

**Grupo de educação alimentar e nutricional como ferramenta de cuidado para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde**

*Food and nutritional education group as a care tool for patients with chronic diseases not transmissible in primary health care*

*Grupo de educación alimentaria y nutricional como herramienta de atención para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en la atención primaria de salud*

Vitor Frazão Neri<sup>1</sup>

**RESUMO**

O atual cenário epidemiológico é caracterizado pela alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sendo um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. O tratamento dessas doenças envolve a alteração de hábitos de vida, incluindo alimentação saudável e a prática de atividade física, porém, essa mudança é complexa e envolve diversos fatores. A literatura aponta as atividades de educação em saúde como forma de intervenção para a mudança de hábitos, pois contribui para a autonomia dos indivíduos. O objetivo do trabalho é relatar a experiência de um Nutricionista Residente em Atenção Básica, inserido em uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde, com um grupo de educação alimentar e nutricional. As atividades ocorreram no período de abril de 2018 até dezembro de 2019 e tiveram como base teórica o Guia Alimentar para a População Brasileira e o Instrutivo de Trabalho em Grupos para Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção

---

<sup>1</sup> Email: [frazao.vitor@outlook.com](mailto:frazao.vitor@outlook.com)

Básica, ambos do Ministério da Saúde. Observou-se troca de saberes, geração de confiança e capacidade de realização de escolhas nutricionais saudáveis. Entre os usuários que conseguiram ter maior continuidade no grupo e que praticavam atividade física regularmente, houve redução de Índice de Massa Corporal, melhora no perfil glicêmico, lipídico e pressórico. Percebeu-se com esses achados, a existência de um ambiente com grande potencial para trazer reflexão crítica a respeito do cotidiano da comunidade, sendo também um ótimo espaço terapêutico para pacientes com doenças crônicas e para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.

**Palavras-chave:** Residência Multiprofissional, Doença crônica, Estratégia Saúde da Família, Educação alimentar e nutricional, Atenção Primária à Saúde.

#### **ABSTRACT**

The current epidemiological scenario is characterized by the high prevalence of Chronic Noncommunicable Diseases, being one of the biggest public health problems in Brazil and in the world. The treatment of these diseases involves changes in lifestyle, including healthy eating and physical activity, however, this change is complex and involves several factors. The literature points out health education activities as a form of intervention to change habits, as it contributes to the autonomy of individuals. The objective of the work is to report the experience of a Nutritionist Resident in Primary Care, inserted in a Family Health Expanded Nucleus of a Basic Health Unit, with a group of food and nutrition education. The activities took place from April 2018 to December 2019 and were theoretically based on the Food Guide for the Brazilia Population and the Work Instruction in Groups for Food and Nutrition Actions in Primary Care, both from the Ministry of Health. exchange of knowledge, generation of confidence and ability to make healthy nutritional choices. Among the users who managed to have greater continuity in the group and who practiced physical activity regularly, there was a reduction in the Body Mass Index, improvement in the glycemic, lipid and blood pressure profile. It was noticed with these findings, the existence of an environment with great potential to bring critical reflection about the daily life of the community, being also a great therapeutic space for patients with chronic diseases and for the Promotion of Adequate and Healthy Eating.

**Keywords:** Multiprofessional Residence, Chronic disease, Family Health Strategy, Food and nutrition education, Primary Health Care.

#### **RESUMEN**

El escenario epidemiológico actual se caracteriza por la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo uno de los mayores

problemas de salud pública en Brasil y en el mundo. El tratamiento de estas enfermedades implica cambios en el estilo de vida, incluida una alimentación saludable y actividad física, sin embargo, este cambio es complejo e involucra varios factores. La literatura señala las actividades de educación para la salud como una forma de intervención para cambiar los hábitos, ya que contribuye a la autonomía de los individuos. El objetivo del trabajo es informar la experiencia de un Residente Nutricionista en Atención Primaria, insertado en un equipo del Núcleo Ampliado de Salud Familiar de una Unidad Básica de Salud, con un grupo de educación alimentaria y nutricional. Las actividades tuvieron lugar desde abril de 2018 hasta diciembre de 2019 y se basaron en la Guía de alimentos para la población brasileña y la Instrucción para trabajar en grupos para acciones de alimentación y nutrición en atención primaria, ambas del Ministerio de Salud. intercambio de conocimiento, generación de confianza y capacidad para tomar decisiones nutricionales saludables. Entre los usuarios que lograron tener una mayor continuidad en el grupo y que practicaban actividad física regularmente, hubo una reducción en el índice de masa corporal, una mejora en el perfil glucémico, lipídico y de presión arterial. Se observó con estos hallazgos, la existencia de un entorno con un gran potencial para traer una reflexión crítica sobre la vida cotidiana de la comunidad, siendo también un gran espacio terapéutico para pacientes con enfermedades crónicas y para la promoción de una alimentación adecuada y saludable.

**Palabras-clave:** residencia multiprofesional, Enfermedad crónica, Estrategia de salud familiar, Educación alimentaria y nutricional, Atención primaria de salud.

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil também chamada de Atenção Básica (AB), é definida, segundo a declaração de Alma-Ata, como cuidados básicos à saúde, fundamentados em tecnologias leves, que permite levar os serviços de saúde para o território onde as pessoas vivem e trabalham, sendo assim o primeiro nível de atenção do sistema de saúde<sup>1</sup>. No Brasil, desde 2006 o modelo assistencial de APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF) - precedido pelo Programa Saúde da Família (PSF) de 1994<sup>2</sup> –, que visa modificar o modelo assistencial de saúde, culturalmente hospitalocêntrico (visão biomédica do processo saúde-doença), para um modelo mais humanizado, com um olhar integral

para a família e para a população, levando em consideração o contexto social em que a população vive<sup>3</sup>.

O atual cenário epidemiológico é caracterizado pela alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo um dos maiores problemas da saúde pública no Brasil e no mundo. Em âmbito nacional, elas representam mais de dois terços do total de mortes, sendo responsáveis também por uma alta prevalência de morbidades e consequente diminuição de qualidade e expectativa de vida<sup>4,5,6</sup>. Dados de 2018, da última pesquisa de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que é realizado anualmente, apontam que mais uma vez, as prevalências de obesidade, hipertensão arterial e diabetes melitus cresceram<sup>7</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), os principais fatores de risco para as DCNT são o tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável, inatividade física e excesso de peso<sup>8</sup>. Ações para interferir nesses fatores, sucederiam em diminuição no número de mortes e hospitalizações em todo o mundo<sup>9</sup>.

Para que se obtenha resultados positivos no tratamento das DCNTs, é fundamental que os pacientes mudem seus hábitos, adotando estilos de vida mais saudáveis. Porém, a mudança de hábitos é complexa e envolve diversos fatores, o profissional de saúde deve adotar estratégias que facilitem esse processo de mudança<sup>8</sup>. A literatura aponta as atividades de educação em saúde como a melhor intervenção para a mudança de hábitos, visando promover a autonomia e o empoderamento dos indivíduos, a fim de que possam ao longo do tempo autogerir sua condição crônica de saúde<sup>8,10</sup>.

No contexto da APS, a realização de grupos para resolução de demandas em saúde alimentar e nutricional constitui-se como um dos elementos da atuação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em conjunto com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que contribui para a integralidade e resolutividade do

cuidado dos usuários, além de ser uma potente e importante ferramenta para a troca de saberes entre as diferentes categorias profissionais<sup>11,12</sup>.

Pensando nisso, o MS tem proposto uma série de materiais que visam facilitar a condução de atividades coletivas de alimentação saudável, sobretudo na APS. Entre os materiais, destaca-se o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), lançado em 2014, que apresenta orientações e recomendações sobre alimentação saudável, levando em consideração aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais da população brasileira<sup>13</sup>. Outro importante documento, lançado em 2016 pelo MS, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), é o Instrutivo de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica, que tem como objetivo fornecer apoio e planejamento para ações coletivas de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde, sobretudo na APS<sup>14</sup>.

Diante da importância da alimentação saudável no atual contexto de alta prevalência de excesso de peso da população, da dificuldade dos profissionais de saúde em operacionalizar ações coletivas de alimentação e nutrição, sobretudo de forma horizontal, contextualizada e problematizadora, esse trabalho objetiva contribuir com a literatura científica, relatando a experiência exitosa de um grupo de educação nutricional, fundamentado no GAPB e sob a perspectiva educacional crítico-reflexiva.

## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de um Nutricionista Residente Multiprofissional em Atenção Básica, do Hospital Universitário de Brasília (HUB), inserido em uma equipe NASF-AB de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em Itapoã, Distrito Federal. O grupo de educação alimentar e nutricional ocorreu no período de abril de 2018 até dezembro de 2019. A eNASF-AB em questão, era composta por sete categorias profissionais diferentes (Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Farmácia e Psicologia), e fornecia apoio para nove eSF, em um território adscrito de cerca de 30.000 pessoas.

O método de educação em saúde adotado para o grupo foi o da perspectiva problematizadora e crítico-reflexiva de Paulo Freire. Nesse método, que é sempre pautado pela horizontalidade entre os atores envolvidos, o diálogo é fundamental, pois considera que tanto o educador quanto o educando possuem diferentes saberes e vivências que precisam ser respeitados durante a relação dialógica. Tal escolha foi feita por sua capacidade de gerar a independência e o empoderamento dos indivíduos, buscando, de forma coletiva, melhorar a compreensão da realidade e transformá-la<sup>14</sup>.

## 3 DESENVOLVIMENTO

### 3.1 Contextualização e importância das ações coletivas em alimentação e nutrição

Criado em 2008, o NASF – em 2017 renomeado e transformado em NASF AB - é uma equipe constituída por profissionais de diferentes núcleos de conhecimento, entre elas a Nutrição, que atua em conjunto com as eSF, fornecendo suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial, com vistas a aumentar a resolutividade e a

integralidade do cuidado. Entre as várias ações presentes no escopo de atuação do NASF AB, estão as atividades coletivas, prática comum no contexto da APS<sup>12,15</sup>.

Segundo o MS, as ações coletivas/grupais são importantes ferramentas no cuidado de pacientes da APS, podendo ser de vários modelos e formatos, tais como grupos de acolhimento, temáticos, operativos, terapêuticos, de convivência, educação em saúde, etc. Sendo um ótimo ambiente para escuta, vínculo, suporte, troca de experiências e socialização<sup>11</sup>.

No âmbito da alimentação e nutrição, as ações coletivas são práticas que ganharam muita relevância nos últimos anos e contribuem para o desenvolvimento de importantes conceitos presentes na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), tal como a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), que objetiva o incentivo, o apoio e a proteção da saúde, do coletivo, dos indivíduos e dos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural), por meio de estratégias que propiciem práticas alimentares saudáveis, do ponto de vista biológico e sociocultural<sup>16</sup>; e a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), que, conceituado pelo Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional Para as Políticas Públicas, é definido como campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis<sup>17</sup>. Outros conceitos fundamentais, presentes em políticas de alimentação e nutrição, também são muito oportunos para serem trabalhados em ações coletivas de alimentação, tais como a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), e o Direito Humano à alimentação Adequada e Saudável (DHAA)<sup>16,17</sup>.

Importante ressaltar que o modelo metodológico imperativo das intervenções coletivas em alimentação e nutrição ainda tem uma forte tendência à práticas clássicas, impositivas, que desconsideram o saber

prévio do usuário e ignoram a realidade dos indivíduos, tais como aulas expositivas e palestras<sup>18</sup>.

### 3.2 Necessidade do grupo

No atual cenário epidemiológico, as DCNT caracterizam um grande problema de saúde pública, tanto nacionalmente, quanto internacionalmente, representando um alto número de mortes (muitas delas prematuras), diminuição da qualidade de vida e dificuldades para atividades cotidianas<sup>4,5,6</sup>. No ano de 2016, as DCNTs foram responsáveis por 71% do total de mortes no mundo<sup>5,6</sup>. No mesmo ano, em âmbito nacional, elas representaram 74% do total de mortes, enfatizando também a alta prevalência de complicações em decorrência das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus<sup>4</sup>. Dados de 2018, da pesquisa do VIGITEL, apontaram prevalência de 7,7% para diabetes e de 24,7% para hipertensão arterial<sup>7</sup>.

Essa alta prevalência de DCNTs foi sentida rapidamente durante a prática, motivo do qual se fez necessário elaborar estratégias para conseguir atender essa alta demanda. Ressalta-se que o MS enfatiza que as ações coletivas na APS não devem ser pensadas somente como uma forma de atender a alta demanda, e sim como mais uma ferramenta presente no contexto do processo de trabalho<sup>11</sup>.

Sob essa perspectiva, se fez necessário uma estratégia em consonância com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, da PNAN e a lógica de trabalho do NASF AB, que é fundamentada, sobretudo, no apoio matricial às eSFs. Pensando nisso, o planejamento envolvia três ferramentas principais: atendimentos compartilhados, atendimentos individuais e um grupo para ações coletivas. As visitas domiciliares também aconteciam, mas inicialmente não eram o foco da estratégia.

### **3.3 Início e captação de usuários para o grupo**

O grupo teve início em abril de 2018, o seu planejamento e execução foi majoritariamente feito pelo nutricionista residente, que contou com o suporte da preceptora de campo e da tutora teórica da Universidade.

Todos os profissionais da UBS podiam encaminhar pacientes para o grupo, médicos, enfermeiros, técnicos, outros profissionais do NASF AB, e também os próprios usuários, prática essa muito frequente. Ponto importante da vinculação do usuário com o grupo é a identificação dele com os pares presentes, durante os encontros eles sempre eram incentivados a trazer a família e amigos para o grupo. Além dessa maior vinculação, quando outras pessoas do círculo social do usuário, sobretudo a família, também tinham o objetivo de melhorar os seus hábitos de vida, isso se tornava-se um facilitador para todos.

De forma geral, o grupo era aberto a qualquer usuário adulto que quisesse participar, o foco se dava para pacientes com DCNT, mas a linguagem e temáticas (baseadas no GAPB) dos encontros também serviam para outras questões, inclusive para pessoas sem nenhuma comorbidade e que tinham como objetivo a promoção da saúde.

Quando os profissionais de saúde atendiam um paciente com alguma questão mais específica, diferente, agudizada ou descompensada, e tinham dúvida se o grupo era o ideal para aquele caso, eles eram orientados a procurar o nutricionista e discutir qual seria a melhor ferramenta de trabalho para aquele usuário, poderia ser um atendimento compartilhado, individual, encaminhamento para outro nível de atenção ou o próprio grupo.

### **3.4 Frequência e duração dos encontros**

Inicialmente o grupo acontecia uma vez por mês, porém, logo

houve um aumento no número de participantes, e apenas um encontro mensal não era mais suficiente. Foi preciso elaborar uma estratégia pensando nos seguintes pontos:

- Devido à alta rotatividade e o volume de usuários, era necessário ter mais de um encontro para novos participantes.
- Para fazer o acompanhamento/seguimento dos usuários, era preciso ter pelo menos um encontro mensal. Notou-se que mais de um encontro por mês dificultava a participação da maioria, pois trabalhavam e/ou tinham outros compromissos no horário do grupo.

Com isso, adotou-se a seguinte estratégia, a qual funcionou e seguiu-se com ela: três encontros mensais, sendo dois encontros para usuários novos (primeira vez no grupo) e um encontro – de acompanhamento - para usuários que já haviam participado uma primeira vez. Exemplo: João é encaminhado pelo seu médico para o grupo, ele escolherá um dos dois encontros para novos usuários disponíveis naquele mês (não é necessário ele ir aos dois) e na sequência ele será orientado para ir ao encontro de acompanhamento. Em síntese, o usuário participa de um encontro de primeira vez e depois segue para os encontros mensais de acompanhamento.

Figura 1 – Fluxograma: percurso do usuário encaminhado para grupo.



Quanto ao horário do grupo, durante o primeiro ano ele foi realizado somente no período matutino, de 8h as 10h, entretanto, em março de 2019, com a chegada de mais um residente de Nutrição, o horário do grupo foi expandido também para o turno vespertino (14h as 16h), com o objetivo de ser uma alternativa de horário para usuários que não podiam ir pela manhã. O grupo vespertino seguia a mesma frequência e metodologia do grupo matutino.

Ressalta-se a importância de o profissional coordenador ter atenção e a rápida percepção quanto as necessidades de mudança e adequação para o grupo, isso vale não somente para a frequência dos encontros, mas também para outros aspectos, tais como linguagem utilizada, postura, temáticas, condução de conflitos, etc.

### **3.5 Estrutura física disponível**

Parte importante de um grupo é a estrutura física disponível e a preparação do ambiente onde ocorrerá a atividade. Nesse quesito, a UBS

onde foram feitos os encontros é bem estruturada, conta com uma sala de reuniões, que tem espaço confortável para cerca de 15 pessoas, possui ar-condicionado e uma tv para auxílio das atividades, além de mesas, cadeiras e computador.

Outro ponto relevante de relatar é a forma como a sala era organizada. As cadeiras eram distribuídas em forma de círculo e não havia nenhum tipo de barreira (mesas, cadeiras, papéis, computador) entre os participantes. Tal prática é importante para uma melhor visualização e comunicação durante o encontro, e já faz parte da comunicação não-verbal do encontro.

### **3.6 Funcionamento dos encontros**

Como já citado, o grupo possuía encontros para novos usuários e para usuários em acompanhamento, a seguir será discorrido sobre o funcionamento de cada tipo de encontro.

#### *3.6.1 Encontro para novos usuários*

Tanto o encontro para novos usuários quanto o para acompanhamento tinham duração média de duas horas, mas possuíam uma lógica diferente. O encontro para novos usuários teve em média 8 participantes e era dividido da seguinte forma:

**7h45min às 8h** - O coordenador do grupo sempre chegava alguns minutos antes do início do encontro, entre 10min e 15min, objetivando melhor organização (cadeiras, computador, limpeza da sala, material de apoio, etc.).

**8h às 8h20min** - Os primeiros 20 minutos geralmente serviam para registro dos usuários. Conforme os participantes chegavam, os dados eram preenchidos, sempre de forma individual. As informações registradas eram: nome completo, nº SUS, data de nascimento, sexo, endereço, telefone, breve história clínica, resultados de exames recentes,

queixas e o motivo do encaminhamento para o grupo. Nesse momento também era coletado o peso e a altura do paciente.

**8h20min às 8h45min** – Após o preenchimento dos dados, ocorria um momento de roda de apresentações, o coordenador do grupo se reapresentava, explicava a lógica de funcionamento do grupo (horários, frequência, temáticas, objetivo do grupo, etc.) e pedia para que cada um se apresentasse falando o nome, a motivação para estar presente e se já havia participado de alguma consulta ou grupo nutricional, relatando também o desfecho dessa experiência. Ressalta-se a importância desse momento de apresentação, destacam-se três aspectos: 1 - Demonstração de interesse e proatividade do condutor, pois contribui para a quebra de gelo e ganho da confiança dos participantes. 2 - Escuta qualificada (estar aberto a imprevisibilidade do outro), demonstrando interesse e sempre olhando para a pessoa que está falando. 3 - Estar atento aos detalhes (linguagem verbal e não-verbal), pois já é possível ir identificando o perfil de cada participante, há os mais falantes e os mais quietos, uma boa condução de grupo passa muito pelo conhecimento do coordenador diante de cada usuário.

**8h45min às 10h** – A maior parte do encontro era reservada para falar de fato sobre a alimentação saudável, outros temas também eram abordados, tais como aspectos de saúde mental e a importância de praticar atividade física. A estratégia educacional utilizada foi baseada na problematização da realidade dos usuários, tal como na método do Professor Paulo Freire – muito evidenciada pelo já citado Instrutivo de Ações Coletivas em Alimentação e Nutrição, que foi um dos principais documentos de base metodológica utilizado -, o coordenador tinha a função de questionar os usuários de tal forma que eles mesmos pudessem enxergar a necessidade de possíveis mudanças em sua rotina, sendo essa uma prática que foge da abordagem clássica de EAN. Os usuários eram perguntados, de forma sistematizada, sobre como era, quantitativa e

sobretudo qualitativamente, cada uma de suas refeições, do café da manhã à ceia. Todos eram instigados a falar e se complementar, e conforme eles iam terminando de relatar como era cada refeição, o nutricionista fazia suas contribuições baseado na realidade relatada pelos usuários. As dúvidas e sugestões já eram feitas durante as exposições de realidade, não havia um momento final para isso. As principais orientações alimentares identificadas como necessárias para aquele contexto estavam relacionadas ao:

- Baixo consumo de frutas, legumes e verduras;
- Sedentarismo;
- Baixo consumo de fibras;
- Baixo consumo de água;
- Excesso de frituras e produtos embutidos;
- Excesso de carboidratos (principalmente provenientes de alimentos ultraprocessados).

O encontro era realizado em formato de conversa informal, o que ajudava na vinculação dos usuários, destaca-se que esse momento era feito sob forma de roda, com horizontalidade, sem orientações impositivas, sempre em tom de sugestão. Ao final do encontro, os usuários recebiam instruções impressas sobre aspectos qualitativas de cada refeição, sempre baseadas nas diretrizes do GAPB.

### *3.6.2 Encontro de acompanhamento*

Participavam desse encontro os usuários que já haviam participado ao menos uma vez do encontro para novos usuários, após isso eles seguiam para esse grupo, que ocorria uma vez por mês, sempre em data e horário fixo. Teve média de 12 participantes por encontro e funcionava da seguinte forma:

**7h45min às 8h** – Assim como no encontro para novos usuários, o coordenador também chegava alguns minutos antes do horário marcado, a fim de organização do ambiente.

**8h às 9h** – Como nesse encontro os usuários já haviam participado uma vez do grupo, não era necessário coletar todos os dados novamente, somente o nome do usuário para a frequência. Um ponto a se ressaltar é sobre a coleta do peso, uma balança sempre estava presente na sala do grupo, porém, diferente do primeiro encontro, a escolha de pesar era facultativa ao usuário e isso ficava bem claro, pois foi observado que nem todo mundo se sentia confortável em se pesar em todos os encontros. Entretanto, mesmo sendo facultativo, a maioria dos usuários tinham interesse em se pesar.

Nessa primeira hora do encontro iniciávamos com uma roda de conversa, também em tom de informalidade. Os usuários eram questionados sobre como havia sido o período de intervalo entre os encontros, trazendo os pontos que eles conseguiram melhorar e as principais dificuldades encontradas, essas perguntas eram o suficiente para desencadear muita conversa e muitas dúvidas.

De todos os momentos, dos dois tipos de encontro (novos usuários e acompanhamento), esse era o período onde mais se observava a participação e o interesse dos usuários, era o principal espaço para a troca de saberes e de experiências entre os participantes, notava-se que as principais dificuldades estavam relacionadas a falta de tempo, organização, dificuldade na logística do trabalho, conflitos familiares e outras questões de rotina. Esses problemas estavam presentes na vida de quase todos os usuários, o que tornava a troca entre eles muito enriquecedora. O papel do coordenador era apenas de facilitar essa troca de informações, em alguns encontros o coordenador pouco precisava falar e/ou interferir, mas claro, sempre que necessário, o saber técnico era trazido para instigar e acrescentar as discussões.

**9h às 10h** – Esse período era reservado para expor algum assunto específico, a maioria dos encontros era geralmente norteado por algum tema presente no GAPB ou que fosse elegido previamente pelos próprios

usuários.

Os métodos utilizados para esse momento de educação em saúde foram basicamente dois: vídeos e exposições dialogadas. A ênfase era sempre dada sobre a forma de expor o assunto, priorizando metodologias participativas, instigando e questionando os usuários a todo instante. Também havia uma preocupação em trazer os temas para a realidade do território e para a rotina de cada um, isso ajudava a fazer ainda mais sentido entre o usuário e o tópico em questão. Outro ponto importante foi que sempre era entregue algum material impresso para os usuários em relação ao tema exposto no encontro, essa demanda foi trazida pelos próprios pacientes e por isso acabou se tornando um hábito.

### **3.7 Encaminhamentos**

Tanto o encontro de novos usuários quanto o de acompanhamento traziam demandas que precisavam de outras ferramentas e/ou outros serviços. Dessa forma, se fazia necessário estar atento aos detalhes, alguns pacientes prescindiam de atendimento nutricional individual ou serem encaminhados para outro nível de atenção. Sempre que necessário os profissionais da eSF de referência do usuário eram contactados e informados sobre a demanda, como desfecho poderia acontecer uma consulta compartilhada, atendimento domiciliar ou algum outro tipo de encaminhamento.

Importante destacar conceitos básicos no âmbito da saúde e que se faziam presentes nos encontros, tais como a integralidade e a clínica ampliada. Nesse ponto, destaca-se a importância da multiprofissionalidade da eNASF-AB, que aumentavam as possibilidades e a integralidade do cuidado, esses profissionais eram, sempre que necessário, demandados por questões relacionadas à usuários do grupo.

## 4 RESULTADOS OBSERVADOS

Durante os quase dois anos de grupo foi possível identificar diversos resultados nos participantes, destaca-se o quanto o grupo expandiu o seu escopo inicial e se tornou um ótimo espaço de convivência. Houve grande criação de vínculo entre os usuários, que inclusive acabou se dando também fora dos muros da UBS, foram diversos os relatos de participantes que se conheceram no grupo e que fizeram amizade, que frequentavam a casa um do outro e que praticavam atividade física juntos.

Observou-se troca de saberes e de experiências, geração de confiança, apropriação dos conteúdos ministrados e desenvolvimento da capacidade de realização de escolhas nutricionais saudáveis. Também foi identificado, em alguns usuários, sobretudo os que conseguiram ter maior continuidade no grupo e que praticavam atividade física regularmente, redução de Índice de Massa Corporal (IMC), melhora no perfil glicêmico, lipídico e pressórico.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se, com esses achados, a existência de um ambiente com grande potencial para trazer reflexão crítica a respeito do cotidiano da comunidade, sendo também um ótimo espaço terapêutico para pacientes com DCNT e para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.

No período que este grupo foi iniciado, também foram criados vários outros grupos, com diversas temáticas, na UBS. Porém, poucos vingaram e tiveram continuidade. Entre os aspectos enxergados como importantes para a efetividade do grupo em questão, destaca-se a grande preocupação com a escuta qualificada – que ainda não é vista por grande parte dos profissionais de saúde como uma ferramenta técnica do processo de trabalho -; a problematização baseada na realidade dos

usuários; a comunicação/educação popular; e a oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) dentro na UBS, que se aliavam ao grupo de nutrição.

Ao longo dos encontros notou-se, em alguns usuários, uma certa estigmatização em relação a alimentação saudável e o profissional nutricionista, muitos usuários relatavam enxergar a alimentação saudável como algo restritivo e sofrível, e o nutricionista como um profissional “punitivo” que iria proibir diversos alimentos presentes em sua rotina, o que causava uma resistência inicial no paciente. Para enfrentar tal resistência, a postura profissional humanizada, atenta, ética, aliada à forma com que o GAPB induz a abordagem alimentar e nutricional foram fundamentais.

Os resultados alcançados pelo grupo objeto deste relato, superaram os objetivos e as expectativas iniciais planejadas, enfatiza-se a importância de trabalhar a PAAS em ambientes comunitários, de forma horizontal, problematizadora e que tenha como foco metodologias participativas que proporcionem a autonomia do usuário.

## REFERÊNCIAS

1. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política nacional de atenção básica. Brasília: MS; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial Brasília: MS, 1997.
4. WHO. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Geneva: World Health Organization, 2018.
5. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country

- and by Region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization, 2018.
6. WHO. World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva, 2018.
  7. VIGITEL Brasil 2018: 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 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
  9. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional da Saúde, 2013. Rev. Bras. Epidemiol. 2015; 18 Supl. 2:3-16
  10. Cisneros LL, Gonçalves LA. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n. supl. 1, p. 1505-1514, 2011.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
  12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
  14. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Ministério da Saúde,

- Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 25 Jan 2008.
  16. 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, 2013.
  17. 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.
  18. Franca CJ, Carvalho VCHS. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 932-948, 2017.