúde e as formas de intervenção precisam de aspectos multissetoriais e que não pratiquem somente a escuta. O uso do lúdico no tratamento de doenças crônicas em adultos e idosos é uma forma de promover o envelhecimento ativo, pois usa de dinâmicas que fazem do idoso uma pessoa apta para promover a manutenção da saúde. A estratégia do mercado de alimentos aborda as

práticas cotidianas sobre a alimentação sem o olhar estigmatizado para um sujeito doente, sobretudo quando são doenças crônicas com forte componente de fatores de riscos biológicos e relacionados aos estilos de vida. Classes populares são alvo de estigmas sociais pela falta de compreensão de que existe diferença entre o fator social e o fator econômico no processo da alimentação, existindo formas de adaptações e melhorias no seu próprio meio.^{5,6}

De acordo com Freire (2003)¹⁴, simulações de situações concretas do cotidiano auxiliam na construção de um conhecimento baseado na sua vivência e possibilidades, aproximando de sua realidade e experiências individuais. Traz o indivíduo como destaque e personagem central da dinâmica com o mesmo de fato presente e ativo.

Sampaio et al. (2015)¹⁸ traz um trabalho associado ao princípio 5 e 6 do Marco de EAN (2012): A Promoção do autocuidado e da autonomia e A Educação enquanto processo permanente e gerador de autonomia e participação ativa e informada dos sujeitos, com uma investigação sobre a associação do letramento em saúde com um controle glicêmico favorável em pacientes diabéticos tipo 2. Encontraram em seu estudo que há uma necessidade de se planejar e executar ações educativas adaptadas ao nível de letramento em saúde do grupo alvo. Mendes-Netto et al. (2013)¹⁶ baseia sua ação principalmente nos princípios 6 e 2, sendo este último relativo a abordagem do sistema alimentar na sua integralidade, com elaboração de material educativo e rodas de conversa para esclarecimento acerca das práticas alimentares.³

Pensando nessas proposições, a escolha de demonstrar visualmente a pontuação foi feita após a identificação em um questionário que o perfil de escolaridade da população atendida é majoritariamente baixo.^{3,18} Da mesma forma, os cartões de substituição foram lidos pela equipe em saúde para facilitar a compreensão do texto, sugerindo inserção de novos alimentos na dieta, explicando sobre aditivos químicos e qualidade dos alimentos *in natura.*, com o intuito de mostrar opções e substituições que possam melhorar qualitativamente as escolhas do indivíduo. Ao fim da última etapa da atividade, o processo de crítica é realizado. A proposta de *feedback* permite um diálogo que fomenta o desenvolvimento e melhoria do autocuidado.

O Mercado de Alimentos dentro da perspectiva de construção de metas e enfrentamento de problemas, identifica o consumo de alimentos ultraprocessados como um problema a ser superado e que pode ser solucionado com maior participação durante a compra dos alimentos, busca em sua região de feiras locais presentes no espaço em que

vivem, favorecendo práticas alimentares conscientes, permitindo a compreensão dos sentidos interligados do comer em realidades distintas.^{6,7}

Documentos como a Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica trazem em seus métodos a importância de educação alimentar e nutricional para a promoção da alimentação saudável no primeiro nível de atenção do SUS, com notório estabelecimento e operacionalização do que no nível ambulatorio. Trabalhos encontrados pelo França e de Carvalho (2017)¹³ mostra uma carência de atividades realizadas no segundo nível de atenção, com estratégias pouco descritas e baseadas somente no processo de escuta, como é o caso do estudo de Busnello (2011)¹¹, onde nota-se a utilização predominante de aspectos voltados ao controle da doença (síndrome metabólica) se baseando em resultados dos parâmetros clínicos, com afastamento do processo educativo.

Uma das características do MACC é o trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar utilizado. É possível analisar os múltiplos fatores envolvidos para a prevenção ou tratamento, utilizando de uma visão global e integral que permite abarcar e solucionar as dificuldades e agravos das doenças em todas as esferas, avaliando as demais origens. Proporciona um aumento da produtividade com o emprego de resoluções amplas e completas, aprimoramento e humanização nos serviços de saúde.^{12,15}

A estratégia foi desenvolvida com base na integração ensino-serviço, que permite que a experiência de participação do serviço de saúde contribua para a educação permanente dos profissionais da equipe multiprofissional. A dinâmica foi registrada em documentos que concebem a aplicabilidade por todos os profissionais que compõem a equipe de saúde presentes no ambulatorio, sendo nutricionistas ou não nutricionistas. Assim, assegura e estimula o trabalho de maneira integralizada e intersetorial.^{15,10}

O CONASS considerou a experiência como exitosa e a verificou como uma ferramenta de atenção à saúde inovadora e que pode ser utilizada em vários ambientes de atenção à saúde. A experiência foi demonstrada a profissionais de saúde de outros estados que visitaram o CADH e levada para reprodução em diferentes lugares.

CONCLUSÃO

A utilização de dinâmicas como a criada e descrita neste artigo torna o processo de aprendizado mais dinâmico e menos direcionado a doença por abordar princípios da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável que preconiza no desenvolvimento de suas ações aspectos como a autonomia, a visão crítica e reflexiva para a tomada de decisão das melhores escolhas alimentares no contexto do mundo da vida de cada indivíduo. A sensibilidade em analisar o cenário dos indivíduos diminui o distanciamento do participante da atividade, mostrando a importância do pertencimento dos sujeitos e identificação sociocultural.

A ferramenta desenvolvida constitui uma forma de transformar as informações contidas em documentos oficiais para uma linguagem de fácil entendimento a população e pode ser utilizada como verificação da efetividade do tratamento de cada usuário, podendo agir como elemento norteador das abordagens multiprofissionais e individuais, visto que a educação em saúde é um processo contínuo. É importante frisar o cuidado na abordagem para não culpabilizar o sujeito e transferir ao indivíduo a responsabilidade de outros atores do processo de promoção de saúde e alimentação, como o Estado, profissional de saúde, o meio midiático e o mercado. Desta forma, quando se planejar e realizar uma atividade, a relação de confiança entre profissionais e indivíduos em tratamento é um vínculo crucial tanto para a formação de conhecimento, troca de saberes e fortalecimento de parceria.

REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS

1. BOOG, Maria Cristina Faber. **Histórico da Educação Alimentar e Nutricional no Brasil**. In: DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO (Orgs.). Mudanças alimentares e educação nutricional. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 66-73.
2. BRASIL. **Indicadores de Saúde 2007**. Brasília: Ministério da Saúde e OPAS, 2008.
3. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET. **Diretrizes para o cuidado de pessoas idosas no SUS, 2014**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira 2**. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.
7. 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. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Estatísticas vitais**. 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
9. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
10. BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente**. Diário Oficial da União 2007.
11. BUSNELLO, F. M. et al. **Intervenção nutricional e o impacto na adesão ao tratamento em pacientes com síndrome Metabólica**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 97, n. 3, p. 217-224, set. 2011.
12. Fortuna, Cinira Magali. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades** [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.

13. França, Camila de Jesus.; Carvalho, Vivian Carvalho Honorato dos Santos de. **Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura.** Rev. Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 41, nº 114, p. 932-934. 2017.

14. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 28 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003. Coleção Leitura.

15. MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: OPAS; 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>

16. MENDES-NETTO, R. S. et al. **Ações Educativas para Promoção de Hábitos Alimentares Saudáveis: relato de uma experiência.** Revista de extensão universitária da UFS. São Cristóvão-SE, nº 2. 2013.

17. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>

18. SAMPAIO, H. A. C. et al. **Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(3):865-874. 2015.

19. SANTOS, Lígia Amparo da Silva. **O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 2, p. 453-462, 2012.

20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.** Geneva: World Health Organization; 2018.