NARA LETÍCIA ZANDONADI DE OLIVEIRA

Mapeamento da implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde: *Scoping Review*

São Paulo

2018

NARA LETÍCIA ZANDONADI DE OLIVEIRA

**Mapeamento da implementação de condutas nutricionais baseadas em
evidências em serviços de atenção primária à saúde: *Scoping Review*
Versão Original**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Marina Peduzzi

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Oliveira, Nara Letícia Zandonadi de.

Mapeamento da implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde: *Scoping Review* / Nara Letícia Zandonadi de Oliveira; orientador Marina Peduzzi. -- São Paulo, 2018.

xx p. : fig., tab.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Conduta nutricional. 2. Implementação de práticas. 3. Prática baseada em evidências. 4. Atenção primária à Saúde. I. Peduzzi, Marina. II. Título.

Oliveira NLZ. Mapeamento da implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde: *Scoping Review*. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Interunidades, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: / / 2018

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Dedico essa conquista àqueles que, com todo zelo e carinho, não pouparam esforços para que eu conseguisse chegar ao fim dessa trajetória: Meus pais (Maura e Carlos), meu companheiro (Rodrigo) e minha orientadora (Profª Marina)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre iluminar meu caminho, pela saúde e proteção, e por me fazer mais forte a cada novo dia.

Agradeço aos meus pais (Maura e Carlos), por tudo que sempre fizeram por mim, pelo amor incondicional, pelo carinho e zelo, por serem mais do que meu alicerce...minha vida!

Agradeço ao meu companheiro (Rodrigo), por ser meu aconchego...meu lindo amor, por não me deixar desistir dos meus sonhos, por seguir comigo nos planos da vida.

Agradeço à Prof^a Marina Peduzzi, que foi muito mais que uma orientadora...uma “mãezona”. Muito obrigada por todas as oportunidades, por toda dedicação, por todo apoio, por todo carinho! Imensa gratidão!

Agradeço à Heloíse Lima Fernandes Agreli e Karen dos Santos Matsumoto por aceitarem entrar nesse barco comigo, por formarem nossa equipe de revisão, pela dedicação e apoio. Muito obrigada, meninas!

Agradeço a todos aqueles que colaboraram de alguma forma para a construção e conclusão desse trabalho, em especial aos membros da banca do exame de qualificação, à querida bibliotecária Juliana Takahashi e ao sempre solícito Félix.

Agradeço aos colegas e amigos da turma do mestrado profissional, e também aos professores, pela oportunidade de compartilhar tantas experiências e aprendizados. Assim como, aos colegas do grupo de pesquisa que também muito colaboraram para meu fortalecimento profissional e pessoal.

Agradeço aos meus amados amigos e familiares, por compreenderem minha ausência em alguns momentos, por aguentarem minhas lamúrias, por rezarem e torcerem pelo meu sucesso.

Foi uma longa e difícil trajetória, mas certamente sem vocês nada disso seria possível. Muitoooo obrigadaaa!!!

A permeabilidade do técnico ao não técnico, a mútua fecundação entre essas dimensões interligadas é que torna possível caminhar para um plano de maior autenticidade e efetividade... (Ayres, 2006)

RESUMO

Oliveira NLZ. Mapeamento da implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde: *Scoping Review* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Original.

A ciência da nutrição experimentou nos últimos anos avanço bastante representativo em produção de evidências científicas, mas ainda permanece incerto em que medida tais ganhos quantitativos acarretam em melhoria da qualidade da atenção à saúde. Sendo assim, objetivou-se sistematicamente mapear e categorizar as intervenções e programas que demonstram como as condutas nutricionais baseadas em evidências têm sido implementadas por profissionais de saúde na atenção primária, buscando também compreender barreiras e potencialidades para que tal implementação aconteça. Para isso, foi realizada uma revisão do tipo *scoping review* seguindo os preceitos do Instituto Joanna Briggs, considerando-se estudos primários sobre implementação de práticas que abordassem questões relacionadas à alimentação e nutrição, no que diz respeito a recomendações dietéticas e/ou aconselhamento nutricional dentro do contexto da prática baseada em evidências, em serviços de atenção primária à saúde, tendo os profissionais de saúde atuantes nesses serviços como agentes da implementação. Foram consultadas sete bases de dados eletrônicas (PubMed, CINAHL, EMBASE, LILACS, PsycINFO, ERIC e SCOPUS), identificando-se 3096 registros que resultaram em 14 artigos selecionados, todos em língua inglesa, publicados entre os anos de 2004 e 2016, com maior concentração em países do continente europeu. Estes trouxeram diferentes vertentes do processo de implementação acerca de seis importantes temas: Controle de peso (Sobrepeso/Obesidade), Alimentação infantil, Consumo de bebidas alcóolicas, Aleitamento materno, Cuidado ao paciente diabético e Risco nutricional/Desnutrição. Os profissionais enfermeiros apareceram como os principais responsáveis por realizar condutas nutricionais junto à população atendida pelas unidades de saúde. O processo de implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária se apoiou em quatro principais eixos: 1) Reconhecimento das necessidades de saúde e características

dos serviços e profissionais de saúde para atender as demandas; 2) Desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais de saúde; 3) Trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa; 4) Adequação das intervenções à realidade dos serviços e Atenção centrada no paciente. As barreiras predominantes à implementação foram: indisponibilidade de tempo, incompatibilidade das intervenções com as condições de vida e necessidades de saúde dos pacientes, falta de recursos, e relações conflituosas entre profissionais e pacientes. Por outro lado, foram identificadas potencialidades como treinamentos pré-intervenção bem estruturados, intervenções moldáveis às necessidades de saúde dos pacientes e realidade dos serviços, supervisão e suporte de profissionais especialistas, presença de materiais de apoio e fortalecimento do trabalho em equipe. Conclui-se que o elemento-chave das condutas nutricionais não reside apenas nas evidências científicas, mas primordialmente no processo de implementação, que ao contemplar os quatro eixos acima referidos, pode contribuir em muito para uma melhor qualidade da atenção à saúde nos serviços de atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Conduta Nutricional, Implementação de Práticas, Prática Baseada em Evidências, Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Oliveira NLZ. Mapping the implementation of evidence-based nutritional management in primary health care settings: scoping review [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018. Versão Original.

Although in recent years, the science of nutrition has made considerable progress in the production of scientific evidence, it remains uncertain up to what extent these quantitative gains lead to improvements in the quality of health care. Thus, the objective was to systematically map and categorize interventions and programs that demonstrate how evidence-based nutritional management have been implemented by health professionals in primary care, seeking also to understand barriers and potential for such implementation to occur. For this purpose, a review of the scoping review type was carried out following the precepts of the Joanna Briggs Institute, considering primary studies on the implementation of practices that address issues related to food and nutrition, regarding dietary recommendations and / or nutritional counseling in the context of evidence-based practice in primary health care services, considering health professionals working in these services as agents of implementation. Seven electronic databases (PubMed, CINAHL, EMBASE, LILACS, PsycINFO, ERIC and SCOPUS) were consulted, identifying 3096 records that resulted in 14 selected articles, all in English, published between the years 2004 and 2016 concentrated mainly in European countries. These articles revealed different aspects of the implementation process on six important topics: Weight control (Overweight/Obesity), Infant feeding, Consumption of alcoholic drinks, Breastfeeding, Diabetic patient care and Nutritional risk / Malnutrition. Nursing professionals appeared as the main responsible for conducting nutritional management among the population served by health units. The process of implementing evidence-based nutritional management in primary care services was based on four main axes: 1) Recognition of health needs and characteristics of health services and professionals to meet the demands; 2) Development of educational actions among health professionals; 3) Collaborative teamwork and interprofessional practice; 4) Adequacy of interventions to the reality of services and Patient-centered care. The predominant

barriers to implementation were: unavailability of time, incompatibility of interventions with living conditions and patients' health needs, lack of resources, and conflicting relationships between professionals and patients. On the other hand, potentialities were identified, such as well-structured pre-intervention training; interventions that were shaped corresponding to patients' health needs and the reality of services; supervision and support of specialist professionals; existence of materials to support the practice and strengthening of teamwork. It is concluded that the key element of nutritional management lies not only in the scientific evidence, but primarily in the implementation process, which, when encompassing the four axes mentioned above, may contribute greatly to a better quality in health primary health care services.

Keywords: Nutritional management, Implementation of practices, Evidence-based practice Primary health care

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 5.1 - Fluxograma PRISMA adaptado.....	36
Gráfico 5.1 - Distribuição dos estudos segundo ano de publicação	37
Gráfico 5.2 - Distribuição dos estudos entre os continentes	37
Gráfico 5.3 - Distribuição dos estudos segundo país de origem.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 5.1 - Distribuição dos estudos segundo tema, número de artigos por tema e símbolos de identificação e suas respectivas referências.....	39
Quadro 5.2 - Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Controle de peso (Sobrepeso/Obesidade)”	44
Quadro 5.3 - Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (conduta nutricional) nos estudos acerca da temática “Controle de Peso (Sobrepeso/Obesidade)”	45
Quadro 5.4 - Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Alimentação infantil”	51
Quadro 5.5 - Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (conduta nutricional) nos estudos acerca da temática “Alimentação infantil”	52
Quadro 5.6 - Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Consumo de bebidas alcóolicas”	60
Quadro 5.7 - Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (conduta nutricional) nos estudos acerca da temática “Consumo de bebidas alcóolicas”	62
Quadro 5.8 - Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Aleitamento materno”	70
Quadro 5.9 - Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (conduta nutricional) nos estudos acerca da temática “Aleitamento materno”	71
Quadro 5.10 - Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Cuidado ao paciente diabético”	74
Quadro 5.11 - Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (conduta nutricional) nos estudos acerca da temática “Cuidado ao paciente diabético”	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 5.12 - Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Risco nutricional/Desnutrição”	79
Quadro 5.13 - Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (condutas nutricionais) nos estudos acerca da temática “Risco nutricional/Desnutrição”	80
Quadro 5.14 - Barreiras para implementação das intervenções e programas pontuadas nos estudos.....	84
Quadro 5.15 - Potencialidades para implementação das intervenções e programas pontuadas nos estudos.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB/SF	Atenção Básica/Saúde da Família
aprox.	Aproximadamente
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DA	Diário Alimentar
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DOI	Digital Object Identifier (Identificador de Objeto Digital)
EE/USP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ERIC	Education Resources Information Center
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Ex.	Exemplo
h	Horas
IMC	Índice de Massa Corporal
JBÍ	Instituto Joanna Briggs
kg/m ²	Quilos por metro quadrado
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
min	Minutos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OBS.	Observação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCC	População, Conceito e Contexto
SMS	Short Message Service (Serviço de Mensagens Curtas)
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

LISTA DE SÍMBOLOS

$\geq$	Maior ou igual
$\rightarrow$	Sequência
$+$	Adição
$//$	Divisão de informações
$---$	Nenhuma informação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	21
2.2	TRANSIÇÃO NUTRICIONAL	23
2.3	IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS.....	24
3	PROPOSIÇÃO	27
4	MATERIAIS E MÉTODOS	28
4.1	PERGUNTA DE PESQUISA	28
4.2	ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	29
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	30
4.3.1	Tipos de participantes (população)	30
4.3.2	Conceito	31
4.3.3	Contexto	31
4.3.4	Tipos de fontes	32
4.4	SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	32
4.5	EXTRAÇÃO DOS DADOS	33
4.6	SÍNTESE DOS DADOS.....	34
5	RESULTADOS	35
5.1	INTERVENÇÕES E PROGRAMAS.....	35
5.1.1	Controle de peso (Sobrepeso/Obesidade)	40
5.1.2	Alimentação infantil.....	47
5.1.3	Consumo de bebidas alcóolicas	54
5.1.4	Aleitamento materno	66
5.1.5	Cuidado ao paciente diabético	72
5.1.6	Risco Nutricional/Desnutrição.....	76
5.2	PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS COM AS INTERVENÇÕES OU PROGRAMAS	81
5.3	BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES OU PROGRAMAS	82

5.4	POTENCIALIDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES OU PROGRAMAS	86
6	DISCUSSÃO	93
7	CONCLUSÃO	105
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICES	115

1 INTRODUÇÃO

Frente às demais áreas do conhecimento, as ciências da saúde foram as que experimentaram o maior e mais notável crescimento em produção científica nas últimas duas décadas.(1) E quando se fala em produção de conhecimento científico, a ciência da nutrição não fica atrás; muito pelo contrário, vê-se um avanço bastante representativo também no número de estudos acerca dos temas relacionados à alimentação e nutrição.(2) Apenas entre os anos de 2007 e 2009 foram publicados 2168 artigos na subárea “Nutrição” em periódicos nacionais e internacionais com fator de impacto Qualis-CAPES¹ variando entre A1 e B5.(3)

Ainda permanece incerto, no entanto, em que medida tais ganhos quantitativos em pesquisa científica vêm acompanhados por ganhos qualitativos na resolubilidade das questões de saúde.(4) As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por exemplo, ainda são um dos principais desafios de saúde do século XXI. Segundo dados do Relatório Mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012 as DCNT foram a principal causa de morte no mundo.(5)

Ressalta-se a existência tanto de fatores que impedem a translação das descobertas científicas básicas para os estudos clínicos, quanto, posteriormente, fatores que barram a translação destes para a prática profissional e a tomada de decisão nos sistemas de saúde.(6) Autores pontuam que os resultados das investigações costumam ser disseminados único e exclusivamente logo depois de serem obtidos e normalmente continuam a ser em grande parte restritos à comunidade acadêmica, com repercussões ainda insuficientes sobre a política pública e a prática profissional em saúde.(4)

Além do fato de alguns profissionais de saúde darem continuidade a uma prática ainda engessada (pautada em verdades absolutas retrógradas e certamente desatualizadas), soma-se o certo despreparo dos serviços e do sistema de saúde em abraçar e incorporar as atividades de pesquisa em suas realidades.(6, 7)

Tendo em vista que a Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidade com o sistema de saúde,(8) cabe aos profissionais de saúde atuantes nos serviços de Atenção Primária lançar

¹ Conjunto de procedimentos utilizados pela CAPES para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação

mão de condutas bem fundamentadas em suas rotinas de trabalho, tanto no que diz respeito a métodos e tecnologias científicas quanto a abordagens que contemplem interações e determinantes sociais, no intuito de assegurar qualidade ao cuidado à saúde. Neste contexto, encontram-se as condutas nutricionais.

Nos serviços de Atenção Primária, os médicos clínicos gerais são usualmente a categoria profissional mais procurada pelos pacientes para obter informações relacionadas à dieta. Porém, estudos sobre controle de peso nestes serviços evidenciaram que raramente os médicos se envolvem de maneira mais intensa na implementação de intervenções.(9, 10) Em um questionário para avaliar atitudes e disposição dos médicos clínicos gerais para tratar pacientes obesos, apenas 15% deles relatou dispendir de 1 a 10 minutos para discutir controle de peso com seus pacientes.(9)

A equipe de enfermagem, em contrapartida, costuma dispendir mais tempo discutindo questões relacionadas ao peso com pacientes obesos.(9) No entanto, as recomendações sobre alimentação saudável transmitidas por esses profissionais tendem a ser muito gerais e não personalizadas. Ademais, poucos deles norteiam-se por protocolos clínicos de boa qualidade no que diz respeito a condutas nutricionais.(11)

Profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária muitas vezes não possuem treinamento, habilidades, confiança e tempo necessários para a adequada implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências.(10) Carga de trabalho pesada e falta de tempo aparecem como exemplos de barreiras importantes. Por outro lado, o envolvimento de diferentes profissionais de saúde, como enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, trabalhando numa abordagem colaborativa, tende a potencializar a capacidade de resolução dos problemas de saúde.(9, 11, 12)

Esta *scoping review* visou sistematicamente mapear e categorizar as intervenções e programas que podem ser classificados sob o termo “conduta nutricional baseada em evidências na atenção primária à saúde”, para um melhor entendimento de como as condutas nutricionais baseadas em evidências têm sido implementadas por profissionais de saúde nos serviços de atenção primária à saúde, especialmente no que diz respeito a barreiras e potencialidades para que esta implementação aconteça. E diante disso, elaborou-se um boletim informativo e um projeto de implementação destinado aos profissionais de saúde, gerentes e gestores

da atenção primária à saúde que tem por finalidade informar e apoiar a implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências no cotidiano de trabalho nas unidades básicas de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1920 o governo inglês lançou o Relatório Dawson que, contrapondo-se ao modelo de atenção à saúde americano fundamentado no reducionismo biológico de cunho curativo, colocava, pela primeira vez, a Atenção Primária à Saúde em pauta na organização do sistema de saúde daquele país. Composto por centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino, este novo modelo inglês de atenção à saúde viria a influenciar a organização de outros sistemas de saúde em todo o mundo. Internacionalmente a APS passou a ser vista como estratégia regionalizada, contínua e sistematizada voltada para atender a maior parte das necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades, integrando ações preventivas e curativas.(13)

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética; e traçaram Atenção Primária à Saúde como:

Cuidados primários de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. [...] Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.(14, p. 3)

Desde então a APS veio sendo rediscutida e reconstruída com o passar dos anos. Ao analisar as reformas orientadas pela APS em países da União Europeia a partir de 1990, o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde notou um papel crescente da atuação da atenção primária nestes países, onde foram observados atributos como: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.(15) Completados 30 anos da Declaração de Alma-Ata, no ano de 2008, a OMS publicou um Relatório Mundial de Saúde que revisitou o conjunto de

valores e princípios dos Cuidados de Saúde Primários, sem deixar de reconhecer a necessidade de sistemas de saúde com base numa APS forte e de qualidade, diminuindo os intoleráveis vazios ainda existentes entre sua aspiração e sua implementação.(8)

No Brasil, com a constituição e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) entre os anos de 1988 e 1990, a concepção de APS desenvolveu-se com base nos princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular; conforme instituído pela Política Nacional de Atenção Básica:

Conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; [...] desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, [...] devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.(16, p. 19)

Na Política Nacional de Atenção Básica está inserida a Estratégia Saúde da Família (ESF), como expansão do antigo Programa Saúde da Família já vigente desde 1994, e como plano prioritário do Ministério da Saúde para consolidação da APS no Brasil. A proposta de “Saúde da Família” buscou tirar o foco da medicalização e hospitalização, voltando-se para a promoção e prevenção da saúde, colocando as famílias no centro das ações.(16) As equipes de ESF, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adstrita, são compostas por, no mínimo, médico generalista, enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde; podendo contar também com os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista e auxiliares e/ou técnicos em saúde bucal.(16)

Em 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS no Brasil, bem como sua resolubilidade, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituindo-se em parte integrante, mas não exclusiva, da ESF. Compostos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento (dentre as quais, alimentação e nutrição), os NASF buscam contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, através do apoio prestado aos profissionais das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua e Equipes Ribeirinhas e Fluviais). Atuando de maneira compartilhada e colaborativa, auxiliam no aumento da capacidade de

análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios.(16, 17)

Ainda que não participante direto da ESF, desde a criação dos NASF, o nutricionista pôde fazer parte das equipes multiprofissionais que os constituem, desenvolvendo inúmeras atividades, dentre as quais: apoio às ações de Segurança e Vigilância Alimentar e Nutricional, apoio aos programas governamentais, reuniões de equipe/matriciamento, atendimentos em grupo; além de visitas domiciliares e atendimentos individuais, se necessário.(18) No período de março a novembro de 2010, um estudo(19) constatou a presença de 123 nutricionistas atuando em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 51 em Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de São Paulo. No que diz respeito aos NASF, foi verificada uma considerável inserção do nutricionista nas equipes, sendo que mais da metade dos núcleos já possuíam este profissional (57,3% dos NASF). Porém sua participação na Atenção Básica, de uma maneira geral, ainda estava longe do seu potencial.

No SUS, a APS desenvolve ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, com o uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como principal ferramenta; ações de Promoção à Saúde e da Alimentação Saudável, com a implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira, da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável e do Programa Saúde na Escola; além de ações de controle e prevenção da obesidade, doenças crônicas e deficiências de micronutrientes, com foco na anemia ferropriva e hipovitaminose A.(20) Mas quando se fala em Saúde da Família em grandes centros urbanos, o estudo realizado em 2010(19) destacou que a atenção nutricional, principalmente a que contava com o envolvimento de profissionais nutricionistas, ainda tendia a estar mais voltada para regiões com maior vulnerabilidade social e conseqüentemente, maior insegurança alimentar e nutricional.

2.2 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Desde a última metade do século XX, vários países vêm passando pela chamada transição nutricional. Esta, de maneira geral, caracteriza-se por transformações no padrão de consumo, de produção e comércio de alimentos, além do estilo de vida contemporâneo. Mudanças econômicas, sociais e demográficas, em decorrência da modernização e crescente urbanização, alteraram os padrões

alimentares das populações, gerando aumento das taxas de sobrepeso e obesidade (e suas comorbidades) e concomitante redução das taxas de desnutrição.(21) No Brasil, essa transição nutricional é marcada pela dupla carga de doenças, ou seja, doenças crônicas não transmissíveis ainda dividem espaço com doenças infecciosas e transmissíveis; desnutrição e carências nutricionais específicas (com destaque para anemia ferropriva e hipovitaminose A) ao lado de quadros crescentes de obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer.(22)

O padrão alimentar caracterizado pelo consumo de alimentos com alta densidade calórica, ricos em gorduras (principalmente saturadas e trans) e açúcares simples, associado a um baixo consumo de frutas, legumes e verduras, tem dominado diversos países. Até mesmo países orientais, como a China, têm adotado um padrão alimentar mais ocidental.(23) E este tem sido também o padrão alimentar mais comum das famílias brasileiras.(24)

Diante desse cenário, as doenças relacionadas com a alimentação são desafios globais que coexistem na maioria dos países, exigindo dos serviços de saúde ações de alimentação e nutrição bem fundamentadas que proporcionem atenção integral e contínua aos cidadãos.(25) Por sua função preventiva e capacidade de resolução de grande parte das demandas (principalmente aquelas relativas a DCNT), a APS ganha um importante destaque na Rede de Atenção à Saúde neste quesito.(26)

2.3 IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

A mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis é, principalmente, consequência de uma exposição prévia a fatores de risco clássicos e passíveis de modificação, tais como alimentação inapropriada, sedentarismo e tabagismo.(27) Ensaio clínicos salientam que uma dieta adequada – rica em leguminosas, grãos integrais, frutas, hortaliças, peixes e com baixo teor de lipídeos (especialmente gordura saturada e trans), açúcares simples e sal – está associada a menor incidência de DCNTs, primordialmente de doenças cardiovasculares.(28-30) Mas muito além de seu papel determinante e bem estabelecido na prevenção e controle DCNTs, a alimentação e nutrição estão entre requisitos básicos para promoção e

proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida.(20)

No entanto, mesmo diante das inúmeras evidências sinalizando os benefícios de mudanças nos hábitos alimentares na saúde dos indivíduos, ao implementar condutas nutricionais na prática clínica, os profissionais de saúde precisam saber como obter, interpretar e integrar as evidências à realidade do paciente para então tomar decisões acerca da assistência à saúde.(31) Com suas origens no campo da medicina, o conceito de “Prática baseada em evidências” nasceu a partir da busca por fundamentação científica para nortear a prática clínica.(32)

Dado o crescimento explosivo em produção científica nos últimos tempos e o despontar das muitas fontes de informação (revistas, sites, congressos), ficou quase impossível para os profissionais de saúde manterem-se atentos e atualizados acerca de novas evidências científicas. Soma-se a isso a limitação de muitos profissionais de saúde não possuírem habilidades suficientes para empreender uma avaliação crítica de evidências científicas, o que pode contribuir para que mantenham uma prática engessada ou simplesmente mudem suas condutas a cada nova publicação.(33) Em resposta a essas problemáticas, juntamente com o rápido aumento na disponibilidade de pesquisas primárias, viu-se também um aumento expressivo dos trabalhos de revisão de literatura, com destaque para as revisões sistemáticas.(34)

Também conhecidas como sínteses de pesquisas, as revisões sistemáticas têm por objetivo compilar as melhores evidências científicas e sintetizá-las para produzir declarações que guiarão a criação de políticas públicas e a tomada de decisão na prática profissional. Trata-se de um tipo de revisão que busca responder uma pergunta bem definida através métodos rigorosos de pesquisa, visando a garantia de resultados confiáveis e significativos para as partes interessadas.(34, 35)

Agindo como uma organização global sem fins lucrativos comprometida com o desenvolvimento, promoção e suporte de cuidados à saúde baseados em evidências, o Instituto Joanna Briggs (JBI) aparece como uma importante liderança mundial no auxílio à translação de evidências para as práticas de cuidados à saúde. Com sede em Adelaide na Austrália, o Instituto conta com mais de 80 centros colaboradores e afiliados, dentre os quais o que fica localizado no Brasil junto à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP).(35)

A partir dos trabalhos de revisão de literatura sistematicamente elaborados, são desenvolvidas diretrizes clínicas (*guidelines*), que visam diretamente respaldar a decisão sobre cuidados de saúde apropriados para condições clínicas específicas. Na prática, porém, os profissionais de saúde cotidianamente se deparam com problemas na interpretação e aplicação das diretrizes clínicas. A maioria delas trazem apenas recomendações padrões (valores médios) resultantes da síntese a partir da compilação de dados nas revisões sistemáticas,(36) e outros ainda são apenas cópias de *guidelines* internacionais¹.(33) Diretrizes atuais ainda continuam a elaborar estratégias para o gerenciamento clínico a partir de uma visão tradicional do processo de saúde e doença, fornecendo recomendações específicas, de maneira fragmentada, desconsiderando os indivíduos com múltiplas comorbidades (diretrizes específicas e separadas para obesidade, diabetes, hipertensão e dislipidemia, por ex.).(36) Mas, muitas vezes, é na conduta dos profissionais de saúde que residem os maiores pontos críticos. Não é difícil encontrar casos em que os profissionais optam por simplesmente transmitir as recomendações presentes nas diretrizes clínicas independente do cenário no qual está inserido, ignorando as diferenças entre os países, entre os estados e territórios dos países, entre classes sociais, raças e grupos étnicos, entre um paciente e outro.(36)

¹ Vale ressaltar que alguns países possuem uma produção científica muito incipiente, o que dificulta a elaboração de *guidelines* voltados para suas realidades.(33)

3 PROPOSIÇÃO

Embora os nutricionistas sejam os profissionais com maiores competências para estabelecer recomendações dietéticas embasadas e sustentáveis, adequando-as às diferentes necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade;(37) outros profissionais de saúde também necessitam apropriar-se e disseminar tais recomendações em seu cotidiano de trabalho. Porém resta saber como as condutas nutricionais baseadas em evidências têm sido implementadas nos serviços de Atenção Primária, quem são os profissionais de saúde mais envolvidos e quais as barreiras e potencialidades para que tal implementação ocorra.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Diferentes perguntas e objetivos de pesquisa requerem também diferentes delineamentos metodológicos, no intuito de sintetizar de forma eficiente as evidências disponíveis. *Scoping reviews*, também chamadas de “revisões de mapeamento”, aparecem como um tipo de revisão que atende as mais variadas problemáticas.(34)

Especialmente indicadas para temas ainda não estudados exaustivamente, *scopings reviews* distanciam-se das revisões sistemáticas pelo fato de serem usadas com outras finalidades, dentre as quais mapear as evidências que têm sido produzidas, apresentar conceitos-chave que giram em torno de determinada área do conhecimento, fornecer uma visão geral e esclarecer os limites conceituais de um tópico, identificar lacunas do conhecimento, embasar revisões sistemáticas, e relatar os tipos de evidências que permeiam a prática no campo de trabalho.(34, 38)

Sendo assim, pelo fato de ser um tipo de revisão capaz de fornecer informações valiosas sobre as mais diferentes formas pelas quais as condutas nutricionais baseadas em evidências estão sendo implantadas dentre as atividades dos serviços de atenção primária à saúde, optou-se por empregar neste estudo a metodologia de *scoping review* proposta pelo Instituto Joanna Briggs (JBI).

Para o desenvolvimento de *scoping reviews*, o Instituto Joanna Briggs utiliza como referencial a estrutura proposta por pesquisadores precursores no assunto.(34, 38) Segundo estes, são cinco as etapas que delineiam o desenvolvimento de uma *scoping review*:

- Identificação da(s) pergunta(s) de pesquisa;
- Identificação dos estudos relevantes;
- Seleção dos estudos;
- Tabulação dos dados;
- Conferência, resumo e relato dos resultados

4.1 PERGUNTA DE PESQUISA

O JBI utiliza certas estratégias para auxiliar na formulação de diferentes perguntas de revisão. No caso de *scoping reviews*, quando na formulação da

questão norteadora, sugere-se que o mnemônico "PCC" seja empregado: **P**opulação, **C**onceito e **C**ontexto. Desfechos, intervenções ou fenômenos de interesse não precisam ser levados em consideração, mas podem estar implícitos dentro do "Conceito".(34) Uma pergunta de pesquisa bem estruturada direciona a definição dos critérios de inclusão e, por sua vez, da estratégia de busca, de maneira lógica e efetiva.

Com base na estratégia "PCC", o presente estudo formulou a seguinte questão central para orientar a *scoping review*:

- **Quais intervenções e programas relacionados a condutas nutricionais baseadas em evidências têm sido implementados por profissionais de saúde em serviços de atenção primária à saúde?**

P (População): Profissionais de saúde

C (Conceito): Condutas nutricionais baseadas em evidências

C (Contexto): Serviços de atenção primária à saúde

Algumas *scopings reviews* beneficiam-se de uma ou mais questões secundárias que delimitam determinados atributos da "População", "Conceito" ou "Contexto".(34) Sendo assim, este estudo também contou com duas questões secundárias:

- **Quais são os profissionais de saúde envolvidos com as intervenções e programas relacionados a condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde?**
- **Quais são as barreiras e potencialidades para implementação das intervenções e programas relacionados a condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde?**

4.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A estratégia de busca seguiu os três passos recomendados pelo Instituto Joanna Briggs.(35) O primeiro deles envolveu uma busca inicial em seis bases de dados eletrônicas (Portal BVS, PubMed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO e ERIC), objetivando encontrar os termos indexados relacionados à temática do trabalho,

assim como as palavras-chave de interesse contidas no título e resumo dos artigos recuperados (análise de, no máximo, vinte títulos e resumos em cada uma das bases de dados citadas). Nesta primeira fase, a escolha por estas bases de dados se deu pelo fato delas trabalharem com termos indexados.

O segundo passo consistiu numa nova busca em todas as bases de dados selecionadas para este estudo utilizando todos os termos indexados e palavras-chave identificados na fase anterior. As bases de dados eletrônicas selecionadas foram: PubMed, CINAHL, EMBASE, LILACS¹, PsycINFO, ERIC e SCOPUS. Os termos indexados e palavras-chave utilizados nesta segunda fase estão descritos no Apêndice A, ao passo que um exemplo das combinações através dos operadores booleanos “OR” e “AND” está presente no Apêndice B. Por fim, no terceiro passo foi feita uma busca adicional nas listas de referências de todos os artigos selecionados para compor a revisão. Os estudos incluídos foram armazenados em um software gerenciador de bibliografias (EndNote[®]), que também auxiliou na exclusão de artigos repetidos (duplicações).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

4.3.1 Tipos de participantes (população)

Estudos que incluíssem qualquer profissional de saúde atuante em serviços de atenção primária à saúde, independente do grau de escolaridade (nível fundamental, médio ou superior), desde que estes fossem os agentes da implementação.

4.3.2 Conceito

Esta revisão considerou estudos sobre implementação de práticas que abordassem questões relacionadas à alimentação e nutrição, não necessariamente de maneira exclusiva, no que diz respeito a recomendações dietéticas e/ou aconselhamento nutricional dentro do contexto da prática baseada em evidências

¹ Os termos indexados utilizados na busca feita na base de dados LILACS foram coletados a partir do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (Portal BVS) – Descritores DECs

(conduta nutricional baseada em evidências²).

Considerando o processo de implementação como um elemento-chave neste estudo e buscando responder a questão central norteadora, entendeu-se que a inserção de “barreiras e potencialidades para o processo de implementação” dentre os critérios de inclusão poderia limitar as fontes de evidências (acabaria por excluir estudos que se encaixaram nos critérios de inclusão, com descrição dos processos de implementação, mas que não expuseram as barreiras e potencialidades para implementação, por exemplo). Diante disso, também foram considerados estudos que não trouxeram informações sobre as barreiras e potencialidades para que processo de implementação de condutas nutricionais acontecesse.

Frente aos critérios de inclusão no que diz respeito ao conceito, esta revisão não considerou: estudos que não incluíam a implementação de práticas envolvendo condutas nutricionais; estudos que traziam recomendações dietéticas e/ou aconselhamento nutricional, mas não mencionavam o fato de serem baseados em evidências; estudos que trabalhavam apenas com etapas precedentes à conduta nutricional (etapa de avaliação nutricional, por exemplo); estudos que apenas apontavam intervenções dietéticas voltadas para prevenção ou tratamento de determinada patologia; estudos que meramente expressavam opiniões sobre a importância de condutas nutricionais baseadas em evidências.

4.3.3 Contexto

O contexto desta revisão foram os serviços de atenção primária à saúde. Portanto, consideraram-se estudos que tinham como cenário a atenção primária à saúde³, ainda que outros níveis de assistência à saúde (secundário ou terciário) também estivessem presentes, abrangendo todos os países e sistemas de saúde.

² Foram selecionados estudos nos quais o embasamento da conduta nutricional está claramente indicado pelo uso de termo “baseado em evidências” ou termo similar (Ex.: recomendação suportada por alto nível de evidência) ou estudos nos quais houve um apontamento das fontes específicas que embasaram a conduta nutricional em questão

³ A compreensão do cenário se deu pela menção do termo “atenção primária à saúde” ou termos similares (Ex.: serviços de saúde comunitários)

4.3.4 Tipos de fontes

Quanto às fontes de informações, foram considerados estudos científicos originais (usando qualquer metodologia). A busca também se limitou aos idiomas espanhol, português e inglês. Não houve delimitação de ano de publicação, mas a busca nas bases de dados eletrônicas se deu até janeiro de 2017.

4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

O processo de seleção dos artigos originais ocorreu em dois estágios. O primeiro estágio, chamado de triagem, consistiu na aplicação dos critérios de inclusão em todos os títulos e resumos por três revisores. Para tal, dividiu-se o conteúdo total de referências encontradas nas bases de dados em blocos, distribuindo-os entre os três revisores para que estes pudessem trabalhar com a triagem individualmente⁴. Neste estágio, os estudos foram classificados em “incluído”, “excluído” ou “incerto”, sendo que “incluídos” eram os estudos considerados dentro dos critérios de elegibilidade, “excluídos” os que não se encaixavam nestes critérios, e “incertos” os que ainda havia dúvidas quando a sua elegibilidade.

No segundo estágio do processo de seleção, os estudos classificados como “incluídos” ou “incertos” tiveram seus títulos e resumos reavaliados por dois revisores diferentes daquele que fez a triagem inicial. Este estágio foi chamado de checagem, uma vez que os dois revisores leram os mesmos títulos e resumos, de forma a realizar uma dupla checagem. À semelhança da etapa de triagem, cada um dos dois revisores voltou a classificar os estudos em “incluído”, “excluído” ou “incerto”.

Comumente, o processo de realização de uma *scoping review* é interativo, exigindo dos pesquisadores uma abordagem reflexiva em cada estágio, inclusive no momento de seleção dos estudos, conforme a equipe de pesquisa começa a se familiarizar com os achados.⁽³⁴⁾ Notou-se que as cinco variáveis que compunham os critérios de inclusão (conduta ou intervenção nutricional, baseada em evidências,

⁴ Diferentes ritmos e dinâmicas de trabalho dos componentes da equipe de revisão justificam a decisão por trabalhar com a primeira triagem de maneira individual

implementadas, nos serviços de atenção primária, por profissionais de saúde), ainda que necessárias, tornavam o processo de triagem difícil. Assim sendo, a também checagem dos estudos previamente assinalados como “incluídos” foi a maneira encontrada para minimizar a limitação que poderia representar os vários critérios de inclusão. E buscando um maior respaldo na decisão, optou-se por checagem dupla.

Após as três avaliações (triagem + 1ª checagem + 2ª checagem), as publicações foram selecionadas para fazer parte desta revisão. Se mesmo depois das três avaliações ainda houvesse discordâncias ou dúvidas, um quarto revisor era consultado na tentativa de se chegar a um consenso. Em última instância, na ausência de um consenso, o estudo em questão acabava por ser selecionado para a revisão. Como já citado anteriormente, uma vez selecionados para revisão, estes artigos tiveram suas listas de referências analisadas, na intenção de encontrar estudos adicionais que também atendessem aos critérios de elegibilidade.

Por conta das finalidades de revisões do tipo *scoping review* já expostas no início deste capítulo, não se justifica o emprego de avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados.(34) Portanto, neste estudo também não houve esta avaliação da qualidade metodológica.

4.5 EXTRAÇÃO DOS DADOS

Também chamada de “tabulação dos dados”, esta etapa visa construir um resumo descritivo dos resultados que correspondem ao objetivo e perguntas de pesquisa da *scoping review*.(34) Para auxiliar na coleta e triagem de informações importantes dos artigos selecionados, montou-se uma tabela de extração de dados com informações básicas padrão (título do artigo, autores, ano de publicação, país de origem, desenho do estudo) e achados relevantes mais relacionados com os objetivos e perguntas norteadoras desta revisão: profissionais de saúde envolvidos, intervenções/programas vinculados às condutas nutricionais baseadas em evidências, cenário do processo de implementação, e barreiras e potencialidades para implementação. Reservou-se também um campo para o acréscimo de outras informações importantes que fossem surgindo no decorrer da extração dos dados. É possível visualizar a estrutura desta tabela no Apêndice C.

4.6 SÍNTESE DOS DADOS

Com o propósito de exibir uma visão geral de todos os dados coletados e analisados, os resultados serão apresentados em gráficos e quadros acompanhados de um resumo narrativo, mantendo foco no objetivo da revisão e nas questões norteadoras.

5 RESULTADOS

Através da busca nas bases de dados eletrônicas, foi encontrado um total de 3096 artigos. Após exclusão das duplicações, restaram 2484 para terem seus títulos e resumos avaliados na etapa de seleção dos estudos. Feita a triagem inicial, permaneceram 170 artigos que passaram por checagem de dois revisores. Ao término da dupla checagem, 23 trabalhos foram selecionados. Porém, houve ainda a exclusão de mais nove estudos: três porque não foram encontrados os artigos completos¹ e seis por se ter percebido após a leitura na íntegra, já na etapa de extração de dados, que não atendiam aos critérios de inclusão. Restaram 14 estudos. Houve ainda uma busca por mais trabalhos dentre as 495 referências listadas nestes 14 estudos, mas não foram encontradas publicações adicionais. Sendo assim, 14 artigos constituíram essa *scoping review* (Figura 5.1).

Os 14 artigos incluídos nesta revisão foram publicados em língua inglesa entre os anos de 2004 e 2016, com uma concentração um pouco maior de estudos publicados mais recentemente (ano de 2016) (Gráfico 5.1). No que diz respeito aos países de origem, 57% dos trabalhos são originários de países do continente europeu (Gráfico 5.2): Irlanda, França, Noruega, Dinamarca, Suécia, Inglaterra e Reino Unido. Apesar da maior concentração na Europa, foram os Estados Unidos da América (EUA) que representaram o país com maior número de publicações (5 artigos). Austrália também esteve entre os países de origem, colaborando com uma publicação (Gráfico 5.3). Os cenários de implementação das intervenções e programas (serviços de atenção primária à saúde) também estiveram alocados em regiões destes 9 países, tanto em áreas urbanas, como em áreas rurais e indígenas.

5.1 INTERVENÇÕES E PROGRAMAS

Dada à similaridade, a maioria dos estudos de implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências encontrados pode ser dividida em blocos temáticos: estudos sobre condutas voltadas ao controle de peso

¹ Até o momento de fechamento deste trabalho, mesmo após tentativa de contato com os autores (através de website 'Researchgate') e tentativa de comutação junto à biblioteca da EE/USP, não foi possível o acesso a estes três textos na íntegra

(sobrepeso/obesidade), estudos que tratam de alimentação infantil, estudos que abordam o controle do consumo de bebidas alcóolicas, e estudos sobre aleitamento materno. Além destes, também se identificou um estudo sobre cuidado ao paciente diabético e outro referente a risco nutricional/desnutrição. Sendo assim, optou-se por conduzir a apresentação das intervenções e programas de acordo com os temas, utilizando os símbolos de identificação apresentados no Quadro 5.1.

Figura 5.1 – Fluxograma PRISMA(39) adaptado

Fonte: Produção da própria autora

Gráfico 5.1 – Distribuição dos estudos segundo ano de publicação

Fonte: Produção da própria autora

Gráfico 5.2 – Distribuição dos estudos entre os continentes

Fonte: Produção da própria autora

Gráfico 5.3 – Distribuição dos estudos segundo país de origem

Fonte: Produção da própria autora

Quadro 5.1 – Distribuição dos estudos segundo tema, número de artigos por tema e símbolos de identificação e suas respectivas referências

TEMAS	NÚMERO DE ARTIGOS	SÍMBOLOS DE IDENTIFICAÇÃO	REFERÊNCIAS
Controle de peso (Sobrepeso/Obesidade)	3	SO1	(9)
		SO2	(40)
		SO3	(41)
Alimentação Infantil	3	AI1	(42)
		AI2	(43)
		AI3	(44)
Consumo de Bebidas Alcóolicas	3	BA1	(45)
		BA2	(46)
		BA3	(47)
Aleitamento Materno	3	AM1	(48)
		AM2	(49)
		AM3	(50)
Cuidado ao Paciente Diabético	1	DM	(51)
Risco Nutricional/Desnutrição	1	RN	(52)

Fonte: Produção da própria autora

5.1.1 Controle de peso (Sobrepeso/Obesidade)

Nesta temática, foram encontrados três trabalhos: dois cujo público-alvo foram adultos com $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ou $\text{IMC} \geq 28 \text{ kg/m}^2$ associado a comorbidades (SO1 e SO2) e um voltado para mulheres puérperas com IMC autorrelatado $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ (SO3). Apesar de girarem em torno em uma mesma temática, curiosamente estes três estudos trabalharam com delineamentos de implementação bastante diferentes, com poucos pontos em comum. O estudo SO1, antes de iniciar a intervenção propriamente dita, ocupou-se em fazer um levantamento da prevalência de obesidade e suas comorbidades na população atendida pelo serviço de atenção primária (reconhecimento do território e da demanda do serviço de saúde). Somado a isso, também buscaram compreender quais eram as práticas já vigentes naquele serviço, principalmente no que diz respeito aos conhecimentos, atitudes, confiança e disposição dos profissionais de saúde frente ao tratamento da obesidade. Os outros dois estudos (SO2 e SO3) não sinalizaram essa preocupação de realizar um mapeamento prévio do cenário de implementação.

Pautado nesse mapeamento prévio, o estudo SO1 estruturou a divisão de tarefas e um treinamento pré-intervenção direcionado a auxiliar cada uma das categoriais profissionais nas tarefas designadas. Aos enfermeiros ficou designada a função de empreender as condutas nutricionais e, para isso, estes passaram por um treinamento mais intenso (com maior carga horária), no qual foram trabalhadas tanto questões conceituais quanto técnicas de abordagem dietética, através de uma variedade de métodos pedagógicos. Os outros estudos (SO2 e SO3), por sua vez, não utilizaram treinamentos pré-intervenção. O estudo SO3 foi inteiramente executado por nutricionistas, o que talvez tenha feito com que considerassem desnecessário um treinamento antes de colocar em prática a intervenção, pelo fato de já se tratar da área de atuação desses profissionais.

No que diz respeito à triagem e encaminhamento para intervenção, apenas o estudo SO1 procurou investigar a disposição/prontidão dos pacientes em adotar mudanças em sua rotina para atingir o emagrecimento, direcionando para tratamento apenas aqueles que se mostravam dispostos/preparados. Os demais (SO2 e SO3) convidaram os pacientes à participação e avaliaram suas características básicas de elegibilidade, mas não se ativeram à prontidão e preparo dos pacientes para se envolverem com as intervenções.

A dinâmica da intervenção foi consideravelmente distinta entre os três trabalhos. Enquanto o estudo SO1 previa encontros presenciais (individuais ou em grupo), os outros dois (SO2 e SO3) realizaram parte do processo de intervenção à distância, através de plataforma virtual e/ou contato por telefone, mensagens de texto (SMS), e-mail. O estudo SO2 utilizou intervenção à distância em praticamente todo o processo, uma vez que as sessões de aconselhamento em plataforma virtual eram automatizadas e regidas por esquema de autoaprendizagem (sem envolvimento de profissionais de saúde), e contava com suporte de enfermeiros que poderia acontecer por meio de contato telefônico ou por e-mail. Já o estudo SO3 utilizou a estratégia de intervenção à distância apenas para acompanhamento do processo de mudanças.

Pensando em traçar estratégias dietéticas mais cabíveis e condizentes com as necessidades e preferências dos pacientes, o estudo SO1 ainda contava com uma etapa de decisão entre alocar o paciente nos encontros em grupo ou em encontros individuais e, se feita a escolha por encontros individuais, escolhia-se entre trabalhar com condutas nutricionais no formato de estabelecimento de metas ou prescrição de planos alimentares.

O período de implementação das condutas nutricionais variou entre seis meses e dois anos. Os estudos SO1 e SO3 traçaram encontros/contatos mais frequentes nos três primeiros meses de intervenção (quinzenalmente), havendo um maior espaçamento entre os encontros/contatos no restante do período (um deles mensalmente e outro a cada três meses). O estudo SO2, por sua vez, forneceu suporte em três encontros no decorrer de três meses, abrindo a possibilidade de encontros adicionais nos meses seguintes, se necessário. Com relação à duração, ao que tudo indica, profissionais despenderam mais tempo nos encontros que requeriam maior explanação das condutas nutricionais (apresentação do plano alimentar, por ex.) e menos tempo nos encontros/contatos relativos à suporte e acompanhamento (manutenção do plano alimentar previamente apresentado, por ex.).

Nos estudos SO1 e SO2, os responsáveis por conduzir as condutas nutricionais e/ou dar suporte à execução das mesmas foram os enfermeiros. No estudo SO1, a escolha se baseou numa pesquisa prévia sobre atitudes e disposição dos profissionais de saúde quando no tratamento de pacientes obesos. Enfermeiros relataram já gastar de 1 a 10 minutos de seu tempo de trabalho para discutir

questões relacionadas ao peso com pacientes obesos, além de se mostrarem abertos a reestruturar seu trabalho para que essa discussão fizesse parte de sua rotina no serviço. Como já citado anteriormente, a implementação das condutas nutricionais no estudo SO3, incluindo o acompanhamento pós-consulta presencial, foi feita por nutricionistas.

O estudo SO1, que teve enfermeiros como agentes da implementação, contou com o apoio e supervisão de nutricionistas especialistas e experientes no tratamento de obesidade. Estes trabalharam em conjunto com os enfermeiros uma ou duas vezes no mês durante aproximadamente seis meses, ajudando-os no emprego das intervenções (demonstração na prática e esclarecimento de dúvidas). Nos encontros em grupo, um nutricionista sempre se responsabilizava por conduzir as dinâmicas do primeiro grupo de pacientes para que os enfermeiros observassem e fossem capazes de conduzir os próximos grupos sozinhos. Neste estudo (SO1), durante todo o período de implementação, os nutricionistas especialistas estiveram na retaguarda, supervisionando e fornecendo *feedbacks* em relação ao desempenho dos enfermeiros, no intuito de cotidianamente aprimorar o aconselhamento e os desfechos.

Construção de plano alimentar individualizado hipocalórico apareceu como uma das principais técnicas utilizadas no que diz respeito à conduta nutricional voltada para pacientes que buscam emagrecimento. Vale destacar, porém, que o estudo SO1 valeu-se desta técnica sem que previamente tivesse sido utilizada qualquer ferramenta de avaliação nutricional capaz de mensurar o consumo alimentar dos pacientes que passaram por intervenção. Já o estudo SO3, por sua vez, optou por lançar mão do diário alimentar (DA) como ponto de partida, solicitando seu preenchimento antes da consulta presencial com o nutricionista. O estabelecimento de metas também apareceu em dois estudos. No estudo SO1 como uma opção em substituição ao plano alimentar, e no estudo SO3 associado a este plano alimentar. Neste último (SO3), no entanto, tratava-se de metas padronizadas (obediência à quatro princípios norteadores).

De uma maneira geral, os conteúdos apresentados e/ou discutidos nos encontros presenciais e na plataforma virtual pautaram-se nos seguintes tópicos: conceito de alimentação saudável, sugestão de melhores escolhas alimentares (substituição de alimentos menos saudáveis por alimentos mais saudáveis sem usar de radicalismos; maior consumo de frutas, legumes e verduras; menor consumo de

doces, salgadinhos e bebidas calóricas; preferência por alimentos com rótulos indicativos de baixo teor de gordura e/ou baixo teor de açúcar), redução no tamanho das porções consumidas, aprimoramento de habilidades culinárias, atitudes frente à alimentação fora de casa. Além destes, assuntos relacionados a comportamento alimentar também estiveram presentes nas condutas nutricionais, dentre os quais: alimentos gatilhos para consumo exagerado e sugestões para driblá-los, técnicas de atenção plena no ato de comer e percepção dos sinais de saciedade.

No estudo SO1, além dos aprendizados obtidos no treinamento pré-intervenção e do auxílio prestado por nutricionistas especialistas, os enfermeiros contaram com materiais de apoio à implementação (tabelas para estimativa de gasto energético, tabelas para número de porções por grupo de alimento segundo valor calórico, lista de substituições de acordo com grupos de alimentos, dentre outras coisas). O trabalho conduzido por nutricionistas (SO3) também fez uso de ferramentas coringas de educação nutricional: representação de grupos de alimentos, rotulagem de alimentos industrializados, montagem do “Prato Saudável” e conceito de porção.

Um ponto em comum entre os três estudos acerca da temática “Controle de peso (Sobrepeso/Obesidade)” foi o fato de possuírem momentos de acompanhamento do processo de mudança para ajudar na sustentabilidade das mudanças de hábitos alimentares. Além de trabalharem com a prevenção de recaídas nos encontros em grupo, durante o acompanhamento, os profissionais do estudo SO1 verificavam a necessidade de encaminhamento para atendimento especializado ou adoção de medida farmacológica. No caso do estudo SO3, a ideia era acompanhar a evolução das conquistas e os insucessos, planejar estratégias para driblar as dificuldades, ensinar técnicas de autorregulação do peso corporal e manutenção da perda de peso, e reforçar os acordos estabelecidos durante consulta presencial. Antes mesmo deste acompanhamento (SO3), na consulta presencial, nutricionista e paciente já procuravam prever as possíveis dificuldades do processo e assim traçar juntos estratégias para superá-las. O estudo SO2, apesar de citar o suporte aos pacientes, não o descreve.

No Quadro 5.2, encontra-se um resumo dos aspectos relacionados ao processo de implementação acerca da temática “Controle de peso (Sobrepeso/Obesidade)”; ao passo que no Quadro 5.3, resumo dos aspectos mais diretamente relacionados às condutas nutricionais. O mesmo foi feito para os demais temas que serão apresentados a seguir.

Quadro 5.2 – Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Controle de peso (Sobrepeso/Obesidade)”

	SO 1(9)	SO 2(40)	SO 3(41)
PÚBLICO-ALVO	Pacientes adultos com IMC ≥ 30 kg/m ² ou IMC ≥ 28 kg/m ² com comorbidades	Pacientes adultos com IMC ≥ 30 kg/m ² ou IMC ≥ 28 kg/m ² com comorbidades	Mulheres puérperas (6 a 15 semanas pós-parto) com IMC autorrelatado ≥ 27 kg/m ²
DELINEAMENTO	Reconhecimento do território, práticas já vigentes e atributos prévios dos profissionais → <i>Feedback</i> sobre reconhecimento + Estruturação do treinamento (com base no reconhecimento) + Divisão de tarefas → Treinamento pré-intervenção → Triagem + Encaminhamento → Encontros presenciais individuais ou em grupo (10 a 15 pessoas) → Acompanhamento presencial → Avaliação de desempenho na prática e <i>feedback</i>	Triagem a partir de prontuário eletrônico → Direcionamento para sessões de autoaprendizagem em plataforma virtual → Suporte presencial ou por telefone/e-mail	Solicitação de preenchimento de diário alimentar → Consulta presencial → Acompanhamento por SMS → Acompanhamento por contato telefônico → Acompanhamento por e-mail
PERÍODO / DURAÇÃO	Treinamento: 1h (médicos) // 6-8h (enfermeiros) Triagem e encaminhamento: Continuamente em consultas de rotina Encontros presenciais: Quinzenalmente nos 3 primeiros meses → Trimestralmente até totalizar 2 anos Encontros individuais: 10-30 min Encontros em grupo: 1h Acompanhamento: Trimestralmente até totalizar 2 anos	Aprendizado em plataforma virtual: 6 meses (24 sessões) Suporte presencial: 3 encontros em 3 meses → 1 encontro opcional nos 3 meses seguintes // Rápida duração Suporte por telefone ou e-mail: 3 contatos em 3 meses → 2 contatos opcionais nos 3 meses seguintes // Muito rápida duração	Preenchimento do DA: 4 dias consecutivos (1-2 semanas pré-consulta) Consulta presencial: Único // 1h30 Acompanhamento por SMS: Quinzenalmente nos primeiros 1 mês e meio Acompanhamento por telefone: Quinzenalmente nos próximos 1 mês e meio Acompanhamento por e-mail: Mensalmente por mais 9 meses
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS	Triagem e encaminhamento: Médicos clínicos gerais Encontros presenciais: Enfermeiros OBS.: Apoio de nutricionistas especialistas (encontros presenciais e avaliação de desempenho)	Aprendizado em plataforma virtual: Autoaprendizagem (sem envolvimento de profissionais) Suporte presencial ou por telefone/e-mail: Enfermeiros	Processo na íntegra: Nutricionistas

Fonte: Produção da própria autora

Quadro 5.3 – Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (conduta nutricional) nos estudos acerca da temática “Controle de Peso (Sobrepeso/Obesidade)”

	SO 1(9)	SO 2(40)	SO 3(41)
TREINAMENTO PRÉVIO	Médicos: Ferramentas de triagem + Técnicas de motivação Enfermeiros: Princípios básicos sobre alimentação saudável e balanço energético, Técnicas de abordagem dietética para perda de peso, Noções de comportamento alimentar e estratégias para muda-lo, Capacidade de negociação e direcionamento de metas realistas, Flexibilidade frente às dificuldades de compreensão dos pacientes, Questões éticas // Estudos de caso + Discussões em grupo + Exercícios práticos	NÃO HOUVE TREINAMENTO PRÉVIO	NÃO HOUVE TREINAMENTO PRÉVIO
TÉCNICAS	Encontros presenciais individuais: Estabelecimento de metas (acordo mútuo) OU Construção de planos alimentares individualizados hipocalóricos (prescrição por profissional) Encontros presenciais em grupo: Exposição do profissional com participação ativa dos pacientes OBS.: Apesar de contar com acompanhamento presencial, este não inclui condutas nutricionais, apenas verificação da necessidade de encaminhamento para atendimento com nutricionista ou adoção de medida farmacológica	Aconselhamento automatizado (autoaprendizagem) + Suporte à distância fornecido por profissional de saúde	Consulta presencial: Análise do DA + Construção de plano alimentar individualizado hipocalórico a partir do DA + Solicitação de execução do plano alimentar seguindo 4 princípios norteadores (preferencialmente um por vez) + Suporte para coloca-lo em prática Acompanhamento à distância: Feedbacks, suporte e reforços direcionados
FERRAMENTAS	Triagem e encaminhamento: Aprendizados do treinamento + Material de apoio	Aconselhamento: Plataforma virtual (internet) alimentada com o conteúdo + Links para conteúdo externo	Consulta presencial: Diário alimentar + Representação de grupos de alimentos +

Continua

Conclusão

	SO 1(9)	SO 2(40)	SO 3(41)
FERRAMENTAS	<p>Encontros presenciais individuais: Aprendizados do treinamento + Material de apoio (Tabelas para estimativa de gasto energético, Tabelas para número de porções por grupo de alimento segundo valor calórico, Lista de substituições de acordo com grupos de alimentos) + Apoio de nutricionistas especialistas</p> <p>Encontros presenciais em grupo: Aprendizados do treinamento + Material de apoio + Apoio de nutricionistas especialistas</p>	<p>Suporte: Contato telefônico ou por e-mail</p>	<p>Ferramentas vinculadas aos 4 princípios: Compreensão de rótulos de alimentos industrializados, Montagem do “Prato Saudável”, Conceito de porção</p> <p>Acompanhamento à distância: Mensagens de texto (SMS), contato telefônico, envio de e-mails</p>
CONTEÚDO	<p>Triagem e encaminhamento: Alerta sobre o excesso de peso e benefícios do emagrecimento</p> <p>Encontros presenciais individuais: ----</p> <p>Encontros presenciais em grupo: Discussões sobre alvo de perda de peso, Alimentação saudável, Técnicas culinárias, Alimentação fora de casa, Prevenção de recaídas</p> <p>OBS.: Em ambos tipos de encontros, trabalhou-se também com assuntos relacionados a comportamento alimentar (alimentos gatilhos para consumo exagerado e sugestões para driblá-los, técnicas de atenção plena no ato de comer e percepção dos sinais de saciedade)</p>	<p>Aconselhamento: Estímulo e auxílio na troca de alimentos menos saudáveis por alimentos mais saudáveis (sem usar de radicalismos), Estímulo ao consumo de frutas, legumes e verduras → Abordagens comportamentais-cognitivas relacionadas a hábitos alimentares e técnicas de autorregulação do peso corporal</p> <p>Suporte: ----</p>	<p>Consulta presencial e Acompanhamento à distância: 4 princípios norteadores - <i>Consumo de doces, salgadinhos e bebidas calóricas apenas 1x/sem; Escolha por alimentos com rótulos indicativos de baixo teor de gordura e/ou baixo teor de açúcar; Metade do prato com legumes e verduras tanto no almoço quanto no jantar; Redução no tamanho das porções</i> // Melhores escolhas alimentares // Autorregulação do volume de ingestão // Estratégias para driblar dificuldades (inclusive com o término da licença-maternidade) e manter a perda de peso → Foco no comportamento alimentar</p>

Fonte: Produção da própria autora

5.1.2 Alimentação infantil

Na temática “Alimentação infantil” também foram encontrados três estudos: dois deles (AI1 e AI2) com foco em crianças menores (até a idade pré-escolar) e um deles (AI3) com crianças maiores/pré-adolescentes (8 a 12 anos). No caso de crianças menores, as intervenções foram direcionadas aos pais, de forma que eles colocassem em prática as orientações com seus filhos; já as crianças maiores tiveram a oportunidade de vivenciar a intervenção, participando ativamente dos encontros. No estudo com crianças maiores (AI3), os pais ou responsáveis também participaram, mas havia momentos de conversa com as crianças sem a presença dos pais.

De princípio, nenhum dos estudos buscou fazer um reconhecimento prévio do território para ambientar-se no que diz respeito às demandas da população atendida pelas unidades de saúde. Este desconhecimento causava certa incerteza quanto ao interesse e disposição dos pais e/ou crianças em receber as intervenções propostas. O estudo AI1 solicitou uma devolutiva dos pais somente após a intervenção, questionando-os se as informações contidas no material fornecido eram novidades para eles, porém não ficou explícito se o *feedback* dos pais serviria para posterior reformulação do processo de implementação. No que diz respeito às práticas já vigentes, por sua vez, apenas o estudo AI1 procurou saber a experiência dos profissionais em relação à implantação de medidas preventivas à obesidade infantil, mas sem que estas informações viessem a influenciar o delineamento da intervenção que já estava pré-determinado.

Todos os estudos nesta temática lançaram mão de treinamentos antes de iniciar as intervenções, porém em formatos e propósitos um pouco diferentes. No estudo AI1, o treinamento pareceu apenas trazer informações sobre como implementar a intervenção de maneira padronizada e rápida (muito breve intervenção); já no estudo AI2, apesar do treinamento ter tido maior carga horária (2 sessões de 2 horas), este não contemplava conhecimentos teóricos diretamente relacionados a condutas nutricionais, ocupando-se unicamente em apresentar técnicas de entrevista motivacional voltadas para intervenções breves. O treinamento pré-intervenção empregado pelo estudo AI3, por outro lado, contou com uma parte teórica e uma parte prática. Houve o fornecimento de material de estudo para que os profissionais pudessem adquirir maior conhecimento acerca dos

tratamentos para sobrepeso/obesidade infantil (o que provavelmente abrangia condutas nutricionais) e um encontro presencial que almejava o desenvolvimento de habilidades para aconselhamento motivacional. Vale destacar que, neste estudo (AI3), os profissionais escolhidos para executar a intervenção propriamente dita foram treinados de maneira mais enfática.

Tanto no estudo AI1 quanto no estudo AI2, a intervenção aconteceu sem que num primeiro momento os pais fossem avisados de que os profissionais conversariam sobre os hábitos e comportamentos alimentares dos seus filhos durante a consulta. Em contrapartida, o estudo AI3 contou com uma triagem prévia, executada por médicos ou enfermeiros durante as consultas de rotina, seguida do encaminhamento para encontros em grupo caso as crianças se encaixassem nos critérios de elegibilidade.

Os três estudos em questão empregaram delineamentos de implementação distintos, contudo todos se apoiaram em consultas/encontros presenciais. O estudo AI1, durante uma das consultas de rotina, utilizou de uma abordagem pontual e bastante breve (máximo de 3 minutos); enquanto que no estudo AI2 esta abordagem ocorria continuamente durante toda e qualquer consulta (consultas de rotina ou emergenciais). No caso do estudo AI3, a etapa inicial das intervenções eram os encontros em grupo. Tratava-se de oito encontros semanais, sendo que as crianças compunham um grupo e pais outro grupo. Como parte destes encontros, dispunha-se ainda de um tempo (10 a 15 minutos) para conversas isoladas com díade pai-filho. Ao término do período de encontros em grupo, estes (díade pai-filho) ainda tinham mais três encontros individuais mensais com o profissional de saúde.

No estudo AI1, a intervenção consistiu na entrega de um folheto padrão contendo mensagens direcionadas aos pais para que eles soubessem lidar com o comportamento alimentar de seus filhos pequenos (crianças de até 5 anos); seguida de uma fala rápida do profissional reforçando três principais mensagens contidas no folheto, sem individualizá-las (sem ajustes para cada caso). Tal intervenção era realizada por médicos clínicos gerais ou funcionários da equipe de enfermagem (auxiliares/técnicos de enfermagem). O material educativo entregue aos pais pelos profissionais atuantes nos serviços de atenção primária à saúde foi desenvolvido por uma nutricionista e uma médica integrantes da equipe de pesquisa. Membros da equipe de pesquisa também se envolveram no treinamento pré-intervenção e no suporte à implementação quando requerido.

Conduzida por médicos clínicos gerais e enfermeiros, a dinâmica de intervenção adotada pelo estudo AI2 seguiu outros caminhos. Antes de dar início ao aconselhamento nutricional, solicitava-se que a mãe preenchesse um questionário com 12 questões padronizadas sobre comportamentos obesogênicos das crianças. Este questionário era inflexível e trazia temas pré-determinados, dentre os quais os associados à alimentação: consumo de leite (tipo e volume) e consumo de sucos e bebidas açucaradas. Feito isso, apoiado nas respostas do questionário, o profissional de saúde identificava os pontos críticos e discutia-os com a mãe. Por fim, eles traçavam em acordo mútuo uma meta de mudança de comportamento e um plano de ação para ser trabalhado em consultas seguintes. Portanto, apesar da padronização dos temas, neste estudo (AI2) os profissionais não simplesmente transmitiram informações às mães, mas envolveram-nas na reflexão acerca dos pontos críticos e no processo de tomada de decisões. Mães ainda levavam para casa um material educativo com dicas práticas para execução das metas, um calendário de auto-monitoramento do progresso e das conquistas, e itens demonstrativos dos tamanhos das porções.

Ainda neste estudo (AI2), membros da equipe de pesquisa entravam em contato com as mães no período de 5 a 7 dias após cada consulta presencial, com o objetivo de saber sobre o cumprimento da meta acordada com profissional de saúde durante a consulta, e obter um *feedback* das mães quanto ao comportamento do profissional no que diz respeito à execução da intervenção dentro dos preceitos trabalhados no treinamento pré-intervenção.

Diferentemente dos outros dois estudos (AI1 e AI2), no estudo AI3 apenas os enfermeiros ficaram responsáveis pelo comando das intervenções. Para isso, estes contaram com o apoio e supervisão de psicólogos clínicos especialistas em aconselhamento motivacional (membros da equipe de pesquisa). Os primeiros encontros em grupo (8 primeiras sessões) foram conduzidos pelos psicólogos sob observação dos enfermeiros. Já as outras rodadas de encontros em grupo já eram comandadas pelos enfermeiros, mas ainda sob observação/supervisão dos psicólogos por um tempo, até o momento que os enfermeiros fossem considerados devidamente preparados para gerir estes encontros sozinhos. Vale ressaltar que os pesquisadores também se implicaram na parte prática do treinamento pré-intervenção neste estudo (AI3).

Os encontros em grupo (estudo AI3) eram um espaço para explanação de tópicos relacionados à alimentação, e assim como nos outros dois estudos (AI1 e AI2), tópicos estes também vinculados ao comportamento alimentar. Tanto no grupo de pais quanto no grupo de filhos, os conteúdos trabalhados discorreram sobre valor nutricional dos alimentos, melhores escolhas alimentares, tamanho das porções e auto-monitoramento da ingestão alimentar. Adicionalmente, no grupo de pais ainda discutiu-se sobre estratégias para auxiliar as crianças nas mudanças. Ao apresentar e discutir tais assuntos com pais e crianças, os profissionais fizeram uso de algumas ferramentas de educação nutricional bem lúdicas, como um guia alimentar que fazia alusão aos sinais do semáforo (ferramenta auxiliar às escolhas alimentares).

Ainda se tratando do estudo AI3, as conversas e encontros individuais podem ser interpretados como etapas de acompanhamento do processo de mudança, uma vez que procurava-se discutir o progresso e os desafios para implementar na rotina as mudanças sugeridas nos encontros em grupos. Uma particularidade das conversas individuais em meio às sessões em grupo foi o fato dos profissionais buscarem auxiliar na superação das dificuldades por meio do estabelecimento de metas. Resumos das informações aqui descritas estão presentes nos Quadros 5.4 e 5.5.

Quadro 5.4 – Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Alimentação infantil”

	AI 1(42)	AI 2(43)	AI 3(44)
PÚBLICO-ALVO	Pais de crianças de até 5 anos de idade	Mães de crianças com idade entre 2 e 4 anos de famílias hispânicas ou afro-americanas	Crianças de 8 a 12 anos com sobrepeso/obesidade + Pais ou responsáveis
DELINEAMENTO	Treinamento pré-intervenção + Reconhecimento das práticas já vigentes → Entrega do folheto “Mágico momento da refeição” para os pais → Reforço verbal de mensagens do folheto → <i>Feedback</i> (profissionais e pais)	Treinamento pré-intervenção → Consulta presencial → Acompanhamento à distância	Treinamento pré-intervenção → Triagem + Encaminhamento → Encontros presenciais em grupo (pais e crianças em grupos separados) → Conversas com diáde pai-filho como parte dos encontros em grupo → Encontros presenciais individuais (diáde pai-filho)
PERÍODO / DURAÇÃO	Treinamento: 30 min Entrega do folheto + Reforço verbal: Em uma das consultas de rotina // Máximo de 3 min OBS.: O processo de intervenção perdurou por 6 semanas	Treinamento: 2 sessões de 2h Intervenção: Continuamente durante toda e qualquer consulta Acompanhamento: 5 a 7 dias após cada consulta	Treinamento: aprox. 30 min de leitura (parte teórica) // 1h (parte prática) Triagem e encaminhamento: Continuamente durante as consultas de rotina Encontros em grupo: 8 sessões semanais com 10 a 15 min de conversa à parte (diáde pai-filho) a cada sessão Encontros individuais: 3 sessões mensais // aprox. 15 min
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS	Processo na íntegra: Médicos clínicos gerais + Auxiliares/técnicos de enfermagem OBS.: Apoio da equipe de pesquisa, que continha nutricionista (confeção do folheto, treinamento e suporte à implementação quando requerido)	Intervenção: Médicos clínicos gerais + Enfermeiros OBS.: Apoio da equipe de pesquisa (acompanhamento à distância)	Triagem e encaminhamento: Médicos + Enfermeiros Intervenção: Enfermeiros OBS.: Apoio da equipe de pesquisa (condução da parte prática do treinamento) e de psicólogos clínicos especialistas também membros da equipe de pesquisa (suporte aos encontros em grupo)

Fonte: Produção da própria autora

Quadro 5.5 – Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (conduta nutricional) nos estudos acerca da temática “Alimentação infantil”

	AI 1(42)	AI 2(43)	AI 3(44)
TREINAMENTO PRÉVIO	Informações sobre como implementar a intervenção de maneira padronizada, dentro da rotina de trabalho, sem gastar mais do que 3 min	Informações sobre como utilizar técnicas de entrevista motivacional em breves intervenções: afirmações positivas, uso de perguntas abertas associadas a uma escuta reflexiva, estabelecimento de metas de maneira conjunta e colaborativa	Parte teórica: Modelos de tratamento de sobrepeso/obesidade infantil (intervenções comportamentais para manejo de peso entre crianças de 8 a 12 anos) // Leitura de material teórico em ocasiões oportunas para cada profissional Parte prática: Desenvolvimento de habilidades para uso de técnicas de aconselhamento motivacional sobre peso e alimentação saudável // Encontro presencial <i>OBS.:</i> Enfermeiros foram treinados de maneira mais enfática
TÉCNICAS	Entrega de folheto padrão contendo informações e dicas sobre alimentação infantil (crianças até 5 anos) + Reforço verbal de três principais mensagens contidas no folheto (sem individualiza-las)	Colocando em prática as técnicas de entrevista motivacional: Solicitação de preenchimento de um questionário sobre comportamentos obesogênicos das crianças (dentre os quais os relacionados à alimentação) + Verificação dos pontos críticos sinalizados no questionário + Discussão com base nestes pontos críticos + Estabelecimento de metas e planos de ação	Encontros presenciais em grupo (grupos separados): Aconselhamento motivacional para conquistar mudanças de comportamento Conversas com diáde pai-filho como parte dos encontros em grupo: Discussão sobre dificuldades e conquistas + Estabelecimento de metas Encontros presenciais individuais (diáde pai-filho): Discussão sobre dificuldades e conquistas
FERRAMENTAS	Material impresso confeccionado por uma médica e uma nutricionista (integrantes da equipe de pesquisa) + Suporte da equipe de pesquisa	Questionário impresso com 12 questões padronizadas + Materiais educativos com dicas práticas para auxiliar na execução das metas + Calendário de auto-monitoramento para acompanhar o	Encontros em grupo: Aprendizados do treinamento + Material de apoio (Guia alimentar que fazia alusão aos sinais do semáforo para auxiliar nas escolhas)

Continua

Conclusão

	AI 1(42)	AI 2(43)	AI 3(44)
FERRAMENTAS		progresso e as conquistas + Itens demonstrativos dos tamanhos das porções	
CONTEÚDO	<p>Mensagens para pais saberem lidam com o comportamento alimentar das crianças nesta faixa etária: Apresentar os alimentos saudáveis com frequência (repetidas vezes) para que a criança crie familiaridade com eles; Diversificar os alimentos, procurando não ficar apenas na "zona de conforto"; Incluir 5 porções de frutas, legumes e verduras; Procurar servir os alimentos pouco saudáveis apenas em ocasiões especiais ou em pequena quantidade junto com alimentos mais saudáveis; Ensinar as crianças a identificar os sinais de saciedade e não força-las a comer mais quando disserem estar satisfeitas // Reforço verbal, em outras palavras, das três mensagens em negrito</p>	<p>Questões sobre consumo de leite (tipo e volume), e consumo de sucos e bebidas açucaradas</p>	<p>Encontros presenciais em grupo: Auto-monitoramento da ingestão alimentar diária, Valor nutricional dos alimentos, Tamanho das porções, Melhores escolhas alimentares, Estratégias para auxiliar as crianças nas mudanças OBS.: Esta última pauta foi específica para o grupo de pais Demais encontros: ----</p>

Fonte: Produção da própria autora

5.1.3 Consumo de bebidas alcóolicas

Nesta temática, surgiram três estudos nos quais a intervenção incidiu sobre pessoas que apresentavam consumo abusivo de bebidas alcóolicas, os chamados “bebedores de risco”. Considerando que o consumo abusivo de bebidas alcóolicas agrava diversos problemas de saúde, dentre os quais a hipertensão e o diabetes mellitus(47), o estudo BA3 focou mais especificamente em pacientes hipertensos e/ou diabéticos considerados “bebedores de risco”. Já o estudo BA2, tomando por base dados estatísticos que apontavam que a população indígena era uma das mais afetadas por problemas relacionados à ingestão elevada de bebidas alcóolicas(46), optou por trabalhar com serviços de atenção primária à saúde voltados para comunidades indígenas.

Salvo no caso das comunidades indígenas, onde havia uma tendência de problemas com o álcool (conforme apontado anteriormente), os estudos BA1 e BA3 pareceram não se atentar ao perfil da população atendida pelos serviços de saúde. Sendo assim, estes serviços assumiram o risco dos pacientes não se identificarem com a proposta de intervenção ou se mostrarem bastante resistentes em receber o aconselhamento.

Como um primeiro passo do processo, o estudo BA2 buscou mensurar a confiança e o preparo dos profissionais para identificar os “bebedores de risco”, abordá-los durante encontros presenciais e ajuda-los a resolver o problema com o uso abusivo de álcool. O estudo BA1, por sua vez, já não empregou essa etapa prévia de reconhecimento, iniciando o processo diretamente com um treinamento pré-intervenção. E o estudo BA3, além de não ter feito um reconhecimento das práticas já vigentes nos serviços e da aptidão dos profissionais para as tarefas que viriam a ser executadas, também não lançou mão de treinamento pré-intervenção, optando por promover ajustes à implementação apenas no decorrer do processo por meio de reuniões periódicas (o que abrangia conteúdos e técnicas correspondentes a treinamentos pré-intervenção).

Em se tratando de treinamento pré-intervenção, o estudo BA1 procurou direcioná-lo de acordo com a função que cada categoria profissional desempenharia no processo de implementação. Portanto, enquanto a equipe de enfermagem aprendeu sobre aplicação de ferramentas de triagem, os médicos clínicos gerais tiveram contato com elementos de uma intervenção breve (dentre os quais:

feedback, aconselhamento, empatia, habilidade para lidar com atitudes resistentes). Já no estudo BA2, todos os profissionais envolvidos receberam um mesmo treinamento ministrado por médico especialista em dependência, sendo este aberto até mesmo para funcionários de outras instâncias (trabalhadores do setor de álcool e drogas). Este estudo (BA2) teve o cuidado de trazer para o treinamento as recomendações específicas para o tratamento de consumo abusivo de álcool em comunidades indígenas. E utilizando exercícios práticos e discussões de estudos de caso, ensinou aos profissionais a técnica do “Beba Menos”, que consistia em etapa de triagem com aplicação do teste de identificação de distúrbios por uso de álcool e breve intervenção baseada em “*feedback*, escuta, conselhos, metas e estratégias”.

Enquanto os estudos BA1 e BA2 escolheram por executar treinamentos, no período pré-intervenção, os serviços de saúde do estudo BA3 procuraram decidir sobre a melhor estratégia de implementação e organização para colocá-la em prática. Cada serviço então deveria escalar dois funcionários (um médico e um membro da equipe de enfermagem) para atuarem como coordenadores do processo de implementação. Passadas estas etapas iniciais, os estudos davam início à etapa de triagem.

O estudo BA1 contou com duas etapas de triagem para identificação dos “bebedores de risco”. Apesar de se tratar de questionários autoaplicáveis, os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e auxiliares/técnicos) ficaram responsáveis pelo andamento e direcionamento desta etapa do processo. Prezando pelo sigilo das informações fornecidas, pacientes preenchiam os questionários anonimamente (provavelmente utilizando um código de identificação) e tinham sua identidade revelada apenas durante a consulta médica. Em contrapartida, no estudo BA2, triagem (em única etapa) e intervenção aconteciam num mesmo momento, e qualquer um dos profissionais envolvidos com o processo de implementação estava autorizado a exercer estas atividades, não havendo o mesmo sigilo do estudo BA1.

No que diz respeito ao estudo BA3, de acordo com a estratégia de implementação selecionada por cada unidade de saúde, esta triagem poderia acontecer tanto no momento pré-consulta quanto durante a própria consulta. Ao que tudo indica, na maioria dos casos, esta triagem ocorria na pré-consulta e era realizada por funcionários da equipe de enfermagem ou médicos assistentes. Um pouco diferente das demais (estudos BA1 e BA2), esta seguia um esquema de fluxograma, onde cada resposta positiva direcionava para uma nova pergunta,

aprofundando a investigação. Dessa forma, os profissionais conseguiam mensurar o quão abusivo era o consumo de bebida alcóolica, classificando os pacientes entre “aqueles com menor grau de envolvimento com o álcool”, “aqueles com desordens associadas ao uso de álcool” e “alcóolatrás”.

Na sequência do momento de triagem, todos os estudos empreenderam algum tipo de intervenção. No estudo BA1, durante uma das consultas de rotina com médico clínico geral, pacientes considerados “bebedores de risco” recebiam uma devolutiva em relação aos resultados das etapas de triagem, seguida de uma breve intervenção. Este procedimento durava cerca de 10 minutos. Durante a breve intervenção, os médicos procuravam colocar em prática as técnicas aprendidas no treinamento, dando recomendações acerca do consumo exagerado de bebidas alcóolicas, assim como sugestões de como promover a redução deste consumo.

O estudo BA2 seguiu uma abordagem bastante semelhante à adotada no estudo BA1, porém seguindo os preceitos da técnica do “Beba Menos” (*feedback*, escuta, conselhos, metas e estratégias) para promover um controle do consumo abusivo de bebidas alcóolicas entre “bebedores de risco”. Neste caso, os profissionais de saúde envolvidos nos processos de triagem e intervenção foram: trabalhadores de saúde aborígenes comunitários, trabalhadores de saúde aborígenes clínicos², enfermeiros e médicos clínicos gerais.

Também de maneira parecida com outros dois estudos (BA1 e BA2), no estudo BA3, “aqueles com menor grau de envolvimento com o álcool” eram conscientizados quanto ao consumo excessivo de bebidas alcóolicas e a necessidade de manejar na ingestão, além de também receberem sugestões específicas de como conseguir reduzir esse consumo. Neste estudo (BA3), os profissionais embasavam suas condutas nas recomendações que eram implantadas no próprio sistema eletrônico da unidade ou nos formulários de rotina. O profissional responsável por conduzir esta etapa de intervenção era variável, pois seguia a estratégia de implementação traçada por cada serviço de saúde participante. Porém, deu a entender que, na maioria dos casos, eram médicos de família que assumiam esta tarefa.

² Diante das informações apresentados no artigo referente ao estudo BA2, as funções dos trabalhadores de saúde aborígenes comunitários pareciam se assemelhar às de agentes comunitários de saúde, enquanto que trabalhadores de saúde aborígenes clínicos pareciam desempenhar funções próximas às de auxiliares/técnicos de enfermagem

Tanto no estudo BA2 quanto no estudo BA3, pacientes já dependentes de álcool (e não apenas “bebedores de risco”) eram encaminhados para serviços especializados e não recebiam a intervenção breve. No estudo BA3 em específico, pacientes com desordens associadas ao uso de álcool eram referenciados para grupos de autoajuda, como os “alcóolicos anônimos”; já pacientes alcóolatrás, além de serem referenciados para estes grupos de autoajuda, ainda eram encaminhados para serviço de saúde especializado ou recebiam prescrição medicamentosa.

Em dois dos estudos (BA1 e BA2) fica claro que a abordagem era pontual, ou seja, acontecia em um só momento (em um dos encontros/consultas de rotina). Porém, no estudo BA3 restaram dúvidas se a abordagem foi pontual ou se repetiu-se em outros momentos com um mesmo paciente. No estudo BA2, os profissionais não acompanhavam o progresso dos pacientes pós-intervenção, uma vez que logo após a intervenção estes pacientes eram encaminhados para o setor de álcool e drogas atrelado às unidades de saúde primárias.

Apesar da intervenção pontual, os “bebedores de risco” atendidos nos serviços de atenção primária do estudo BA1, ao término da consulta, eram convidados a comparecer a outras consultas para continuar a trabalhar a problemática do consumo demasiado de bebidas alcóolicas, caso desejassem. Somado a isso, estes ainda recebiam um folheto de autoajuda. Também na tentativa de estabelecer certa continuidade ao tratamento, o estudo BA3 forneceu uma ferramenta educativa aos pacientes: folheto e endereço eletrônico (página na web) de uma iniciativa chamada “Repensando sobre a bebida”³. Os pacientes tinham livre arbítrio em aceitar ou não essa continuidade do tratamento, ou seja, não eram obrigados a comparecer em consultas de acompanhamento (estudo BA1) ou ler os materiais educativos fornecidos (estudos BA1 e BA3).

Vale ressaltar que em dois dos estudos (BA2 e BA3) os pesquisadores estiveram diretamente implicados no processo de implementação. No estudo BA2, por seis meses, os pesquisadores ofereceram suporte à implementação por meio de telefonemas quinzenais e encontros presenciais mensais. Eles se comprometiam a avaliar o desempenho dos profissionais de saúde na prática, dar o *feedback* em relação a essa avaliação e assisti-los no que fosse preciso (reforço ao treinamento

³ Estudo BA3 não descreveu o conteúdo trabalhado pela iniciativa “Repensando sobre a bebida”

de habilidades, integração da intervenção dentro do serviço, resolução de problemas, dentre outras coisas). Buscando compreender como foram as experiências com as triagens e intervenções breves, uma vez por mês (durante 6 meses) os pesquisadores também realizavam grupos focais e entrevistas individuais com os profissionais de saúde envolvidos. Estas avaliações, no entanto, não refletiram no andamento da implementação naquele momento do estudo.

A equipe de pesquisa do estudo BA3 teve participação ativa em todas as etapas do processo, principalmente nas etapas de suporte à implementação. A primeira delas era uma reunião entre todos profissionais designados como coordenadores da implementação e o grupo de pesquisadores. A ideia era que grupos de profissionais com papéis semelhantes dentro da estratégia de implementação (grupo de médicos de família, por ex.) tivessem a oportunidade de discutir sobre suas experiências no processo. Ainda nesta reunião, cada dupla de coordenadores (um médico e um membro da equipe de enfermagem) tinha como tarefa o desenvolvimento de um plano de implementação, que deveria ser compartilhado com os demais funcionários do serviço assim que possível.

Profissionais e pesquisadores do estudo BA3 tinham programadas mais duas reuniões. Desta vez entre pesquisadores, e todos os médicos e funcionários da equipe de enfermagem de cada uma das unidades de saúde. Com base no plano de implementação traçado anteriormente e em relatórios trimestrais de dados da implementação desenvolvidos pela equipe de pesquisa, estes dois encontros pautavam-se em atualizações sobre o tema em questão (bebida alcoólica), nova discussão sobre as experiências vivenciadas, construção de um plano de metas e análise do plano de implementação vigente. Ao término destas duas reuniões, profissionais tinham ainda a oportunidade de conversar isoladamente com os pesquisadores para discutir barreiras específicas na implantação do plano de metas previamente estruturado.

Como um último estágio destas etapas de suporte (estudo BA3), os serviços de saúde que já tinham passado por todas as fases programadas encontravam-se com outras unidades de saúde que tinham passado apenas pelas etapas de rotina (etapas anteriores às reuniões com pesquisadores) para que as primeiras repassassem às segundas suas experiências (positivas e negativas) com o processo de implementação, assim como as estratégias mais utilizadas no andamento do processo na prática. Propunha-se como tarefa deste encontro que as segundas

unidades construíssem seus planos de implementação, enquanto as primeiras unidades desenvolviam planos para sustentar as estratégias já implantadas com sucesso.

Muito se falou sobre compartilhamento de experiências entre profissionais de saúde e pesquisadores, mas apenas o estudo BA2 procurou saber as experiências vivenciadas pelos pacientes que passaram por intervenção, através do emprego de grupos focais. Resumos das informações aqui descritas estão presentes nos Quadros 5.6 e 5.7.

Quadro 5.6 – Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Consumo de bebidas alcóolicas”

	BA 1(45)	BA 2(46)	BA 3(47)
PÚBLICO-ALVO	Pacientes entre 18 e 64 anos considerados “bebedores de risco”	“Bebedores de risco” de comunidades indígenas	Pacientes hipertensos e/ou diabéticos que fazem consumo abusivo de bebidas alcóolicas
DELINEAMENTO	<p>Treinamento pré-intervenção → Abordagem na sala de espera → Solicitação de preenchimento de questionário auto-aplicável sobre o consumo habitual de bebidas alcóolicas (triagem I) → Solicitação de preenchimento de novo questionário sobre consumo de bebidas alcóolicas na última semana (triagem II) → <i>Feedback</i> sobre os questionários + Intervenção breve durante consulta presencial (para “bebedores de risco”) → Convite para outras consultas de acompanhamento</p> <p>OBS.: Paciente tinha livre arbítrio em aceitar ou não o acompanhamento posterior à intervenção breve</p>	<p>Reconhecimento de atributos prévios dos profissionais → Treinamento pré-intervenção → Triagem + Intervenção breve (para “bebedores de risco”) → Suporte à implementação (Avaliação de desempenho na prática + <i>Feedback</i> + Reforços/Resolução de problemas)</p>	<p>Escolha e organização da estratégia de implementação → Escolha dos coordenadores da implementação → Triagem → Intervenção breve ou encaminhamento para grupos de auto-ajuda/serviços especializados (pacientes “triagem positiva”) + Reunião em local externo entre coordenadores e pesquisadores (discussão sobre processo de implementação na prática) + Reuniões na US entre pesquisadores, médicos e equipe de enfermagem (construção do plano de metas e verificação de reformulação do plano de implementação) + Conversa pontual entre pesquisadores e profissionais de saúde (após as reuniões na US) para suporte em questões específicas → Transferência de experiências para outras unidades de saúde + Desenvolvimento de planos para sustentar as estratégias já implantadas com sucesso</p>
PERÍODO / DURAÇÃO	<p>Treinamento: 1 dia</p> <p>Triagem I: Continuamente na sala de espera</p> <p>Triagem II: Durante rotina habitual (em casa)</p>	<p>Treinamento: 1 dia</p> <p>Intervenção breve: Durante encontros com os profissionais envolvidos</p>	<p>Triagem + Intervenção: Durante a rotina de trabalho (pré-consultas e/ou consultas)</p> <p>Processo na íntegra (até o momento da transferência de experiências): 1 ano</p>

Continua

Conclusão

	BA 1(45)	BA 2(46)	BA 3(47)
PERÍODO / DURAÇÃO	<p>Intervenção breve: Durante uma das consultas médicas de rotina // Cerca de 10 min</p> <p>Acompanhamento: Consultas médicas agendadas para conversar sobre o consumo de bebidas alcóolicas</p>	<p>Suporte: Intercalado por contato telefônico (quinzenalmente) e encontros presenciais (mensalmente) por 6 meses</p>	<p>Reunião entre coordenadores e pesquisadores: Encontro único</p> <p>Reuniões entre pesquisadores, médicos e equipe de enfermagem: 2 encontros de aprox. 2h</p>
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS	<p>Solicitação etapas de triagem: Equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos/auxiliares)</p> <p>Feedback questionários + Intervenção breve: Médicos clínicos gerais</p>	<p>Triagem + Intervenção breve:</p> <p>Trabalhadores de saúde aborígenes comunitários (“agentes comunitários de saúde”) + Trabalhadores de saúde aborígenes clínicos (“técnicos/auxiliares de enfermagem”) + Médicos clínicos gerais + Enfermeiros</p> <p>OBS₁: Médico especialista em dependência foi responsável por ministrar o treinamento</p> <p>OBS₂: Equipe de pesquisadores prestou suporte à implementação</p> <p>OBS₃: Também trabalhadores do setor de álcool e drogas participaram do treinamento pré-intervenção, assim como gerente da US</p>	<p>Coordenadores da implementação: 1 médico + 1 membro da equipe de enfermagem</p> <p>Demais atividades: Médicos de família + Médicos assistentes + Equipe de enfermagem</p> <p>OBS: Participação ativa da equipe de pesquisa em todas as etapas do processo</p>

Fonte: Produção da própria autora

Quadro 5.7 – Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (conduta nutricional) nos estudos acerca da temática “Consumo de bebidas alcóolicas”

	BA 1(45)	BA 2(46)	BA 3(47)
TREINAMENTO PRÉVIO	<p>Equipe de enfermagem: Aplicação de ferramentas de triagem</p> <p>Médicos: Elementos de uma intervenção breve (feedback, conselhos, empatia, habilidade para lidar com atitudes resistentes)</p>	<p>Despertar da confiança em identificar “bebedores de risco”, conversar com estes indivíduos e ajuda-los a resolver o problema do uso abusivo de álcool → Recomendações voltadas para tratamento de consumo abusivo de álcool em comunidades indígenas, Aplicação da técnica “Beba Menos” (Etapa de breve intervenção baseada em “Feedback, Escuta, Conselhos, Metas e Estratégias”), Acompanhamento dos “bebedores de risco” e correto encaminhamento dos pacientes dependentes de álcool // Discussões de estudos de casos + Exercícios práticos para ilustrar o uso da técnica “Beba Menos”</p>	<p>NÃO HOUVE TREINAMENTO PRÉVIO (apenas reuniões durante o período de implementação)</p>
TÉCNICAS	<p>Consulta médica pós-triagem: <i>Feedback</i> em relação aos questionários (aplicados na etapa de triagem) + Breve intervenção para reduzir o consumo de bebidas alcóolicas + Proposta de acompanhamento</p> <p>Acompanhamento: ----</p>	<p>Encontro presencial: Interpretação dos resultados da triagem + Aplicação das ferramentas de breve intervenção com os “bebedores de risco” (técnica do “Beba Menos”) + Encaminhamento para serviço especializado no caso de dependentes de álcool</p>	<p>Escolha e organização da estratégia de implementação: Escolha entre “triagem e intervenção estruturadas dentro de um mesmo sistema”, inclusão das informações nas próprias fichas de rotina do serviço ou divisão das tarefas (triagem em pré-consulta com enfermagem e intervenção durante consulta médica)</p> <p>Consulta médica: Interpretação da etapa de triagem + Aplicação de breve intervenção ou encaminhamento para grupos de autoajuda/serviços</p>

Continua

Continuação

	BA 1(45)	BA 2(46)	BA 3(47)
TÉCNICAS			<p>especializados nos casos de “triagem positiva” (decisão de acordo com o grau de envolvimento com o álcool)</p> <p>Reunião entre coordenadores e pesquisadores: Estímulo à discussão sobre experiências entre grupos com papéis semelhantes dentro da estratégia de implementação + Desenvolvimento de plano de implementação por dupla de coordenadores da US (que deveria ser compartilhado com os demais profissionais de saúde da unidade)</p> <p>Reuniões entre pesquisadores, médicos e equipe de enfermagem (encontro em grupo): Apresentação de atualizações sobre o tema em questão (bebida alcóolica) + Nova discussão sobre experiências (e auxílio às dificuldades) + Construção de um plano de metas + Análise do plano de implementação vigente (manutenção e melhorias)</p> <p>Conversas pontuais entre pesquisadores e profissionais de saúde (após as reuniões na US): Discussão de barreiras específicas para implantação dos planos de metas</p>
FERRAMENTAS	<p>Resultados dos questionários da etapa de triagem + Aprendizados do treinamento (técnicas de breve intervenção) + Fornecimento de folheto de auto-ajuda</p> <p>Acompanhamento: ----</p>	<p>Resultados da etapa de triagem + Aprendizados do treinamento (recomendações e ferramentas de breve intervenção) + Suporte da equipe de pesquisa</p>	<p>Escolha e organização da estratégia de implementação: Prontuário eletrônico ou fichas de rotina do próprio serviço</p> <p>Consulta médica: Resultados da etapa de triagem + Recomendações descritas</p>

Continua

Continuação

	BA 1(45)	BA 2(46)	BA 3(47)
FERRAMENTAS			<p>no prontuário eletrônico ou fichas de rotina + Fornecimento de folheto e endereço na web da iniciativa “Repensando sobre a bebida”</p> <p>Reunião entre coordenadores e pesquisadores: ----</p> <p>Reuniões entre pesquisadores, médicos e equipe de enfermagem:</p> <p>Relatórios trimestrais de dados da implementação feitos pela equipe de pesquisadores + Plano de implementação traçado anteriormente</p> <p>Conversas pontuais entre pesquisadores e profissionais de saúde (após as reuniões na US): Plano de metas traçado anteriormente</p>
CONTEÚDO	<p>Consulta médica pós-triagem:</p> <p>Recomendações para reduzir o consumo de bebidas alcóolicas + Sugestões de como promover esta redução</p> <p>Acompanhamento: ----</p>	Controle do consumo abusivo de bebidas alcóolicas	<p>Escolha e organização da estratégia de implementação: <i>Template</i> dos prontuários eletrônicos ou fichas de rotina do serviço alimentadas com recomendações relacionadas ao consumo de bebidas alcóolicas e as devidas ferramentas utilizadas para breve intervenção</p> <p>Consulta médica: Conscientização sobre o consumo excessivo de bebidas alcóolicas e a necessidade de manejar na ingestão + Sugestões específicas de como conseguir essa redução do consumo</p>

Continua

Conclusão

	BA 1(45)	BA 2(46)	BA 3(47)
CONTEÚDO			<p>Reunião entre coordenadores e pesquisadores: Experiências com o processo de implementação (dificuldades e facilidades, como superar as dificuldades e aprimorar questões bem sucedidas) → Adequação ao <i>template</i> dos prontuários eletrônicos, encaminhamentos, inserção da pré-consulta, necessidades de sessões educativas para médicos e enfermeiros sobre o assunto, uso do material “Repensando sobre a bebida”</p> <p>Reuniões entre pesquisadores, médicos e equipe de enfermagem: Experiências com o processo de implementação → Levantamento de dados, explicações sobre o <i>template</i> (se necessário) // Construção de plano de metas → Reforço do papel da equipe de enfermagem (potencial para já dar o devido direcionamento para intervenção), fortalecimento do compromisso do médico em decidir qual a melhor conduta</p> <p>Conversas pontuais entre pesquisadores e profissionais de saúde (após as reuniões na US): Dificuldades para traçar soluções de problemas na implementação, apoio para o engajamento da equipe, apoio ao tentar redesenhar o processo de implementação</p>

Fonte: Produção da própria autora

5.1.4 Aleitamento materno

O tema “Aleitamento materno” apareceu em outros três estudos (AM1, AM2 e AM3) que, de uma maneira geral, tinham por objetivo possibilitar uma boa experiência de amamentação para mães e bebês. Sendo assim, todos eles tinham como público-alvo mães com seus bebês recém-nascidos. A ideia era que os profissionais pudessem traçar soluções para possíveis dificuldades com a amamentação já nos primeiros dias/meses de vida do bebê, colaborando para o não descontinuo precoce do aleitamento materno. No estudo AM3, apenas mães e bebês com dificuldades com a amamentação eram referenciados para um programa de suporte à amamentação. Fica claro, portanto, que neste caso os profissionais interviam somente na solução de problemas. Já nos estudos AM1 e AM2, não é possível saber se além de auxiliar nas dificuldades, os serviços também faziam aconselhamentos preventivos.

Dois dos estudos (AM1 e AM3) se apoiaram na iniciativa “Centro de Saúde Amigo do Bebê”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas (UNICEF) lançaram essa iniciativa entre os anos de 1991 e 1992, primeiramente nos hospitais/maternidades, com a intenção de criar ambientes de apoio à amamentação que pudessem contribuir para melhores experiências de amamentação para mães e bebês, proporcionando taxas maiores de adesão à amamentação, aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida do bebê e aleitamento complementar de mais longa duração.⁽⁵³⁾ O estudo AM1 adotou com bastante mais veemência os preceitos desta iniciativa ao traçar o delineamento da implementação nos serviços de saúde comunitários, contando inclusive com a supervisão de enfermeiros diretamente vinculados a um órgão envolvido com a iniciativa.

No estudo AM1, tais enfermeiros supervisores buscaram mapear as taxas de amamentação nos serviços e as razões para descontinuidade desta prática por algumas mães. Não ficou claro, no entanto, se estes enfermeiros compartilharam estas informações com os funcionários dos serviços comunitários. Os outros dois estudos (AM2 e AM3), por outro lado, não realizaram esse mapeamento prévio específico dos cenários onde seriam implementados os aconselhamentos. Porém, os três estudos se basearam em dados epidemiológicos referentes às taxas de amamentação entre mães e bebês em seus países.

Os enfermeiros supervisores do estudo AM1 também pediram para que os profissionais de saúde preenchessem um questionário de auto-avaliação quanto ao estímulo e auxílio à amamentação por eles empregados na rotina de trabalho. Não ficou explícita a razão desta solicitação, mas talvez tenha servido para que os profissionais fizessem uma reflexão no que diz respeito à prática cotidiana de suporte à amamentação. Os estudos AM1 e AM2 sinalizaram que o acompanhamento pós-parto já fazia parte do cronograma de atividades dos serviços de saúde. No caso do estudo AM1, a prática habitual já vigente contava com aconselhamento sobre lactação, mas não necessariamente sobre amamentação. E o estudo AM2 deixou transparecer que anteriormente, ainda que os médicos atendessem rotineiramente as mães com seus bebês, estes não tinham conhecimento sobre amamentação muito bem embasados e nem habilidades de aconselhamento bem desenvolvidas.

Os três estudos lançaram mão de treinamentos pré-intervenção, porém sob diferentes moldes. O treinamento empregado no estudo AM3 visava apenas propiciar que os profissionais conseguissem detectar com clareza dificuldades com a amamentação, dando o devido encaminhamento para o suporte. Já o treinamento do estudo AM2 pretendia fortalecer o conhecimento dos profissionais de saúde sobre amamentação e despertar neles habilidades de aconselhamento em torno deste assunto. Foram abordados temas como fisiologia da lactação, posição e pega do bebê, resolução de problemas mais comuns para as mães (dores e fissuras nos mamilos, mastite, preocupação quanto ao baixo consumo de leite) e bebês (ganho de peso insuficiente, icterícia, diarreia e desidratação). Este treinamento (AM2) teve um total de 5 horas e foi dividido em 2 sessões. Ambos (AM2 e AM3) contaram com material de estudo. O treinamento do estudo AM2, entretanto, ainda trouxe indicações de bibliografia complementar, caso os profissionais quisessem se aprofundar um pouco mais no assunto ou esclarecer dúvidas mais específicas. No estudo AM3, este treinamento foi apenas expositivo (apresentação em PowerPoint); enquanto no outro (AM2), além da parte expositiva, também houveram discussões e exercícios práticos.

No que diz respeito ao estudo AM1, os serviços de saúde deveriam primeiramente entrar em contato com os preceitos descritos num manual desenvolvido pela iniciativa “Centro de Saúde Amigo do Bebê” e, com base nos seis principais pontos para se prestar um aconselhamento de qualidade apresentados

neste manual, os próprios profissionais de saúde dos serviços comunitários assumiam a tarefa de estruturar um treinamento específico para cada unidade de saúde. Com carga horária mínima de 12 horas, este treinamento deveria contar com uma parte teórica e uma parte prática voltada para o desenvolvimento de habilidades de aconselhamento sobre amamentação.

Além do treinamento, neste estudo (AM1), os funcionários dos serviços de atenção primária também ficavam responsáveis por montar uma política interna de apoio à amamentação, ou seja, uma formalização das normas que regeriam a intervenção na prática cotidiana. Tanto o treinamento quanto a política interna, antes de serem colocados em prática, passavam por um processo de acreditação (realizada por órgão vinculado à iniciativa “Centro de Saúde Amigo do Bebê”). Uma vez aprovados, os serviços ganhavam a certificação “Centro de Saúde Amigo do Bebê”, podendo então implantar o treinamento pré-intervenção e posteriormente, as normas estabelecidas na política interna.

Em se tratando de intervenção, enquanto os serviços do estudo AM1 procuravam aplicar os dizeres pontuados em suas políticas internas⁴, o estudo AM2 trilhou um processo de intervenção diferente. Neste estudo (AM2), quando ainda na maternidade, mães e bebês já recebiam os primeiros conselhos sobre amamentação e verificava-se condições de saúde do bebê que poderiam interferir nas mamadas. Após 15 dias do nascimento do bebê, díade mãe-bebê comparecia à primeira consulta médica na unidade básica de saúde. Neste momento, o médico se inteirava sobre as primeiras experiências das mães e bebês com a amamentação, tomando as providências cabíveis para solucionar possíveis problemas relatados. Sendo assim, estes profissionais colocavam em prática o conteúdo e as habilidades de aconselhamento trabalhados na etapa de treinamento, moldando-os às necessidades dos pacientes. Mães e bebês continuavam a fazer o acompanhamento junto à unidade de saúde em consultas mensais até o bebê completar 6 meses.

Como já relatado anteriormente, o estudo AM3, por sua vez, empenhou-se em buscar por mães e bebês com dificuldades com a amamentação, no intuito de auxiliá-los numa etapa seguinte. Entendia-se por “dificuldade para amamentar” o fato da mãe demonstrar preocupação com o ato de amamentar, bebê com perda de

⁴ Artigo não relevou a dinâmica e o conteúdo da intervenção (aconselhamento sobre amamentação)

peso ou com evacuação inadequada. Outros problemas, mesmo que relevantes, não eram considerados. Diante de qualquer uma destas condições, dentro do próprio serviço de atenção primária, mães e bebês eram encaminhados para um grupo de profissionais implicados no suporte à amamentação. Estes buscavam compreender as dificuldades com a amamentação, de forma que pudessem pensar na melhor forma de auxílio e escolher qual profissional prestaria esta assistência.

No estudo AM2, os responsáveis por conduzir a primeira consulta após 15 dias do nascimento do bebê foram médicos de família e pediatras⁵. As consultas de acompanhamento, no entanto, eram realizadas exclusivamente por médicos de família. Já os outros dois estudos não fizeram especificação quanto às categorias profissionais envolvidas com a implementação dos programas.

Mães que passaram por intervenção nos estudos AM1 e AM2 foram convidadas pelos pesquisadores a dar um *feedback* em relação às experiências com a amamentação após a intervenção (satisfação e dificuldades). Resumos das informações aqui descritas estão presentes nos Quadros 5.8 e 5.9.

⁵ Este estudo considerou também médicos pediatras como profissionais de saúde atuantes em serviços de atenção primária à saúde

Quadro 5.8 – Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Aleitamento materno”

	AM 1(48)	AM 2(49)	AM 3(50)
PÚBLICO-ALVO	Díade mãe-bebê (recém-nascidos)	Díade mãe-bebê (recém-nascidos)	Mães e bebês com até 14 dias de vida com dificuldades na amamentação
DELINEAMENTO	Recebimento do manual desenvolvido pela iniciativa “Centro de Saúde Amigo do Bebê” → Reconhecimento do território e práticas já vigentes → Criação de política interna de apoio à amamentação e de um treinamento pré-intervenção com base no manual → Acreditação da política e do treinamento por órgão vinculado à iniciativa → Treinamento pré-intervenção → Aconselhamento sobre amamentação segundo a política interna criada	Treinamento pré-intervenção → Consulta presencial (bebês com 15 dias de vida) → Acompanhamento mensal (consultas presenciais de rotina) OBS.: Ainda na maternidade, mães e bebês recebiam os primeiros conselhos sobre amamentação	Treinamento pré-intervenção → Triagem + Encaminhamento para programa de suporte à amamentação → Suporte à amamentação (casos com dificuldades na amamentação)
PERÍODO / DURAÇÃO	NÃO HÁ RELATOS SOBRE FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO	Treinamento: 5 h (dividido em 2 sessões) 1ª consulta presencial: 15 dias após o nascimento do bebê Demais consultas presenciais: Mensalmente por 6 meses	NÃO HÁ RELATOS SOBRE FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS	Criação e implementação do treinamento e da política interna: Funcionários de serviços de saúde comunitários (sem especificação) OBS.: A supervisão do processo foi feita por enfermeiros vinculados a órgão envolvido com a iniciativa “Centro de Saúde Amigo do Bebê”	1ª consulta presencial: Médicos de família + Pediatras Demais consultas presenciais: Médicos de família	Processo na íntegra: Funcionários de serviços de atenção primária à saúde (sem clareza na especificação)

Fonte: Produção da própria autora

Quadro 5.9 – Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (conduta nutricional) nos estudos acerca da temática “Aleitamento materno”

	AM 1(48)	AM 2(49)	AM 3(50)
TREINAMENTO PRÉVIO	<p>Parte teórica: Princípios preconizados pela OMS/UNICEF quanto ao aleitamento materno // Leitura de um livro de 200 páginas + 100 questões de estudo</p> <p>Parte prática: Desenvolvimento de habilidades OBS.: Carga horária mínima de 12h (à semelhança do curso de 20h oferecido pela OMS/UNICEF)</p>	<p>Fisiologia da lactação, Posição e pega do bebê, Manejo de problemas comuns da amamentação (dor nos mamilos, fissuras nos mamilos, mastite, preocupação materna quanto ao baixo consumo de leite), Manejo de problemas com o bebê (ganho de peso insuficiente, icterícia, diarreia e desidratação) // Palestras, discussões em painel, exercícios de “interpretação de papéis”</p> <p>OBS.: Fornecimento de material de estudo impresso e indicação de referências adicionais</p>	<p>Deteção de dificuldades para amamentar (preocupação com o ato de amamentar, bebê com perda de peso ou com evacuação inadequada) // Apresentação em PowerPoint</p> <p>OBS.: Fornecimento de material de estudo impresso</p>
TÉCNICAS	Aconselhamento sobre amamentação (não houve descrição sobre a dinâmica da conduta nutricional)	<p>1ª consulta presencial: Verificação de dificuldades/problemas com a amamentação + Aconselhamento na tentativa de solucioná-los</p> <p>Demais consultas presenciais: ----</p>	<p>Suporte à amamentação: Compreensão das dificuldades de amamentação + Identificação da melhor forma de auxílio + Organização da equipe de saúde para efetuar o suporte</p>
FERRAMENTAS	Aprendizados do treinamento + Política interna previamente constituída pelos próprios funcionários a partir do manual da iniciativa “Centro de Saúde Amigo do Bebê”	Aprendizados e material fornecido no treinamento	Aprendizados e material fornecido no treinamento
CONTEÚDO	6 principais pontos para prestar aconselhamento sobre amamentação estabelecidos como padrão de qualidade no manual da iniciativa → Estímulo ao aleitamento materno (exclusivo até 6 meses) através de uma boa experiência para mães e bebês	Pautas trabalhadas no treinamento, moldando-as às dificuldades relatadas pelos pacientes	NÃO HOUVE RELATOS SOBRE O CONTEÚDO TRABALHADO NO SUPORTE À AMAMENTAÇÃO

Fonte: Produção da própria autora

5.1.5 Cuidado ao paciente diabético

Um dos estudos selecionados para esta revisão (DM) apresentou um programa de aprimoramento do cuidado ao paciente diabético. Num primeiro momento, a partir de vistoria nos prontuários, médicos de família das unidades de saúde assumiram a tarefa de encontrar pacientes que poderiam se beneficiar com o programa (adultos com idade ≥ 25 anos com diagnóstico confirmado de diabetes mellitus), convidando-os a participar através do envio de cartas com a descrição do delineamento da intervenção. Vale ressaltar que apesar de apontarem algumas questões acerca da problemática do cuidado ao paciente diabético nos serviços de atenção primária à saúde, os idealizadores deste programa não se preocuparam em estabelecer um reconhecimento do território e das práticas já vigentes nos serviços antes de implementar as novas ideias.

A maior parte do processo aconteceu por meio de sessões interativas em plataforma virtual sob o esquema de auto-avaliação e autocuidado. Uma vez que os pacientes aceitavam participar do programa, solicitava-se que chegassem com 30 minutos de antecedência nos dias de suas consultas médicas de rotina para que desempenhassem atividades nesta plataforma virtual no momento pré-consulta. Sendo assim, até esse momento, pacientes não tinham nenhum contato e auxílio de profissionais de saúde (nem ao menos com os médicos que os convidaram).

Nestas sessões pré-consulta, além de outras questões relativas ao tratamento do diabetes, os pacientes preenchiam também um questionário sobre alimentação, prática de atividade física e tabagismo. O próprio sistema da plataforma virtual, por sua vez, traçava uma análise das respostas deste questionário e sinalizava os pontos críticos. Frente aos pontos críticos, ainda dentro da plataforma, os pacientes deveriam escolher uma meta de mudança de comportamento relacionada a um dos assuntos abordados no questionário (alimentação, atividade física ou tabagismo). E mais uma vez o próprio sistema os direcionava para um ambiente virtual onde era possível encontrar suporte ao cumprimento da meta selecionada, através de atividades específicas de identificação de possíveis barreiras e apontamentos de estratégias para superá-las. Ao término desta interação paciente-computador, gerava-se uma cópia impressa do plano de ação estruturado pelo paciente para posterior apresentação aos profissionais de saúde.

Diferentemente do que já fora apontado em outros estudos, neste caso o prosseguimento do programa se dava após as consultas médicas de rotina. Sendo assim, fora a etapa de triagem e convite para participação, os médicos de família, responsáveis pelos atendimentos de rotina, apenas davam o direcionamento para conversa pós-consulta com outros funcionários, denominados “gerenciadores do cuidado”⁶. Estes eram, em sua maioria, médicos assistentes e enfermeiros que tinham como missão analisar, discutir e fornecer breves conselhos auxiliares aos pacientes em relação ao plano de ação previamente construído dentro da plataforma virtual. Tratava-se de uma conversa rápida (não mais de 10 minutos), cujo principal propósito era promover um levantamento de estratégias (além das já propostas pelo sistema de computador) para driblar possíveis dificuldades no processo de mudança.

Antes de exercerem suas tarefas, estes profissionais “gerenciadores do cuidado” recebiam da equipe de pesquisa materiais com a descrição das responsabilidades que assumiriam dentro do programa e diretrizes para o tratamento do diabetes. Além disso, passavam por um treinamento para que soubessem desempenhar uma abordagem centrada no paciente com foco no autocuidado. Pesquisadores ainda ficavam disponíveis para dar suporte operacional a estes profissionais.

No período entre as consultas médicas de rotina, os “gerenciadores do cuidado” ainda acompanhavam a evolução dos pacientes por meio de contato telefônico. Nesta etapa de acompanhamento, além de inspecionar o progresso dos pacientes, estes procuravam reforçar as estratégias acordadas durante o encontro presencial (pós-consulta médica). Resumos das informações aqui descritas estão presentes nos Quadros 5.10 e 5.11.

⁶ O artigo não deixa claro se também os médicos de família, durante as consultas de rotina, discutiam pautas do conteúdo trabalhado na plataforma virtual

Quadro 5.10 – Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Cuidado ao paciente diabético”

	DM(51)
PÚBLICO-ALVO	Pacientes diabéticos com idade ≥ 25 anos
DELINEAMENTO	Triagem a partir de prontuários → Direcionamento para sessão pré-consulta em plataforma virtual → Encontro presencial com “gerenciadores do cuidado” pós-consulta → Acompanhamento por contato telefônico OBS.: “Gerenciadores do cuidado” passavam por um treinamento pré-intervenção
PERÍODO / DURAÇÃO	Sessão pré-consulta: Continuamente antes das consultas médicas de rotina // Cerca de 30 min Encontro presencial pós-consulta: Continuamente após as consultas médicas de rotina // 8-10 min Acompanhamento: Período entre as consultas médicas de rotina
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS	Triagem e encaminhamento para “gerenciadores do cuidado”: Médicos de família “Gerenciadores do cuidado”: Médicos assistentes + Enfermeiros OBS.: Apoio da equipe de pesquisa (suporte aos “Gerenciadores do cuidado”)

Fonte: Produção da própria autora

Quadro 5.11 – Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (conduta nutricional) nos estudos acerca da temática “Cuidado ao paciente diabético”

	DM(51)
TREINAMENTO PRÉVIO	“Gerenciadores do cuidado”: Abordagem centrada no paciente com foco no autocuidado
TÉCNICAS	<p>Sessão pré-consulta: Auto-atendimento / Aconselhamento automatizado (Preenchimento de um questionário sobre comportamento alimentar + Sinalização dos pontos críticos + Escolha de uma meta de mudança de comportamento + Suporte ao cumprimento da meta selecionada)</p> <p>Encontro presencial pós-consulta: Apresentação do material criado a partir da plataforma virtual para profissionais de saúde responsáveis por analisa-lo, discuti-lo e fornecer breves conselhos auxiliares</p> <p>Acompanhamento à distância: Verificação da evolução, suporte e reforços direcionados</p>
FERRAMENTAS	<p>Sessão pré-consulta: Plataforma virtual</p> <p>Encontro presencial pós-consulta: Material impresso criado dentro da plataforma virtual + Materiais de apoio (materiais com a descrição das responsabilidades que assumiriam dentro do programa e diretrizes para o tratamento do diabetes)</p> <p>Acompanhamento à distância: Contato telefônico</p>
CONTEÚDO	<p>Sessão pré-consulta: Questões sobre comportamento alimentar, Atividades específicas de identificação de barreiras e estratégias para superá-las</p> <p>Encontro presencial pós-consulta: Levantamento de estratégias adicionais para driblar possíveis dificuldades → Foco no estímulo ao autocuidado</p> <p>Acompanhamento à distância: Reforço das estratégias para driblar dificuldades</p>

Fonte: Produção da própria autora

5.1.6 Risco nutricional / Desnutrição

Com foco no atendimento a pessoas em risco nutricional ou já em estado de desnutrição, o último dos estudos selecionados para fazer parte desta revisão seguiu um delineamento de implementação semelhante ao traçado por estudos de outras temáticas aqui apresentados. Sem haver um reconhecimento prévio do território e das demandas da população, o primeiro passo dado foi a verificação das práticas já implementadas pelos profissionais de saúde envolvidos quanto à identificação e recuperação de pacientes em risco nutricional ou desnutridos nos serviços comunitários. Estas informações serviram de pano de fundo para estruturação do treinamento pré-intervenção que aconteceria na sequência.

E em se tratando de profissionais de saúde envolvidos, estes eram: médicos, auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros comunitários e funcionários de enfermagem de lares de idosos. Divididos em grupos (“médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem”, “enfermeiros comunitários” e “funcionários de enfermagem de lares de idosos”), estes profissionais então passaram por um treinamento, que tinha por intuito aprimorar os conhecimentos e a prática clínica acerca do tema “risco nutricional/desnutrição”. Salvo a parte teórica (apresentação em PowerPoint), o restante do treinamento foi moldado de maneira variável para cada um dos grupos, principalmente obedecendo a disponibilidade de tempo que cada grupo de profissionais disponha para realiza-lo.

Com duração de 1 hora (45 min de parte teórica e 15 min de parte prática), “médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem” participaram das atividades do treinamento no horário de almoço. Enfermeiros comunitários tiveram um treinamento mais extenso (2h45 de duração, com 75 min de parte teórica e 90 min de parte prática) que aconteceu na parte da tarde. Os funcionários de enfermagem de lares de idosos, por sua vez, passaram por um treinamento de 1h30 de duração (60 min de parte teórica e 30 min de parte prática) em período não especificado. Além da adequação dos períodos e tempo de duração, este estudo também se preocupou em adequar os métodos pedagógicos empregados na parte prática do treinamento. “Médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem” trabalharam apenas com estudos de casos; ao passo que enfermeiros comunitários e funcionários de enfermagem de lares de idosos, além dos estudos de casos, também executaram atividades em grupo. Vale

ressaltar que as discussões sobre recomendações dietéticas nestas atividades em grupo contavam com a participação e apoio de um nutricionista comunitário.

Servindo de respaldo para as condutas nutricionais, de uma forma geral, neste treinamento foram abordadas as possíveis causas de desnutrição e quais os grupos de maior risco nutricional, recomendações dietéticas simples para melhorar a ingestão de calorias e proteínas na dieta, e indicações para uso de suplementos nutricionais orais. Além do material de estudo (folders com o conteúdo teórico e descrição dos estudos de casos), os profissionais ainda receberam materiais de apoio à intervenção: Folhetos “Comer mesmo quando estiver com pequeno apetite” que continha recomendações simples de como aumentar a ingestão calórica e proteica da dieta, e “Guia para uso de suplementos nutricionais orais” que continha recomendações de como incorporar estes suplementos na dieta.

A partir do momento que concluíam o treinamento, cotidianamente (durante consultas/encontros de rotina), estes profissionais assumiam a responsabilidade de aplicar as ferramentas de triagem junto aos pacientes por eles atendidos, no intuito de identificar os casos que necessitariam de intervenção. Pacientes em risco nutricional ou desnutridos então recebiam recomendações dietéticas simples e direcionadas para a recuperação do estado nutricional. De maneira complementar, era fornecido a esses pacientes os folhetos “Comer mesmo quando estiver com pequeno apetite” e “Guia para uso de suplementos nutricionais orais”. Vale ressaltar que muitas das recomendações oferecidas pelos profissionais de saúde embasavam-se no conteúdo destes folhetos, mas também eram dadas recomendações relacionadas ao volume e frequência das refeições (comer pouco, mas com maior frequência) e à fortificação de alimentos.

Casos mais específicos, que fugiam da alçada dos profissionais médicos e/ou da equipe de enfermagem, poderiam ser referenciados para serviços de nutrição comunitários, que contavam com nutricionistas comunitários habilitados para lidar com pacientes nestas condições. Além disso, independente do estado nutricional, todos pacientes que já estivessem em uso contínuo de suplementos nutricionais orais também deveriam ser encaminhados para consulta com os nutricionistas comunitários, para verificação da necessidade de ajustes na prescrição.

Passados seis meses do término do treinamento (mesmo período que as práticas de triagem e intervenção estavam vigentes), profissionais eram convidados a dar uma devolutiva em relação às experiências que tiveram com o processo de

implementação. Resumos das informações aqui descritas estão presentes nos Quadros 5.12 e 5.13.

Quadro 5.12 – Aspectos relacionados ao processo de implementação nos estudos acerca da temática “Risco nutricional/Desnutrição”

	RN(52)
PÚBLICO-ALVO	Pacientes em risco nutricional ou já desnutridos
DELINEAMENTO	Reconhecimento das práticas já vigentes + Treinamento pré-intervenção → Triagem + Recomendação dietética simples para pacientes em risco nutricional/desnutridos → Encaminhamento para serviços de nutrição comunitários (quando necessário) → Avaliação de desempenho na prática
DURAÇÃO	Treinamento: 45 min de parte teórica + 15 min de parte prática (médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem) // 75 min de parte teórica + 90 min de parte prática (enfermeiros comunitários) // 60 min de parte teórica + 30 min de parte prática (funcionários de enfermagem de lares de idosos) Triagem e atendimento simples: Continuamente durante as consultas/encontros de rotina
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS	Triagem e atendimento simples: Médicos + Enfermeiros comunitários + Auxiliares/técnicos de enfermagem + Funcionários de enfermagem de lares de idosos Apoio à etapa de treinamento e atendimento específico (pacientes encaminhados): Nutricionistas comunitários

Fonte: Produção da própria autora

Quadro 5.13 – Aspectos mais diretamente relacionados à intervenção (condutas nutricionais) nos estudos acerca da temática “Risco nutricional/Desnutrição”

	RN(52)
TREINAMENTO PRÉVIO	<p>Possíveis causas de desnutrição, Pacientes em risco nutricional, Indicações para uso de suplementos nutricionais orais, Recomendações dietéticas simples para melhorar o aporte energético e proteico da dieta</p> <p>Parte teórica: Apresentação em PowerPoint (mesma dinâmica para todos os profissionais envolvidos)</p> <p>Parte prática: Estudos de casos (médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem) // Estudos de casos + Atividades em grupo (enfermeiros comunitários e funcionários de enfermagem de lares de idosos)</p> <p><i>OBS₁.</i>: Discussões sobre recomendações dietéticas nas atividades em grupo contava com o apoio de um nutricionista comunitário</p> <p><i>OBS₂.</i>: Fornecimento de material de estudo (folders com o conteúdo teórico e registro dos estudos de casos) e material de apoio à intervenção</p>
TÉCNICAS	<p>Fornecimento de recomendações dietéticas simples durante consultas/encontros presenciais de rotina, visando recuperar o estado nutricional dos pacientes + Entrega de folhetos impressos com informações básicas</p> <p><i>OBS₃.</i>: Encaminhamentos para serviços de nutrição comunitários dos casos mais específicos e aqueles já em uso de suplementação oral (acerto de prescrição)</p>
FERRAMENTAS	<p>Aprendizados do treinamento + Folhetos impressos com informações básicas (“Comer mesmo quando estiver com pequeno apetite” e “Guia para uso de suplementos nutricionais orais”)</p>
CONTEÚDO	<p><i>“Comer mesmo quando estiver com pequeno apetite”</i>: Recomendações simples de como aumentar a ingestão calórica e proteica da dieta</p> <p><i>“Guia para uso de suplementos nutricionais orais”</i>: Recomendações de como incorporar os suplementos nutricionais orais na dieta</p> <p><i>Recomendações adicionais</i>: Recomendações relacionadas ao volume (comer pouco) e frequência das refeições (refeições frequentes) + Fortificação de alimentos</p>

Fonte: Produção da própria autora

5.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS COM AS INTERVENÇÕES OU PROGRAMAS

Médicos clínicos gerais (ou médicos de família) estiveram presentes em mais de 70% dos estudos, aparecendo como a categoria profissional mais envolvida nos processos de implementação. No entanto, foram os enfermeiros os principais responsáveis por realizar condutas nutricionais junto à população atendida pelas unidades de saúde de atenção primária. Aproximadamente 57% dos aconselhamentos dietéticos descritos nos estudos partiram de enfermeiros. Isso porque em três dos dez estudos que estiveram presentes, os médicos clínicos gerais participaram apenas de etapas antecedentes às condutas nutricionais (etapas de triagem e encaminhamento).

No que diz respeito a outros profissionais da equipe de enfermagem, técnicos e/ou auxiliares se comprometeram com o processo de implementação em quatro dos quatorze estudos. Porém, o envolvimento direto com condutas nutricionais aconteceu apenas em três deles. Os nutricionistas, por sua vez, não se destacaram como agentes das intervenções e programas nos serviços de atenção primária à saúde, aparecendo nesta função em somente dois estudos.

Além destes, alguns outros profissionais de saúde também se envolveram com o processo de implementação, dentre os quais: médicos assistentes, médicos pediatras⁷, trabalhadores de saúde aborígenes clínicos e trabalhadores de saúde aborígenes comunitários⁸. Dois dos estudos relataram a participação de funcionários de serviços de saúde comunitários, mas sem nenhuma especificação.

⁷ Diante das informações apresentados no artigo referente ao estudo BA2, as funções dos trabalhadores de saúde aborígenes comunitários pareciam se assemelhar às de agentes comunitários de saúde, enquanto que trabalhadores de saúde aborígenes clínicos pareciam desempenhar funções próximas às de auxiliares/técnicos de enfermagem

⁸ O estudo AM2 considerou também médicos pediatras como profissionais de saúde atuantes em serviços de atenção primária à saúde

5.3 BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES OU PROGRAMAS

Todos os temas apontaram a indisponibilidade de tempo como uma das principais barreiras para a implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências nos serviços de atenção primária à saúde. A falta de tempo levou profissionais a nem aceitaram participar do programa (estudo DM) ou a desistirem do mesmo com o processo já em andamento (estudo SO1). A limitação de tempo não prejudicou apenas o adequado compartilhamento de informações durante as consultas, mas também a participação em treinamentos (treinamento empregado no estudo AM2, por ex., teve que ser dividido em duas sessões) e a implantação de uma etapa de acompanhamento pós-intervenção (profissionais do estudo BA2 não tiveram tempo hábil para acompanhar o progresso dos pacientes).

Vale ressaltar que tal indisponibilidade de tempo pode surgir a partir de outras problemáticas também apontadas nos estudos como barreiras à implementação, dentre as quais: número insuficiente de funcionários e sobrecarga de trabalho. Falhas no sistema de referência a outros níveis de assistência está entre os fatores que colaboram para essa sobrecarga de trabalho (e consequentemente, também para a indisponibilidade de tempo), uma vez que os serviços de atenção primária acabam tendo que assumir uma demanda maior do que comportam. A exigência por rígidos padrões de qualidade dos serviços prestados, como destacado no estudo AM1, também corrobora para a falta de tempo para se dedicar a outras atividades.

A indisponibilidade de tempo, por sua vez, contribuiu para que outras barreiras à implementação surgissem. Os estudos BA1, BA2 e AM2, por exemplo, pontuaram que consultas pouco frequentes e/ou muito rápidas inviabilizam um adequado tratamento de casos que envolvem fatores psicológicos/comportamentais (que acabam sendo tratados de maneira superficial cotidianamente).

Podendo ser vistos como causa e consequência, o “desconhecimento do território e das demandas do serviço” e a “incompatibilidade da intervenção com as condições de vida e necessidades de saúde dos pacientes” apareceram também como importantes fatores limitantes para o sucesso da implementação. Desconhecer o perfil da comunidade atendida pela unidade de saúde dá margens para que sejam implementadas intervenções não condizentes com a realidade dos usuários e famílias. O estudo AI1 deixou bem clara essa problemática em várias situações:

profissionais em dúvida se os pais das crianças seriam receptivos à abordagem; pais desconfortáveis com o assunto; pais mais preocupados com o baixo peso das crianças e fala dos profissionais mais direcionadas para obesidade infantil; mensagens presentes no material educativo já conhecidas pela maioria dos pais (população já bem informada).

No estudo SO1, profissionais de saúde falharam na percepção quanto ao potencial e disposição dos pacientes em receber e aderir a determinadas condutas nutricionais, o que fez com que muitos pacientes se mostrassem desinteressados e, por consequência, decidissem por não dar continuidade ao tratamento. Da mesma forma, alguns delineamentos de implementação não levaram em consideração certas particularidades da população e agiram de maneira padronizada. No estudo DM, que lançou mão de uma ferramenta tecnológica no processo de implementação (plataforma virtual), a maioria dos pacientes que não aceitaram participar do programa era pessoas mais velhas, com baixa escolaridade, de famílias de baixa renda e origem latina. Outro exemplo pode ser visto no estudo RN, onde os profissionais de saúde sinalizaram que a forma de aconselhamento escolhida talvez não tenha sido uma boa opção para pacientes com problemas psíquicos (demência, declínio cognitivo, depressão) ou aqueles que passam por isolamento e vulnerabilidade social.

Muitas das intervenções utilizaram materiais de apoio e distribuíram materiais educativos aos pacientes. Algumas outras vincularam a intervenção diretamente a sistemas de computadores. Sendo assim, a falta de materiais de trabalho pôde ser entendida como mais uma possível barreira à implementação. O estudo SO1 também pontuou a inadequação da estrutura física das unidades de saúde como um problema, já que algumas delas não tinham espaço disponível para encontros em grupo. De uma maneira geral, a falta de recursos foi uma queixa recorrente.

Relações conflituosas entre profissionais e pacientes também foram pontos críticos no processo de implementação das condutas nutricionais: descrença quanto ao comprometimento dos pacientes (AI1); conduta prescritiva/comunicação vertical (AI2); falta de empatia (BA1); discriminação por parte dos pacientes em relação aos profissionais com menor escolaridade (BA2); pacientes com medo de julgamentos, apreensivos e resistentes ao diálogo (BA1).

O quadro 5.14 apresenta a distribuição das barreiras para implementação das intervenções descritas nos estudos (em ordem decrescente de frequência).

Quadro 5.14 – Barreiras para implementação das intervenções e programas pontuadas nos estudos

	SO 1	SO 2	SO 3	AI 1	AI 2	AI 3	BA 1	BA 2	BA 3	AM 1	AM 2	AM 3	DM	RN
Indisponibilidade de tempo														
Incompatibilidade da intervenção com condições de vida e necessidades de saúde dos pacientes														
Falta de recursos (estrutura física e/ou materiais de trabalho)														
Temas e casos que requerem tratamento mais aprofundado														
Desconhecimento do território e das demandas do serviço														
Número insuficiente de funcionários														
Alta rotatividade de funcionários nos cargos														
Sobrecarga de trabalho														
Sobrecarga de informações e tarefas dadas aos pacientes														
Falha no sistema de referência e contrarreferência														
Resistência em assumir funções não específicas da área de formação														
Resistência a novas dinâmicas de trabalho														
Falta de confiança em relação às evidências disponíveis														
Descrença quanto ao comprometimento dos pacientes														
Conduta prescritiva/Comunicação vertical														
Emprego de tópicos padronizados, pré-determinados, inflexíveis														
Necessidade de rígidos padrões de qualidade dos serviços prestados														
Falta de conhecimento sobre o assunto														

Continua

Conclusão

	SO 1	SO 2	SO 3	AI 1	AI 2	AI 3	BA 1	BA 2	BA 3	AM 1	AM 2	AM 3	DM	RN
Falta de habilidades de aconselhamento sobre o assunto														
Desconhecimento da condição de saúde dos pacientes (prontuários mal escritos)														
Pacientes com medo de julgamentos, apreensivos e resistentes ao diálogo														
Falta de empatia (profissional-paciente)														
Discriminação por parte dos pacientes em relação aos profissionais com menor escolaridade														

Fonte: Produção da própria autora

5.4 POTENCIALIDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES OU PROGRAMAS

Seis dos quatorze estudos afirmaram que a existência de um treinamento pré-intervenção foi primordial para o bom andamento da implementação das condutas nutricionais na realidade dos serviços de atenção primária. Estudo AM2 relatou que o treinamento prévio ajudou a transpor duas barreiras importantes no processo de implementação: a falta de conhecimento sobre amamentação e a falta de habilidades de aconselhamento sobre o assunto (principalmente na forma de lidar com as dificuldades apresentadas pelas mães). Vale lembrar que na grande maioria dos estudos as condutas nutricionistas foram conduzidas por profissionais não nutricionistas, e que a falta de conhecimento e habilidades de aconselhamento sobre assuntos relacionados à alimentação e nutrição foram tópicos pontuados como barreiras à implementação de condutas nutricionais. Talvez isso justifique o fato dos treinamentos terem sido considerados um dos mais relevantes facilitadores para a implementação.

Além da existência dos treinamentos, estruturá-los de maneira adequada também foi visto como um ponto positivo por alguns estudos. Segundo o estudo SO1, ao estruturar o treinamento pré-intervenção, o fato de levar em consideração o perfil da população atendida pelos serviços de saúde, assim como os conhecimentos e habilidades prévias dos profissionais para funções relativas ao aconselhamento nutricional, colaborou para o sucesso da implementação. Treinamentos com atividades práticas (dinâmicas interativas) também parecem despertar mais interesse dos profissionais pelo aprendizado e tende a deixá-los mais seguros quanto a capacidade de aconselhamento na prática.

Mas não somente os treinamentos surgiram como maneiras de driblar a falta de conhecimento e habilidades de aconselhamento sobre assuntos relacionados à alimentação e nutrição. Para vários estudos, contar com materiais de apoio à implementação (por vezes, confeccionados por profissionais especialistas, como os nutricionistas), e contar com supervisão e suporte operacional de pesquisadores e/ou profissionais especialistas (especialmente nutricionistas)⁹, também foi bastante

⁹ Normalmente os profissionais especialistas que prestavam esse apoio à implementação eram membros da equipe de pesquisa

importante para que os profissionais (principalmente aqueles de outras áreas de atuação) conseguissem lidar com as condutas nutricionais na rotina de trabalho. Outro fator adicional foi a possibilidade de se criar espaços na agenda de trabalho para compartilhamento de novos conhecimentos e habilidades adquiridos, bem como experiências vivenciadas na prática.

Compreender as necessidades de saúde dos pacientes, as demandas dos serviços e as práticas já vigentes, além de contribuir para construção de treinamentos pré-intervenção mais embasados, também dá direcionamentos para o remodelamento das intervenções e programas. Para tal, as intervenções e programas precisam ser passíveis de remodelamento, ou seja, moldar-se às necessidades de saúde dos pacientes e realidade dos serviços. E estes também foram pontos citados nos estudos como potencialidades para implementação das condutas nutricionais. No estudo BA2, por exemplo, tanto treinamento quanto a intervenção focaram diretamente na problemática do consumo excessivo de bebidas alcóolicas em comunidades indígenas. Trabalhadores de saúde comunitários e trabalhadores de saúde clínicos admitiram que, dessa forma, foi possível trabalhar com as recomendações de maneira bem contextualizada (estudo BA2). Somado a isso, ter em mãos mais de uma estratégia de implementação, ou mesmo rever a estratégia vigente de tempos em tempos, foi considerado mais um caminho para lidar com possíveis dificuldades no decorrer do processo de implementação.

Falando mais especificamente do formato das intervenções, alguns estudos deixam claro que o processo de implementação na prática tornou-se mais fácil quando se trabalhou com intervenções simples, facilmente aplicáveis, que não demandaram grande investimento financeiro e que utilizaram ferramentas de educação nutricional lúdicas e interativas. Além disso, atribuiu-se bons resultados ao fato dos serviços e profissionais saberem encaixar as intervenções em ocasiões oportunas e inseri-las como parte das atividades de rotina. O estudo BA1 pontuou que inserir aconselhamentos relativos à bebida alcóolica como parte integrante das atividades de cuidado à saúde, escolhendo momentos certos para abordagem (sempre que houvesse um relato espontâneo de consumo exagerado de bebida alcóolica, por ex.), poderia fazer com que os pacientes se mostrassem menos resistentes e mais motivados em promover mudanças.

Outro ponto de suma importância para o bom andamento do processo de implementação das condutas nutricionais foi o fortalecimento do trabalho em equipe entre os profissionais de saúde atuantes nos serviços de atenção primária. O envolvimento do maior número possível de profissionais (inclusive aqueles com menor escolaridade), sendo possível uma divisão de tarefas, amenizou a cotidiana sobrecarga de trabalho e propiciou um maior envolvimento e dedicação às condutas nutricionais. O estudo BA2, por exemplo, ressaltou que se houvesse um maior envolvimento dos trabalhadores de saúde comunitários, seria possível amenizar as barreiras com indisponibilidade de tempo e a demanda por atendimento a agravos de saúde, uma vez que seria uma força de trabalho a mais para implantar medidas preventivas na comunidade.

No quadro 5.15 encontra-se a distribuição das potencialidades para implementação das condutas nutricionais que foram apresentadas nos estudos (em ordem decrescente de frequência).

Quadro 5.15 – Potencialidades para implementação das intervenções e programas pontuadas nos estudos

	SO 1	SO 2	SO 3	AI 1	AI 2	AI 3	BA 1	BA 2	BA 3	AM 1	AM 2	AM 3	DM	RN
Treinamentos pré-intervenção														
Treinamentos com conteúdos objetivos e apropriados														
Intervenções moldáveis às necessidades de saúde dos pacientes e realidade dos serviços														
Supervisão e suporte operacional (pesquisadores e/ou profissionais especialistas)														
Intervenção em ocasião oportuna														
Material de apoio à implementação														
Envolvimento de um maior número de profissionais com divisão de tarefas (inclusive aqueles com menor escolaridade)														
Intervenções de baixo custo														
Mescla de múltiplas estratégias de implementação														
Espaço para compartilhamento de aprendizados e experiências														
Intervenções simples e facilmente aplicáveis														
Inserção da intervenção como parte das atividades de rotina														
Percepção em relação às necessidades de saúde dos pacientes														
Reconhecimento do território e das práticas já implantadas														
Profissionais com postura acolhedora (sem julgamentos)														
Uso de ferramentas de educação nutricional lúdicas e interativas quando nos encontros com os pacientes														

Continua

Conclusão

	SO 1	SO 2	SO 3	AI 1	AI 2	AI 3	BA 1	BA 2	BA 3	AM 1	AM 2	AM 3	DM	RN
Suporte frequente aos pacientes (mesmo à distância)														
Treinamentos com parte prática (dinâmicas interativas)														
Disponibilidade de materiais educativos impressos para entregar aos pacientes														
Menor intervalo de tempo entre os encontros (contato mais frequente)														
Utilização de ferramentas eletrônicas														
Disposição em assumir funções não específicas da área de formação														

Fonte: Produção da própria autora

Foram apresentados quatorze estudos que analisaram o processo de implementação de condutas nutricionais relacionadas a seis temas: Controle de peso (Sobrepeso/Obesidade), Alimentação infantil, Consumo de bebidas alcóolicas, Aleitamento materno, Cuidado ao paciente diabético e Risco nutricional/Desnutrição. Na maioria deles, os enfermeiros assumiram o papel de agentes das intervenções.

De maneira geral, os resultados mostram que o processo de implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências na APS se apoia em quatro principais eixos:

- 1) **Reconhecimento das necessidades dos usuários e famílias, e características dos serviços e profissionais de saúde para atender as demandas apresentadas:** reconhecimento do território, reconhecimento das práticas já vigentes e verificação de atributos dos profissionais de saúde (conhecimentos, habilidades, atitudes, confiança e interesse) frente ao aconselhamento dietético;
- 2) **Desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais de saúde da APS:** treinamentos pré-intervenção, materiais de estudo e de apoio à implementação, momentos de compartilhamento de novos conhecimentos e habilidades adquiridas durante o processo;
- 3) **Trabalho em equipe e Prática interprofissional colaborativa:** estruturação do plano de implementação com divisão de tarefas entre profissionais de diferentes áreas, momentos de compartilhamento de experiências vivenciadas na prática, supervisão e suporte de profissionais especialistas (com destaque para os nutricionistas);
- 4) **Intervenções que se adequem à realidade dos serviços, e também dos usuários e famílias, com atenção centrada no paciente:** percepção quanto à disposição e prontidão dos pacientes em se envolver com as intervenções propostas, intervenções presenciais (encontros individuais ou em grupo) ou à distância (plataformas virtuais, contato por telefone, SMS ou e-mail), intervenções inseridas nas atividades de rotina ou realizadas em momentos específicos, abordagem pontual oportuna ou encontros pré-determinados, intervenções breves ou encontros de maior duração, olhar clínico ampliado, escuta atenta e qualificada, comunicação horizontal, participação ativa do paciente no processo de tomada de decisões, acompanhamento longitudinal para assegurar sustentabilidade às mudanças acordadas em conjunto.

Muitas das barreiras e potencialidades do processo de implementação descritas também estão relacionadas aos quatro eixos referidos anteriormente. Indisponibilidade de tempo, incompatibilidade da intervenção com as condições de vida e necessidades de saúde dos pacientes, falta de recursos, e relações conflituosas entre profissionais e pacientes estiveram entre os principais problemas apontados pelos estudos. Por outro lado, a maioria dos estudos assinalou como fatores facilitadores para o bom andamento da implementação os seguintes pontos: treinamentos pré-intervenção bem estruturados, intervenções moldáveis às necessidades de saúde dos pacientes e realidade dos serviços, supervisão e suporte de profissionais especialistas, presença de materiais de apoio à implementação, fortalecimento do trabalho em equipe, e inserção das intervenções em ocasiões oportunas.

6 DISCUSSÃO

Esta revisão selecionou estudos publicados entre os anos de 2004 e 2016, tendo os EUA e a Inglaterra como os países com maior número de publicações acerca da implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde, e nenhum estudo originário de países da América Latina.

Um estudo realizado no ano de 2017,(54) que estabeleceu a busca a partir de 2005, identificou 7272 revisões sistemáticas que tratavam de estratégias de implementação de intervenções em sistemas de saúde. As revisões sistemáticas identificadas tinham suas origens predominantemente em países desenvolvidos como EUA, Reino Unido, Canadá, Holanda e Austrália; e não traziam nenhuma informação sobre implementação de intervenções em países de baixa renda. Diante destes dados, supõe-se que muito possivelmente os questionamentos sobre implementação de práticas nos sistemas de saúde tenham se fortalecido a partir da década de 2000 e estejam mais centralizados em países mais ricos. Logo, é questionável a aplicabilidade de algumas das técnicas ou ferramentas de implementação apresentadas nessa *scoping review* junto a outras realidades, principalmente no que diz respeito a países de média e baixa renda.

Frente a dados epidemiológicos, pode-se afirmar que os estudos apresentados nesta revisão trabalharam com seis temas muito relevantes para a saúde pública e os sistemas de saúde: controle de peso (sobrepeso/obesidade), alimentação infantil, consumo de bebidas alcoólicas, aleitamento materno, cuidado ao paciente diabético e risco nutricional/desnutrição. Temas estes que se referem a necessidades de saúde que devem ser identificadas, cuidadas e acompanhadas particularmente em serviços de APS. Seguindo a tendência dos últimos 40 anos, estima-se que até 2025 a prevalência global da obesidade atingirá 18% nos homens e superará 21% entre as mulheres; em crianças e adolescentes, esta tende a superar os quadros de risco nutricional/desnutrição até o ano de 2022.(55, 56) Mas ainda que a obesidade esteja em expansão e seja uma enorme preocupação, esta divide espaço com o elevado número de pessoas desnutridas no território mundial, especialmente em regiões mais pobres e entre crianças menores de 5 anos.(55, 56) Neste contexto, também o diabetes mellitus vem assumindo grandes proporções. Projeta-se que até 2025 serão 300 milhões o número de pessoas acometidas pelo diabetes mellitus em todo

o mundo, especialmente diabetes tipo 2.(57) E somam-se a esses cálculos ainda as taxas de morbidade e mortalidade relacionadas ao consumo de bebidas alcóolicas. Em 2012, cerca de 3,3 milhões das mortes foram atribuídas ao consumo abusivo de álcool.(58)

Considerando o número elevado de registros identificados na busca inicial nas bases de dados eletrônicas (2484 publicações), as informações coletadas nessa revisão partiram somente de estudos primários indexados, sem considerar também o conteúdo presente na literatura cinzenta. Acredita-se que a literatura cinzenta poderia enriquecer o conjunto de achados, sendo sua ausência interpretada como uma limitação do presente estudo.

Apesar das expressivas evidências de que mudanças relativamente pequenas nos hábitos alimentares podem melhorar significativamente a saúde dos indivíduos, ainda atualmente médicos raramente discutem sobre alimentação e nutrição com seus pacientes durante as consultas(59), o que reforça a premissa de o elemento-chave das condutas nutricionais não seja apenas as evidências científicas, mas primordialmente o processo de implementação. Neste sentido, os resultados desta *scoping review* apontaram quatro eixos norteadores para implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de APS.

Buscando uma conexão entre o contexto envolvido e as práticas de saúde, um primeiro passo do processo de implementação reside na compreensão de aspectos demográficos e epidemiológicos de uma região, tais como expectativa de vida e carga de doenças.(60) Três dos estudos desta revisão (BA2, AM2 e AM3) pautaram-se nestes aspectos. No entanto, uma mesma região pode ser bastante heterogênea em aspectos étnicos, sociais, culturais e/ou econômicos, por isso conhecer a realidade das pessoas que residem mais proximamente aos serviços de saúde tende a oferecer um melhor embasamento para as práticas de saúde.(36) Comunidades que tradicionalmente preocupam-se apenas com o tratamento de agravos de saúde, por exemplo, podem ser mais relutantes em aceitar o emprego de medidas preventivas que envolvam mudanças de hábitos alimentares.(61) Apenas os estudos SO1 e AM1 fizeram o mapeamento mais específico junto à população.

A partir do reconhecimento do território, pode-se compreender com mais clareza o perfil da população atendida e as demandas de serviços de saúde, também no que diz respeito a padrões alimentares e agravos de saúde vinculados à dieta. Como passos seguintes, faz-se necessário compreender as práticas já

vigentes nos serviços e verificar atributos prévios dos profissionais de saúde (conhecimentos, habilidades, atitudes, confiança e interesse) em relação ao aconselhamento nutricional.

Ao fazer análise das práticas já vigentes e da realidade de cada serviço de saúde, questões organizacionais (quadro de funcionários, pressão por produtividade) e/ou estruturais (acesso a computadores, salas para encontros em grupo, disponibilidade de materiais educativos) podem ficar aparentes, possibilitando a previsão de possíveis barreiras à implementação das condutas nutricionais, assim como o despertar de estratégias para superá-las.(61) Cinco estudos selecionados na revisão (SO1, AI1, BA3, AM1 e RN) fizeram levantamentos das atividades em execução e dinâmica de trabalho dos serviços antes de iniciar a implementação. No estudo BA3, por exemplo, diante da dinâmica de trabalho de cada unidade, os profissionais escolhiam entre alimentar o próprio sistema eletrônico com as recomendações nutricionais ou inseri-las nos formulários de rotina.

Estudos dessa revisão também mostraram que o individualismo, o desinteresse e os preconceitos dos profissionais de saúde podem atrapalhar o bom andamento dos processos de implementação, o que justifica um reconhecimento prévio das características dos profissionais, precavendo que tais posicionamentos dificultem as atividades profissionais. No estudo AI1, o fato dos profissionais de saúde encararem os indivíduos obesos como pessoas que não tem motivação para mudanças apareceu como uma barreira para o engajamento do profissional no apoio às pessoas nessas condições. Segundo a literatura,(12, 62) médicos clínicos gerais costumam considerar pessoas obesas como o grupo mais difícil para obtenção de sucesso a partir de aconselhamentos dietéticos, e diante disso, assumem que estas pessoas sabem como perder peso apenas se exercitando e comendo menos, preferindo não se implicar no auxílio a mudanças. No estudo SO1, os médicos clínicos gerais não foram escolhidos como agentes da implementação, pois se mostraram resistentes a se envolverem com condutas não específicas de sua área de formação. No estudo BA2, alguns profissionais relutaram em assumir uma nova dinâmica de trabalho na qual intervenções nutricionais estariam inseridas.

Profissionais de saúde costumam ser vistos como a fonte mais confiável quando o assunto é aconselhamento nutricional.(63, 64) No entanto, além de uma possível falta de interesse ou disposição, a maioria dos profissionais de saúde atuantes nos serviços de atenção primária relata ter conhecimentos e habilidades

bastante limitados em relação à alimentação e nutrição, o que os deixa inseguros diante da necessidade de recomendações dietéticas durante suas atividades junto aos usuários e famílias.(59, 63, 64) Portanto, nota-se uma desconexão entre a demanda dos pacientes e a capacidade de aconselhamento em nutrição de grande parte dos profissionais da APS.(64)

Estudos afirmam que muito se deve ao pouco tempo dedicado à educação em nutrição nos cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde.(59, 63, 64) Estudantes de medicina admitem que conteúdos relacionados à alimentação e nutrição são superficialmente incorporados à grade curricular de seus cursos, o que acaba por refletir na prática profissional, uma vez que médicos residentes se declaram perdidos ao falar sobre mudanças de estilo de vida com seus pacientes, o que inclui melhores escolhas alimentares.(62)

Foram cinco os estudos que coletaram informações sobre os profissionais de saúde: SO1 (conhecimentos, atitudes, confiança e disposição para o tratamento da obesidade), AI1 (experiências com prevenção de obesidade infantil), BA2 (confiança e preparo para resolver problemas relativos ao consumo de álcool), AM1 (experiências com o estímulo e auxílio à amamentação) e RN (conhecimentos e habilidades para lidar com pacientes em risco nutricional e desnutridos). Vale ressaltar, porém, que somente o estudo SO1 estruturou um delineamento de implementação que contou com todas as etapas previamente assinaladas (reconhecimento do território, compreensão das práticas já vigentes e verificação de atributos dos profissionais), utilizando-as como base para etapas seguintes do processo de implementação.

Ainda que boa parte das limitações em conhecimentos e habilidades para trabalhar com as condutas nutricionais na prática clínica em APS esteja vinculada a falhas na formação dos profissionais nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, por vezes, também os serviços de saúde não oferecem oportunidades para que os profissionais possam atenuar estas dificuldades e, por consequência, aprimorar suas atividades.(59, 62) Nesse sentido, o desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais de saúde em meio à rotina de trabalho é interpretado como mais um dos eixos norteadores para implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde. “Treinamentos pré-intervenção”, “presença de materiais de estudo e de apoio à implementação” e “momentos de compartilhamento de conhecimentos, habilidades e

experiências” estiveram entre as potencialidades à implementação apontadas pelos estudos.

Programas de educação permanente em muito contribuem para a translação das evidências científicas para a prática clínica.(65) Entende-se por educação permanente as ações educativas que propulsionam mudanças institucionais através da incorporação do ensino e do aprendizado ao trabalho cotidiano dos serviços de saúde de maneira sustentável ao longo do tempo.(66) Distanciando-se dos velhos moldes focados apenas na transmissão passiva de conhecimentos com fins de atualização, as evidências científicas tornam-se mais relevantes e interessantes quando inseridas numa série de atividades educacionais onde a prática também é apontada como fonte de conhecimento e de problemas, e o saber se constrói a partir da problematização do próprio fazer, frente às demandas dos serviços e as necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade.(65, 66) Sendo assim, ações educativas pautadas em cenários reais, com atividades interativas e práticas, além de enriquecer os conhecimentos teóricos, também criam condições para o desenvolvimento de habilidades antes adormecidas ou inexistentes.(65)

Onze dos quatorze estudos incluídos nesta revisão lançaram mão de algum tipo de treinamento antes de se colocar em prática as intervenções propostas (estudos SO1, AI1, AI2, AI3, BA1, BA2, AM1, AM2, AM3, DM e RN). Apenas dois deles (SO1 e RN), no entanto, consideraram informações prévias sobre o território, a dinâmica de trabalho dos serviços e os atributos dos profissionais para estruturar seus treinamentos. Outro ponto a se destacar é que nem todos os treinamentos empregados trouxeram pautas diretamente relacionadas à alimentação e nutrição. Nos estudos AI1, AI2 e BA1, os treinamentos focaram apenas na forma como as intervenções seriam realizadas (elementos de intervenções breves, por ex.), sem que houvesse embasamento teórico acerca das recomendações nutricionais. Na maioria dos casos (SO1, AI3, BA2, AM1, AM2 e RN), os treinamentos contaram com uma parte teórica (palestras e/ou leitura de materiais de estudo) e uma parte prática que, por meio de atividades individuais ou em grupo, utilizou estratégias de ensino como: estudos de casos, discussões de “situações-problema” e dinâmicas para exercitar técnicas de aconselhamento. Com destaque para as atividades práticas, boa parte desses treinamentos propiciou momentos de interação entre os profissionais de saúde da APS, e também destes com pesquisadores e/ou profissionais especialistas. Nos estudos AM1 e BA3, os profissionais da APS tiveram

também a oportunidade de liderar treinamentos, compartilhando aprendizados prévios com os demais colegas.

Vale ressaltar, porém, que na grande maioria dos estudos os treinamentos (designados “pré-intervenção”) aconteceram em um só momento (em alguns casos, dividido em duas sessões), assumindo o caráter de ações pontuais e específicas de capacitação. Programas de educação permanente podem abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação, mas não devem se limitar a elas. É necessário ampliar os espaços educativos para além dos cursos de capacitação, criando oportunidades de compartilhamento de novos conhecimentos, habilidades adquiridas e experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho.(65, 66)

No contexto brasileiro, tais momentos de compartilhamento se materializam principalmente no apoio matricial realizado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Conforme já pontuado anteriormente, os NASF constituem-se em retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família (equipes de AB/SF), desenvolvendo trabalhos em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Na dimensão técnico-pedagógica, residem as ações de apoio educativo com e para as equipes de AB/SF, que habitualmente ocorrem através do apoio matricial. Trata-se de uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada e colaborativa de apoio às equipes de referência junto aos casos mais difíceis/complexos. Profissionais especializados se envolvem na discussão das necessidades de saúde de usuários e famílias, compartilhando seus conhecimentos, habilidades e vivências; com o objetivo de encontrar soluções e traçar projetos terapêuticos juntamente com os profissionais das equipes de AB/SF.(17)

No que diz respeito aos estudos apresentados nesta revisão, SO1 e BA2 procuraram inserir dentre suas atividades alguns momentos de discussão entre profissionais da APS e pesquisadores (BA2)/profissionais especialistas (SO1), no intuito de juntos encontrarem estratégias para driblar dificuldades e aprimorar as intervenções nutricionais. Profissionais especialistas também compartilharam ensinamentos e experiências com os profissionais de saúde da APS ao conduzir os primeiros encontros em grupo com os pacientes nos estudos SO1 e AI3. Já no estudo BA3, reuniões periódicas entre pesquisadores e equipe de trabalho (profissionais da APS) possibilitaram o compartilhamento e discussão de

experiências (conquistas e dificuldades), visando continuamente repensar as estratégias de implementação.

Seja em reuniões formais de compartilhamento de aprendizados e experiências ou durante momentos de suporte à implementação em meio à rotina de trabalho, compartilhar (aprendizados, ideias, experiências, dificuldades ou conquistas) remete trabalho em equipe e prática interprofissional colaborativa. Neste contexto, a prática interprofissional colaborativa surge como mais uma mola propulsora da implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde.

O envolvimento e comprometimento de diferentes profissionais de saúde em diversas etapas do processo de implementação diz muito sobre o caráter interprofissional das intervenções nutricionais. Divisão de tarefas na organização do plano de implementação (estudos SO1, AI3, BA1, BA3, AM2, AM3 e DM), treinamentos com grupos interativos de diferentes categorias profissionais (estudos BA2, BA3, AM1 e RN), reuniões para compartilhamento e discussão de experiências (estudos SO1, BA2 e BA3), supervisão e suporte de pesquisadores e/ou profissionais especialistas (estudos SO1, AI1, AI3, BA2, BA3, AM1, DM e RN) foram elementos referidos no processo de implementação que remetem à prática interprofissional colaborativa. Em contraponto, algumas das medidas adotadas pelos estudos, como os treinamentos estruturados de maneira específica para cada categoria profissional de acordo com seus papéis no processo de implementação, iam de encontro ao caráter interprofissional e à prática colaborativa, reiterando a fragmentação disciplinar e o uniprofissionalismo.

A prática interprofissional colaborativa é entendida como o processo em que, diante do reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, diferentes profissionais trabalham juntos através da flexibilização dos papéis profissionais com a finalidade de produzir melhores resultados na atenção à saúde de usuários e população.(67, 68) Vale ressaltar ainda que tal prática não se restringe apenas aos profissionais das equipes básicas de referência, mas também diz respeito à colaboração entre equipes de um mesmo serviço e destas com os diferentes serviços na perspectiva de consolidação da rede de atenção à saúde.(68) No Sistema Único de Saúde implantado no Brasil, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) aparecem como um importante componente do trabalho em equipe e da prática interprofissional colaborativa junto à

APS. Contando com diferentes profissionais com formações que complementam as equipes de referência de AB/SF, os NASF prezam por ações integradas e abrangentes, colocando as diferentes capacidades (específicas e comuns) a serviço do trabalho em equipe, sem desrespeitar os saberes nucleares e específicos de cada categoria profissional.(17)

Profissionais especialistas e pesquisadores estiveram na retaguarda dos processos de implementação traçados por vários estudos desta revisão. Nos estudos AI1 e AI3, pesquisadores foram os responsáveis por conduzir os treinamentos pré-intervenção; já nos estudos BA2 e RN, tais treinamentos envolveram profissionais especialistas (médico especialista em dependência e nutricionista comunitário, respectivamente). No estudo AI1, o material educativo fornecido aos pais das crianças havia sido confeccionado por profissionais especialistas (nutricionista e médica). Ao passo que em metade dos estudos (SO1, AI1, AI3, BA2, BA3, AM1 e DM), pesquisadores e/ou profissionais especialistas (nutricionistas, psicólogos, enfermeiros) assumiram atividades de supervisão e/ou suporte à implementação, demonstrando as atividades na prática, esclarecendo dúvidas ou ajudando a traçar estratégias para driblar as dificuldades e aprimorar as conquistas.

Como já era de se esperar, o profissional nutricionista foi o que mais esteve envolvido nessas funções. Este resultado reforça o entendimento de que ainda que os nutricionistas não estejam na linha de frente das condutas nutricionais como parte integrante das equipes básicas nos serviços primários de saúde, ao assumirem atividades de supervisão e apoio a essas equipes, esses profissionais entram como peças-chave para o bom andamento do processo de implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências na APS.(26)

O trabalho em equipe está diretamente relacionado ao conceito de integralidade, pois ao compreender a implementação das condutas nutricionais sob a ótica da prática interprofissional colaborativa, busca-se também assegurar qualidade à atenção à saúde a partir de uma abordagem integral que desponta da articulação e integração dos diferentes saberes e práticas.(17, 69) E para além dos saberes e práticas da equipe de trabalho, estão os saberes e opiniões dos próprios usuários e famílias.(69) Em toda ação de saúde, seja ela individual ou coletiva, há um encontro entre sujeitos, de onde nasce a necessidade de compreensão dos interesses simultâneos, no intuito de construir projetos terapêuticos de êxito para

ambas as partes.(70) Em torno dessa premissa, surge o quarto eixo norteador da implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências nos serviços de atenção primária à saúde: intervenções que se adequem à realidade dos serviços e mantenham atenção centrada no paciente.

As pessoas expressam suas necessidades de saúde na busca por condições que atendam a maneira como vivem e respeitem sua autonomia.(71) Cuidar é estreitar os laços entre os saberes técnico-científicos e os saberes populares, é respeitar os desejos e anseios daquele que é atendido, é enxergar para além dos sinais clínicos, os sinais que transpassam o aparente.(70, 71) Diante dessa visão ampliada de cuidado, não cabe ao profissional de saúde assumir o papel mínimo de aplicador de conhecimentos técnico-científicos, já que só é dado sentido a uma conduta quando há participação também do paciente, que trará suas vivências e inquietações para aquele processo de cuidado.(70) Nesse sentido, um objetivo fundamental por trás das condutas nutricionais está em fazer com que os pacientes sejam capazes de assumir um papel ativo na tomada de decisões em relação a sua própria saúde, principalmente no que diz respeito a sua alimentação.(72)

A atenção centrada no paciente envolve uma perspectiva ampliada do cuidado à saúde (necessidade de reconhecimento e resposta integral às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade), participação do paciente no cuidado (empoderamento e apoio ao autocuidado) e uma relação profissional-paciente que contemple a expressão da subjetividade dos sujeitos.(69) É muito relevante, portanto, empenhar-se num olhar clínico ampliado para as necessidades de saúde, exercer uma escuta atenta e qualificada, abrir espaço para o diálogo (ouvir e deixar falar o outro – o acolhimento), assumir e compartilhar responsabilidades (decisão conjunta), e reconstruir identidades (assumir a singularidade da questão de saúde e se colocar no lugar do outro).(70, 71, 73)

Já durante os treinamentos, em grande parte dos estudos, houve uma preocupação em desenvolver nos profissionais de saúde habilidades que garantissem a atenção centrada no paciente; o que de certa forma parece ter refletido no comportamento dos profissionais ao trabalhar com as condutas nutricionais na prática dos serviços de saúde primários. Nota-se que em muitos casos, as técnicas utilizadas para empreender as condutas nutricionais foram estruturadas a partir de uma mescla de métodos como entrevista motivacional,(59,

72) “5As” (*Assess, Advice, Agree, Assist, Arrange*)(59, 72) e terapia cognitiva-comportamental.(59, 72)

Muitos pacientes temem que as mudanças de estilo de vida sejam uma tarefa sofrível, mantendo-se resistentes às intervenções.(72) Diante disso, iniciar um plano de mudança quando o paciente não está preparado geralmente leva à frustração e ao desapontamento. Sendo assim, a relação profissional-paciente precisa contemplar a percepção quanto à disposição e prontidão dos pacientes em se envolver com as intervenções propostas. Técnicas de entrevista motivacional podem ser particularmente úteis nessa tarefa e em despertar o interesse de pacientes ainda não convencidos e engajados nas mudanças.(59, 72) Também o estágio “*Agree*” do método “5As” tem por intuito verificar a prontidão do paciente para se engajar num processo de mudanças.(72) Cabe destacar que nesta revisão praticamente nenhum dos estudos considerou estas questões, dando margens ao desinteresse dos pacientes e, por vezes, à não continuidade do tratamento.

Saber compreender e respeitar o contexto específico de cada um dos encontros com os usuários, exercitando a capacidade de identificar os momentos propícios para estabelecer medidas assistenciais ou preventivas aparece também como uma potencialidade à implementação sinalizada por alguns estudos. Por medo de julgamentos, “bebedores de risco” pareceram ser o público mais resistente em aceitar discutir sobre sua problemática (consumo de bebidas alcóolicas) nos encontros com os profissionais de saúde. Diante disso, abordar sobre o consumo de bebidas alcóolicas em ocasiões oportunas foi uma das alternativas apontadas para fortalecer a empatia entre profissionais de saúde e “bebedores de risco”.

A tomada de decisão compartilhada entre profissional e usuário foi o elemento de intervenções com atenção centrada no paciente que esteve mais presente entre os estudos dessa *scoping review*, enfatizando o empoderamento, a autonomia e o autocuidado dos pacientes implicados no processo. A participação do paciente no cuidado à saúde se deu principalmente em atividades que envolviam estabelecimento de metas e/ou estruturação de estratégias para driblar possíveis dificuldades no processo de mudanças, tendo como pano de fundo uma junção de técnicas de terapia cognitiva-comportamental e método “5As” (particularmente os estágios “*Agree*” e “*Assist*”).

A terapia cognitiva-comportamental incorpora estratégias destinadas a fortalecer o processo de mudança, através do desenvolvimento de habilidades

cognitivas e comportamentais para lidar com situações-problema e modificar pensamentos, sentimentos e atitudes disfuncionais.(72) Já o método “5As”, utilizando técnicas parecidas com às adotadas pela terapia cognitiva-comportamental, procura traçar um passo-a-passo da abordagem junto ao paciente também visando engajá-lo no processo de mudanças. “Assess” está relacionada à etapa de avaliação nutricional; “Advice” ao *feedback* perante à avaliação, apontamento dos pontos críticos e benefícios em adotar mudanças na alimentação habitual; “Agree” à avaliação da prontidão do paciente para se engajar nas mudanças e discussão sobre os pontos críticos (com estabelecimento de metas); “Assist” às estratégias pensadas conjuntamente para o cumprimento das metas; e “Arrange” ao direcionamento para encontros futuros (etapas de acompanhamento).(59, 72)

Mudar hábitos alimentares de longa data não é tarefa fácil. Sendo assim, ainda com o foco voltado para a atenção centrada no paciente, os estudos desta revisão também mostraram que etapas de acompanhamento são muito bem-vindas para suporte ao processo contínuo de mudanças de comportamento e criação de hábitos mais saudáveis, garantindo o empoderamento dos pacientes e a sustentabilidade das conquistas.(59) Nove dos quatorze estudos realizaram acompanhamentos longitudinais que, em sua maioria, tinham por função investigar o progresso dos pacientes (conquistas e insucessos), discutir os desafios encontrados ao implantar as mudanças na vida cotidiana, encontrar estratégias para driblar as dificuldades que apareciam, e reforçar os acordos firmados em consultas anteriores.

Em se tratando de adequação à realidade dos serviços, usuários e famílias, as modalidades de intervenção adotadas pelos estudos também chamaram atenção, com destaque para as intervenções à distância (através de mídias digitais). Encontros/consultas presenciais com profissionais de saúde são considerados as condições mais adequadas para o cuidado à saúde, mas com o advento de estratégias multimídia interativas e a crescente disponibilidade de acesso à internet, as mídias digitais vêm ganhando espaço também em meio às atividades de atendimentos aos pacientes nos serviços de saúde, aparecendo como alternativas a barreiras importantes do processo de implementação de condutas nutricionais, dentre as quais indisponibilidade de tempo e número reduzido de funcionários.(26, 72) Sendo principalmente utilizadas em etapas de acompanhamento, cinco estudos desta revisão (SO2, SO3, AI2, BA3, DM) lançaram mão de mídias digitais ao colocar

em prática as condutas nutricionais: plataformas virtuais, contato telefônico, mensagens de texto (SMS) e e-mails.

Ferramentas audiovisuais, inclusive, são vistas como boas opções para educação nutricional junto à população de mais baixa renda, cujo nível de escolaridade tende a ser mais limitado; uma vez que estas pessoas podem ter dificuldades em compreender as informações presentes em materiais escritos, devido ao tom do texto, à complexidade das ideias apresentadas ou ao design e layout visual das informações.(26) Vale ressaltar, no entanto, que é questionável a viabilidade do uso de mídias digitais em intervenções nutricionais junto a sistemas de saúde com restrições econômicas.(26) No Sistema Único de Saúde do Brasil, por exemplo, comumente vê-se falta de investimentos na área de tecnologia da informação (TI). Por se tratar de um tipo de tecnologia que requer um alto investimento inicial, tanto em infraestrutura quanto em recursos humanos, a maior parte dos gestores das unidades não considera a TI como uma prioridade para os serviços de saúde.(74)

7 CONCLUSÃO

As intervenções e programas relacionados a condutas nutricionais baseadas em evidências apresentados nos quatorze estudos selecionados nesta *scoping review* estiveram voltados para temas de extrema importância para os sistemas de saúde de todo território mundial: controle de peso (sobrepeso/obesidade), alimentação infantil, consumo de bebidas alcoólicas, aleitamento materno, cuidado ao paciente diabético e risco nutricional/desnutrição. Temas estes vinculados a questões de saúde de alta prevalência entre usuários, famílias e comunidade.

Ainda que o foco sejam as condutas nutricionais baseadas em evidências, os estudos mostraram que, quando se quer implementá-las nos serviços de atenção primária à saúde, é preciso ter uma visão ampla do processo, que vai muito além do momento pontual do aconselhamento. Os bastidores da implementação foram tão importantes quanto as condutas nutricionais propriamente ditas, uma vez que serviram de alicerce para que estas pudessem ser realizadas em meio às atividades de trabalho.

Pautar-se num delineamento de implementação que conte com etapas pré-intervenção até etapas de acompanhamento parece ser um passo importante para que as condutas nutricionais se façam presentes na prática clínica dos serviços de APS. No entanto, apenas planejar uma sequência de etapas não é garantia de bons resultados. As várias barreiras à implementação apontadas pelos estudos deixam claro a complexidade do processo: indisponibilidade de tempo, incompatibilidade das intervenções com as condições de vida e necessidades de saúde dos pacientes, falta de recursos, e relações conflituosas entre profissionais e pacientes apareceram como grandes fatores limitantes à implementação.

Potencialidades para que a implementação ocorra de maneira satisfatória também foram identificadas e estas permitem concluir que, de uma maneira geral, o processo de implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências na APS está ancorado em quatro grandes eixos norteadores: 1) Reconhecimento das necessidades de saúde e características dos serviços e profissionais de saúde para atender as demandas apresentadas; 2) Desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais de saúde (Educação permanente); 3) Trabalho em equipe e Prática interprofissional colaborativa; 4) Adequação das intervenções à realidade dos serviços e Atenção centrada no paciente.

Muitos foram os profissionais de saúde envolvidos com o processo de implementação, o que reforça seu caráter interprofissional, mas médicos clínicos gerais (ou médicos de família) e enfermeiros apareceram em destaque. Vale ressaltar, porém, que os nutricionistas estiveram na retaguarda por diversas vezes, em atividades de supervisão e suporte à implementação, sendo vistos como peças-chave para o bom andamento do processo.

No que diz respeito ao quarto eixo norteador, os destaques são dados para o uso de mídias digitais nas intervenções e também ao emprego de acompanhamentos longitudinais para assegurar sustentabilidade às mudanças. A tomada de decisão compartilhada surgiu como o elemento da atenção centrada no paciente mais marcante nos estudos, que pôde ser visto principalmente no estabelecimento de metas e/ou estruturação de estratégias para driblar possíveis dificuldades no processo de mudança.

Inúmeros são os desafios que se apresentam na translação de evidências científicas na área de alimentação e nutrição para a prática profissional e a tomada de decisão nos sistemas de saúde. Esse mapeamento foi capaz de fornecer informações valiosas sobre as mais diferentes formas de implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências nos serviços de APS, assim como os profissionais de saúde envolvidos, e as barreiras e potencialidades à implementação.

Além de servir como um ponto de partida para outros estudos e subsídio para políticas públicas de saúde no âmbito da alimentação e nutrição, tem-se como um importante desdobramento dessa *scoping review* o desenvolvimento de um boletim informativo e um projeto de implementação (Apêndice D), destinado aos profissionais de saúde, gerentes e gestores da atenção primária à saúde, com o objetivo de informar e apoiar a implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências no cotidiano de trabalho nas unidades básicas de saúde.

REFERÊNCIAS¹

1. Aguiar MJ, Caramelli B. Ranking de produção científica das universidades brasileiras na área de ciências da saúde-1996 a 2011. *Rev Ass Med Bras*. 2013 nov/dez;59(6):525-7.
2. Vasconcelos FAG. The science of nutrition in transit: from nutrition and dietetics to nutrigenomics. *Rev Nutr*. 2010 Nov/Dec;23(6):935-45.
3. Olinto MTA, de Lira PIC, Marchini JS, Kac G. Formação humana, pesquisa e produção científica na subárea de avaliação “nutrição” da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, no Brasil, de 2007 a 2009. *Rev Nutr*. 2011 nov/dez;24(6):917-26.
4. Borde E, Akerman M, Pellegrini Filho A. Mapping of capacities for research on health and its social determinants in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014 Oct;30(10):2081-91.
5. World Health Organization (WHO). Global status report on non-communicable diseases 2014 [internet]. Geneva; 2014 [cited 2017 Jul. 01]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf
6. Guimarães R. Pesquisa translacional: uma interpretação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 jun;18(6):1731-44.
7. Green LW, Ottoson JM, García C, Hiatt RA. Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annu Rev Public Health*. 2009 Apr;30:151-74.
8. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever [internet]. Geneva; 2008 [cited 2017 Jul. 01]. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
9. Gibbs HD, McQuigg M, Broom J, Brown J, Laws R, Reckless JPD, et al. A new evidence-based model for weight management in primary care: The counterweight programme. *J Hum Nutr Diet*. 2004 Jun;17(3):191-208.

¹ De acordo com Estilo Vancouver

10. Blonstein AC, Yank V, Stafford RS, Wilson SR, Rosas LG, Ma J. Translating an evidence-based lifestyle intervention program into primary care: lessons learned. *Health Promot Pract*. 2013 Jul;14(4):491-7.
11. Brown I, Psarou A. Literature review of nursing practice in managing obesity in primary care: developments in the UK. *J Clin Nurs*. 2008 Jan;17(1):17-28.
12. Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med*. 2005 May;40(5):595-601.
13. Matta GC, Morosini MVG. Atenção primária à saúde. In: Pereira IB, Lima, JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 44-50.
14. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde [internet]. Alma-Ata; 1978 [citado 31 mar. 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf
15. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):7-16.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [internet]. Brasília, DF; 2012 [citado 31 mar. 2017]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [internet]. Brasília, DF; 2014 [citado 31 mar. 2017]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf
18. Recine E, Carvalho MF, Leão M. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde [internet]. Brasília, DF; 2015 [citado 2017 mar. 2017]. Disponível em: http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/11/livreto-atencao_primaria_a_saude-2015.pdf
19. Cervato-Mancuso AM, Vicente TL, Rodrigues SE, Laudelino VV. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 dez.;17(12):3289-300.

20. Jaime PC, Silva ACF, Bortolini GA, Lima AMCd. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. *Rev Nutr.* 2011 nov/dez.;24(6):809-24.
21. Lang RMF, do Nascimento AN, Taddei JAAC. Nutritional transition and child and adolescent population: protective measures against the marketing of harmful food and beverages. *Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr.* 2009 Dec;34(3):217-29.
22. Batista Filho M, Assis AMO, Kac G. Transição Nutricional: conceito e características. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP. *Epidemiologia Nutricional.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 445-61.
23. Astrup A, Dyerberg J, Selleck M, Stender S. Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases. *Obes Rev.* 2008 Mar;9(1):48-52.
24. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev Saúde Pública.* 2013 set.;47(4):656-65.
25. Pereira TN, Monteiro RA, Santos LMP. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. *Gaceta Sanitaria.* 2017 Nov:1-7.
26. Chaudhary N, Kreiger N. Nutrition and physical activity interventions for low-income populations. *Can J Diet Pract Res.* 2007 Winter;68(4):201-6.
27. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert [internet]. Geneva; 2003 [cited 2017 Jul. 01]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf
28. Gaskins AJ, Rovner AJ, Mumford SL, Yeung E, Browne RW, Trevisan M, et al. Adherence to a Mediterranean diet and plasma concentrations of lipid peroxidation in premenopausal women. *Am J Clin Nutr.* 2010 Dec;92(6):1461-7.
29. Iqbal R, Anand S, Ounpuu S, Islam S, Zhang X, Rangarajan S, et al. Dietary patterns and the risk of acute myocardial infarction in 52 countries: results of the INTERHEART study. *Circulation.* 2008 Nov;118(19):1929-37.

30. Cho Y, Cudhea F, Park JH, Lee JT, Mozaffarian D, Singh G, et al. Estimating change in cardiovascular disease and diabetes burdens due to dietary and metabolic factors in Korea 1998-2011: a comparative risk assessment analysis. *BMJ Open*. 2016 Dec;6(12):e013283.
31. Potvin, L. Why we should be worried about evidence based practice in health promotion. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005;5(1):S93-S7.
32. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan;312(7023):71-2.
33. Al-lawama M. How to implement medical evidence into practice in developing countries. *Int J Med Educ*. 2016 Oct;7:320-1.
34. Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Methodology for JBI scoping reviews [internet]. In: Aromataris E. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 [cited 2016 Apr. 12]. Adelaide (Australia): The Joanna Briggs Institute; 2015. p. 1-24. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
35. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014 Edition [internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2014 [cited 2016 Apr. 12]. Available from: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
36. Alcocer L, Meaney E, Hernandez-Hernandez H. Applicability of the current hypertension guidelines in Latin America. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2015 Aug;9(4):118-26.
37. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev Nutr*. 2002 set/dez.;15(3):255-66.
38. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
39. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 abr/jun.;24(2):335-42.

40. Little P, Stuart B, Hobbs FR, Kelly J, Smith ER, Bradbury KJ, et al. An internet-based intervention with brief nurse support to manage obesity in primary care (POWeR+): a pragmatic, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016 Oct;4(10):821-8.
41. Huseinovic E, Bertz F, Agellii ML, Johansson EH, Winkvist A, Brekke HK. Effectiveness of a weight loss intervention in postpartum women: Results from a randomized controlled trial in primary health care. *Am J Clin Nutr.* 2016 Aug;104(2):362-70.
42. Inglis NJ, Docherty A, Pryke R. Evaluation of the 'Mealtime Magic' brief leaflet-based intervention in general practice. *Prim Health Care Res Dev.* 2010 Apr;11(2):166-79.
43. Cloutier MM, Wiley J, Huedo-Medina T, Ohannessian CM, Grant A, Hernandez D, et al. Outcomes from a Pediatric Primary Care Weight Management Program: Steps to Growing Up Healthy. *J Pediatr.* 2015 Aug;167(2):372-7.
44. Ewing LJ, Cluss P, Goldstrohm S, Ulrich R, Colborn K, Cipriani L, et al. Translating an evidence-based intervention for pediatric overweight to a primary care setting. *Clin Pediatr (Phila).* 2009 May;48(4):397-403.
45. Beich A, Gannik D, Saelan H, Thorsen T. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice - A pragmatic controlled trial. *Alcohol Alcohol.* 2007 Nov/Dec;42(6):593-603.
46. Clifford A, Shakeshaft A. Evidence-based alcohol screening and brief intervention in Aboriginal Community Controlled Health Services: Experiences of health-care providers. *Drug Alcohol Rev.* 2011 Jan;30(1):55-62.
47. Ornstein SM, Miller PM, Wessell AM, Jenkins RG, Nemeth LS, Nizetert PJ. Integration and sustainability of alcohol screening, brief intervention, and pharmacotherapy in primary care settings. *J Stud Alcohol Drugs.* 2013 Jul;74(4):598-604.
48. Bærug A, Langsrud Ø, Løland BF, Tufte E, Tylleskär T, Fretheim A. Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Matern Child Nutr.* 2016 Jul;12(3):428-39.
49. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early,

routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):e139-46.

50. Mueller K. Implementation of a Lactation Support Program in a Primary Care Pediatric Practice. *Infant Child Adolesc Nutr*. 2015 Oct;7(6):323-7.

51. Glasgow RE, Nutting PA, King DK, Nelson CC, Cutter G, Gaglio B, et al. A practical randomized trial to improve diabetes care. *J Gen Intern Med*. 2004 Dec;19(12):1167-74.

52. Kennelly S, Kennedy NP, Rughoobur GF, Slattery CG, Sugrue S. An evaluation of a community dietetics intervention on the management of malnutrition for healthcare professionals. *J Hum Nutr Diet*. 2010 Dec;23(6):567-74.

53. Saadeh R, Casanovas C. Implementing and revitalizing the baby-friendly hospital initiative. *Food Nutr Bull*. 2009 Jun;30(2):S225-S9.

54. Pantoja T, Opiyo N, Lewin S, Paulsen E, Ciapponi A, Wiysonge CS, et al. Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep;9:Cd011086.

55. Collaboration NCDRF. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19· 2 million participants. *The Lancet*. 2016 Apr;387(10026):1377-96.

56. Collaboration NCDRF. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128· 9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 2017 Dec;390(10113):2627–42.

57. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004 May;27(5):1047-53.

58. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2014 [internet] Geneva; 2014 [cited 2017 Dec. 05]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763eng.pdf>

59. Kahan S, Manson JE. Nutrition Counseling in Clinical Practice: How Clinicians Can Do Better. *JAMA*. 2017 Sep;318(12):1101-2.

60. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2010 Aug;15(5):2297-305.
61. Cabana MD, Flores G. The role of clinical practice guidelines in enhancing quality and reducing racial/ethnic disparities in paediatrics. *Paediatr Respir Rev*. 2002 Mar;3(1):52-8.
62. Danek RL, Berlin KL, Waite GN, Geib RW. Perceptions of Nutrition Education in the Current Medical School Curriculum. *Fam Med*. 2017 Nov;49(10):803-6.
63. Adams KM, Kohlmeier M, Powell M, Zeisel SH. Nutrition in medicine: nutrition education for medical students and residents. *Nutr Clin Pract*. 2010 Oct;25(5):471-80.
64. Hicks KK, Murano PS. Viewpoint regarding the limited nutrition education opportunities for physicians worldwide. *Educ Prim Care*. 2016 Nov;27(6):439-42.
65. Andolsek K, Rosenberg MT, Abdolrasulnia M, Stowell SA, Gardner AJ. Complex cases in primary care: report of a CME-certified series addressing patients with multiple comorbidities. *Int J Clin Pract*. 2013 Sep;67(9):911-7.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [internet]. Brasília, DF; 2009 [citado 05 dez 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf
67. Peduzzi M, James NI, Camargo GGAC, Alcântara MSJ, Colebrusco SG. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 ago.;47(4):977-83.
68. World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice [internet]. Geneva; 2010 [cited 2017 Dec. 05]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1
69. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface – Comunic Saude Educ*. 2016 mai.;20(59):905-16.

70. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 49-83
71. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio De Janeiro: CEPESC; 2009. p. 117-30
72. Kushner RF. Providing nutritional care in the office practice: teams, tools, and techniques. Med Clin North Am. 2016 Nov;100(6):1157-68.
73. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saude Publica. 2004 set.;20(5):1411-6.
74. Santos TO, Pereira LP, Silveira DT. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. RECIIS. 2017 set.;11(3):1-11.

APÊNDICE A – Termos indexados e palavras-chave utilizados na busca nas bases de dados eletrônicas

BASE DE DADOS: PUBMED		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Termos indexados [MESH]</i>		
Diet Diet Therapy diet therapy [subheading] Diet, Food, and Nutrition Dietary Services Dietetics Eating Feeding and Eating Disorders Feeding Behavior Food Nutrition Assessment Nutrition Disorders Nutrition Therapy Nutritional and Metabolic Diseases Nutritional Physiological Phenomena Nutritional Requirements Nutritional Sciences Nutritional Status	Evidence-Based Practice Patient Care Bundles	Primary Health Care
<i>Palavras-chave</i>		
Applied Nutrition Programs Nutri* Diet* Eat* Feed* Food*	Evidence-Based Evidence Based Intervention Evidence-Based Health Care Care Bundles Evidence-Based Professional Practice Evidence Based Practice Center	Primary Care

APÊNDICE A – Termos indexados e palavras-chave utilizados na busca nas bases de dados eletrônicas

BASE DE DADOS: CINAHL		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Termos indexados [Headings]</i>		
Diet Diet Therapy Dietetics Dietitian Attitudes Eating Eating Behavior Eating Disorders Food Food Guide Pyramid Nutrition Nutrition Alteration (Saba CCC) Nutrition Care (Saba CCC) Nutrition Disorders Nutrition Education Nutritional and Metabolic Diseases Nutritional Assessment Nutritional Component (Saba CCC) Nutritional Counseling Nutritional Physiology Nutritional Requirements Nutritional Status	Evidence-Based Professional Practice	Primary Health Care

Continua

Conclusão

BASE DE DADOS: CINAHL		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Palavras-chave</i>		
Applied Nutrition Programs Nutri* Diet* Eat* Feed* Food*	Evidence-Based Practice Patient Care Bundles Evidence Based Practice Center Evidence-Based Evidence Based Intervention Evidence-Based Health Care Care Bundles	Primary Care

APÊNDICE A – Termos indexados e palavras-chave utilizados na busca nas bases de dados eletrônicas

BASE DE DADOS: EMBASE		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Termos indexados [Emtree]</i>		
Diet Diet Therapy Dietary Compliance Dietary Intake Dietetics Eating Eating Disorder Feeding Feeding Behavior Feeding Difficulty Feeding Disorder Food Food Guide Pyramid Food Intake Nutrition Nutrition Education Nutritional Assessment Nutritional Counseling Nutritional Deficiency Nutritional Disorder Nutritional Health Nutritional Requirement Nutritional Science Nutritional Status	Evidence Based Practice Evidence Based Practice Center Care Bundles	Primary Health Care

Continua

Conclusão

BASE DE DADOS: EMBASE		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Palavras-chave</i>		
Applied Nutrition Programs Nutri* Diet* Eat* Feed* Food*	Patient Care Bundles Evidence-Based Professional Practice Evidence-Based Evidence Based Intervention Evidence-Based Health Care	Primary Care

APÊNDICE A – Termos indexados e palavras-chave utilizados na busca nas bases de dados eletrônicas

BASE DE DADOS: LILACS		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Termos indexados [DeCS]</i>		
<p>Applied Nutrition Programs / Programas de Nutrición Aplicada / Programas de Nutrição Aplicada</p> <p>Diet / Dieta / Dieta</p> <p>Diet Therapy / Dietoterapia / Dietoterapia</p> <p>Diet, Food, and Nutrition / Nutrición, Alimentación y Dieta / Alimentos, Dieta e Nutrição</p> <p>Dietary Services / Servicios Dietéticos / Serviços de Dietética</p> <p>Dietetics / Dietética / Dietética</p> <p>Eating / Ingestión de Alimentos / Ingestão de Alimentos</p> <p>Feeding / Alimentación / Alimentação Feeding and Eating Disorders / Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos / Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos</p>	<p>Evidence-Based Practice / Práctica Clínica Basada en la Evidencia / Prática Clínica Baseada em Evidências</p> <p>Patient Care Bundles / Paquetes de Atención al Paciente / Pacotes de Assistência ao Paciente</p>	<p>Primary Health Care / Atención Primaria de Salud / Atenção Primária à Saúde</p>

Continua

Continuação

BASE DE DADOS: LILACS		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Termos indexados [DeCS]</i>		
Feeding Behavior / Conducta Alimentaria / Comportamento Alimentar		
Food / Alimentos / Alimentos		
Food and Nutrition Education / Educación Alimentaria y Nutricional / Educação Alimentar e Nutricional		
Food Guide / Guias Alimentarias / Guias Alimentares		
Food Planning / Planificación Alimentaria / Planejamento Alimentar		
Nutrition Assessment / Evaluación Nutricional / Avaliação Nutricional		
Nutrition Processes / Procesos de la Nutrición / Processos Nutricionais		
Nutrition Programs / Programas de Nutrición / Programas de Nutrição		
Nutrition Rehabilitation / Recuperación Nutricional / Recuperação Nutricional		

Continua

Continuação

BASE DE DADOS: LILACS		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Termos indexados [DeCS]</i>		
Nutrition Therapy / Terapia Nutricional / Terapia Nutricional Nutritional and Metabolic Diseases / Enfermedades Nutricionales y Metabólicas / Doenças Nutricionais e Metabólicas Nutrition Disorders / Trastornos Nutricionales / Transtornos Nutricionais Nutritional Physiological Phenomena / Fenómenos Fisiológicos de la Nutrición / Fenômenos Fisiológicos da Nutrição Nutritional Requirements / Necesidades Nutricionales / Necesidades Nutricionais Nutritional Sciences / Ciencias Nutricionales / Ciências da Nutrição Nutritional Status / Estado Nutricional / Estado Nutricional		

Continua

Conclusão

BASE DE DADOS: LILACS		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Palavras-chave</i>		
Diet\$ Eat\$ Feed\$ Food\$ Nutri\$	Evidence-Based Professional Practice Evidence Based Practice Center Evidence-Based Evidence Based Intervention Evidence-Based Health Care Care Bundles	Primary Care

APÊNDICE A – Termos indexados e palavras-chave utilizados na busca nas bases de dados eletrônicas

BASE DE DADOS: PsycINFO		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Termos indexados [Psychological Index Terms]</i>		
Diets Eating Attitudes Eating Behavior Eating Disorders Feeding Disorders Food Food Intake Nutrition Nutritional Deficiencies	Evidence Based Practice	Primary Health Care
<i>Palavras-chave</i>		
Applied Nutrition Programs Nutri* Diet* Eat* Feed* Food*	Evidence-Based Professional Practice Evidence Based Practice Center Patient Care Bundles Evidence-Based Evidence Based Intervention Evidence-Based Health Care Care Bundles	Primary Care

APÊNDICE A – Termos indexados e palavras-chave utilizados na busca nas bases de dados eletrônicas

BASE DE DADOS: ERIC		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Termos indexados</i>		
Dietetics Eating Disorders Eating Habits Food Food Service Food Standards Foods Instruction Nutrition Nutrition Instruction	NÃO TEM TERMOS INDEXADOS	Primary Health Care
<i>Palavras-chave</i>		
Applied Nutrition Programs Nutri* Diet* Eat* Feed* Food*	Evidence-Based Practice Patient Care Bundles Evidence-Based Professional Practice Evidence Based Practice Center Evidence-Based Evidence Based Intervention Evidence-Based Health Care Care Bundles	Primary Care

APÊNDICE A – Termos indexados e palavras-chave utilizados na busca nas bases de dados eletrônicas

BASE DE DADOS: SCOPUS		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Termos indexados</i>		
NÃO TEM TERMOS INDEXADOS	NÃO TEM TERMOS INDEXADOS	NÃO TEM TERMOS INDEXADOS
<i>Palavras-chave</i>		
Applied Nutrition Programs Diet Diet Therapy diet therapy [subheading] Diet, Food, and Nutrition Dietary Compliance Dietary Intake Dietary Services Dietetics Dietitian Attitudes Eating Eating Attitudes Eating Behavior Eating Disorder Feeding Feeding Behavior Feeding Difficulty Feeding Disorder Food Food Guide Food Guide Pyramid Food Intake Food Planning Nutrition	Evidence-Based Practice Patient Care Bundles Evidence-Based Professional Practice Evidence Based Practice Center Evidence-Based Evidence Based Intervention Evidence-Based Health Care Care Bundles	Primary Health Care Primary Care

Continua

Conclusão

BASE DE DADOS: SCOPUS		
CONDUTA NUTRICIONAL	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>Palavras-chave</i>		
Nutrition Alteration Nutrition Assessment Nutrition Care Nutrition Disorders Nutrition Education Nutrition Processes Nutrition Programs Nutrition Rehabilitation Nutrition Therapy Nutritional and Metabolic Diseases Nutritional Assessment Nutritional Component Nutritional Counseling Nutritional Deficiency Nutritional Disorder Nutritional Health Nutritional Physiology Nutritional Requirement Nutritional Science Nutritional Status Dietary management Nutritional management Feeding patterns Nutri* Diet* Eat* Feed* Food*		

APÊNDICE B – Exemplo de combinação através dos operadores booleanos “OR” e “AND” em uma das bases de dados eletrônicas (PubMed)

BASE DE DADOS: PUBMED
<p>(“Diet”[Mesh] OR “Diet Therapy”[Mesh] OR “diet therapy”[subheading] OR “Diet, Food, and Nutrition”[Mesh] OR “Dietary Services”[Mesh] OR “Dietetics”[Mesh] OR “Eating”[Mesh] OR “Feeding and Eating Disorders”[Mesh] OR “Feeding Behavior”[Mesh] OR “Food”[Mesh] OR “Nutrition Assessment”[Mesh] OR “Nutrition Disorders”[Mesh] OR “Nutrition Therapy”[Mesh] OR “Nutritional and Metabolic Diseases”[Mesh] OR “Nutritional Physiological Phenomena”[Mesh] OR “Nutritional Requirements”[Mesh] OR “Nutritional Sciences”[Mesh] OR “Nutritional Status”[Mesh] OR “Applied Nutrition Programs”[Title/Abstract] OR Nutri*[Title/Abstract] OR Diet*[Title/Abstract] OR Eat*[Title/Abstract] OR Feed*[Title/Abstract] OR Food*[Title/Abstract]) AND (“Evidence-Based Practice”[Mesh] OR “Patient Care Bundles”[Mesh] OR “Evidence-Based”[Title/Abstract] OR “Evidence Based Intervention”[Title/Abstract] OR “Evidence-Based Health Care”[Title/Abstract] OR “Care Bundles”[Title/Abstract] OR “Evidence-Based Professional Practice”[Title/Abstract] OR “Evidence Based Practice Center”[Title/Abstract]) AND (“Primary Health Care”[Mesh] OR “Primary Care”[Title/Abstract])</p>

APÊNDICE C – Tabela utilizada para extração de dados

Informações básicas	
Extraído por:	Identificação do estudo (DOI):
Ano de publicação:	País de origem:
Título do artigo:	
Autor(es):	
Objetivos do estudo:	
Delineamento do estudo:	
Scoping review PCC	
População (profissionais de saúde envolvidos):	
Conceito	Intervenções/programas:
Contexto:	
Informações adicionais (O estudo traz informações sobre os itens a seguir?)	
Barreiras para implementação:	
Potencialidades para implementação:	
Informações emergentes (O estudo traz outras informações não mencionadas acima que podem ser de interesse para esta revisão?)	

Boletim Informativo e Projeto de Implementação

Elaborado por Nara Letícia Zandonadi de Oliveira, sob orientação da Profª Dra. Marina Peduzzi, como produto do projeto desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo, cujo título é “Mapeamento da implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde: *Scoping Review*”

Destinado aos profissionais de saúde, gerentes e gestores da atenção primária à saúde, com a finalidade de informar e apoiar a implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências no cotidiano de trabalho nas unidades básicas de saúde.

Referências

Olinto MTA, de Lira PIC, Marchini JS, Kac G. Formação humana, pesquisa e produção científica na subárea de avaliação “nutrição” da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, no Brasil, de 2007 a 2009. Rev Nutr. 2011 nov/dez.;24(6):917-26.

Pereira TN, Monteiro RA, Santos LMP. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. Gaceta Sanitaria. 2017 Nov;1-7.

Oliveira NLZ. Mapeamento da implementação de condutas nutricionais baseadas em evidências em serviços de atenção primária à saúde: Scoping Review [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018.

Leitura Complementar

Kahan S, Manson JE. Nutrition Counseling in Clinical Practice: How Clinicians Can Do Better. JAMA. 2017 Sep;318(12):1101-2.

Condutas Nutricionais Baseadas em Evidências: Como implementá-las na APS?

130

Crescimento explosivo em produção de evidências científicas na área de alimentação e nutrição nos últimos tempos

Doenças relacionadas à alimentação ainda como desafios globais coexistentes na maioria dos países

O QUE PODE ESTAR HAVENDO???

O elemento-chave das condutas nutricionais não reside apenas nas evidências científicas, mas primordialmente no
PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

MUITAS SÃO AS BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO...

Indisponibilidade de tempo (Número insuficiente de funcionários, Sobrecarga de trabalho, Falha no sistema de referência a outros níveis de assistência)

Desconhecimento do território e das demandas do serviço

Falha na percepção quanto ao potencial e disposição dos pacientes em aderir a determinadas condutas nutricionais

Incompatibilidade das condutas com as condições de vida e necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade

Falta de conhecimentos, habilidades, atitudes, confiança e/ou interesse frente ao aconselhamento dietético por parte dos profissionais de saúde da APS (principalmente profissionais não nutricionistas)

Relações conflituosas entre profissionais de saúde e pacientes

...MAS EXISTEM FORMAS DE SUPERÁ-LAS E
GARANTIR MELHOR QUALIDADE DA ATENÇÃO À
SAÚDE ATRAVÉS DAS CONDUTAS NUTRICIONAIS

Caminhos para Implementação: EIXOS NORTEADORES

Reconhecimento das necessidades de
saúde dos usuários, famílias e
comunidade + Reconhecimento das
características dos serviços e dos
profissionais de saúde para
atender as demandas

Trabalho em equipe e
prática interprofissional
colaborativa

Desenvolvimento de ações
educativas junto aos
profissionais de saúde

Adequação das condutas nutricionais
à realidade dos serviços +
Atenção centrada no paciente

Fortalecimento da relação
profissional-paciente

Participação do paciente no
cuidado (empoderamento e
apoio ao autocuidado)

Proposta de Implementação de Condutas Nutricionais Baseadas em Evidências na APS

PRÉ-INTERVENÇÃO

- (1) Reconhecimento do perfil da população atendida (território) e das demandas do serviço
- (2) Reconhecimento das práticas já vigentes no serviço
- (3) Verificação dos conhecimentos, habilidades, atitudes, confiança e interesse dos profissionais de saúde em relação ao aconselhamento nutricional
- (4) Estruturação de um plano de implementação (com divisão de tarefas entre diferentes categorias profissionais)
- (5) Treinamentos educativos (com atividades interativas e práticas → Problemática do próprio fazer)
- (6) Triagem (com inclusão de técnicas de avaliação nutricional, onde seja possível verificar também a prontidão dos pacientes em se envolver com a intervenção) + Encaminhamento para intervenção