

## Artigo Original

# Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável

## Barriers to the promotion of healthy eating perceived by doctors

Kathleen Sousa Oliveira<sup>1</sup>, Denise Oliveira e Silva<sup>2</sup>, Wayner Vieira de Souza<sup>3</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Analisar quais são as barreiras enfrentadas pelos médicos do Distrito Federal para realizar a promoção da alimentação saudável. **Métodos:** Foram considerados dados dos médicos que participaram da pesquisa "Promoção da Alimentação Saudável no SUS-DF: conhecimento, atitudes e práticas", conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2008. Examinaram-se os dados referentes às características demográficas e profissionais, bem como as barreiras percebidas. A determinação dos tipos de barreiras foi feita por análise de componentes principais. **Resultados:** A maioria dos médicos participantes da pesquisa era composta por mulheres (61%) com idade média de 45 anos e média de atividade profissional de 18,7 anos. A análise resultou em uma solução de 4 componentes e que correspondeu a uma explicação de 59% da variância total: (i) barreiras socioculturais dos usuários, (ii) barreiras relacionadas ao processo gerencial; (iii) barreiras de estrutura do serviço de saúde; e (iv) barreiras educacionais e de comunicação. **Conclusão:** As barreiras que limitam a promoção da alimentação saudável pelos profissionais de saúde são múltiplas e complexas. Os resultados demonstram que o usuário, em última instância, traduz a dificuldade de promover a sua saúde. Ou seja, os médicos consideram a cultura e as condições sociais como barreiras para a promoção da alimentação saudável. A capacidade do processo gerencial do serviço de saúde também parece contribuir para isso. Desse modo, investimentos em materiais educacionais, treinamento e infraestrutura para a promoção da alimentação saudável, aliados a um aprimoramento na formação médica, são recomendações importantes para a superação dessas barreiras.

**Palavras-chave:** promoção da saúde; nutrição em saúde pública; atenção primária.

### Abstract

**Objective:** To analyze which are the barriers that limit the promotion of healthy eating by physicians in basic health units at the primary care level in the Federal District (DF), Brazil. **Methods:** Data were collected from physicians included in the study "Promoting Healthy Eating in the SUS-DF: knowledge, attitudes and practices", conducted by the Oswaldo Cruz Foundation in 2008. Data regarding demographics, professional characteristics and perceived barriers were examined. Determination of barrier types was achieved by principal component analysis. **Results:** Most physicians were women (61%), mean age 45 years, mean 18.7 years of professional activity. The factor analyses resulted in a four factors solution that accounted for an explanation of 59% of the total variance, which were: (i) users socio-cultural barriers, (ii) barriers related to the management process, (iii) health service structure barriers, and (iv) education and communication barriers. **Conclusion:** The barriers that limit the promotion healthy eating by health professionals are multiple and complex. The results show that the patient ultimately translates the difficulty of promoting their health. In other words, physicians consider the patient's culture and social conditions as barriers to promoting healthy eating. Also seems to contribute to this, the ability of the management process of the health service. Thereby, investments in educational materials, training and infrastructure to promote healthy eating, combined with an improvement in medical education are important recommendations for overcoming these barriers.

**Keywords:** health promotion; nutrition, public health; primary health care.

Trabalho realizado na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>1</sup>Mestre em Saúde Pública pela FIOCRUZ; Coordenação-Geral de Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Brasília (DF), Brasil.

<sup>2</sup>Doutora em Ciências da Saúde pela FIOCRUZ; Pesquisadora da FIOCRUZ, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Doutor em Saúde Pública pela FIOCRUZ; Pesquisador da FIOCRUZ, Ministério da Saúde – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Kathleen Sousa Oliveira – Quadra 201, Residencial Imprensa I, Bloco E, apto. 601 Sul – CEP: 71937-540 – Águas Claras (DF), Brasil – E-mail: kathleen.oliveira@saude.gov.br

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP).

Conflito de interesses: nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

Promover a alimentação saudável é uma tarefa complexa e interdisciplinar, posto que os hábitos alimentares são formados pela interação entre expressão cultural e identidade social, que surge a partir de vários contextos socioculturais, econômicos, psicológicos e ambientais.

O conjunto de mudanças no padrão alimentar e no perfil nutricional dos brasileiros<sup>1,2</sup> aponta para a necessidade de se intensificar e reforçar as ações de promoção da saúde, entre elas a promoção da alimentação saudável. O desenvolvimento de atividades de promoção de alimentação saudável, por sua vez, implica em reconhecer os determinantes que influenciam as escolhas alimentares dos indivíduos e coletividades.

Considerar as barreiras que dificultam aos profissionais de saúde a oferta dessas atividades, quais sejam aconselhamento dietético, práticas educativas, entre outras, representa a possibilidade de apreender os conhecimentos, as habilidades e as capacidades que esses profissionais precisam desenvolver — considerando a complexidade do ato de se alimentar e os determinantes da alimentação humana.

O objetivo deste estudo foi analisar as barreiras (percebidas pelos médicos) que limitam a oferta de ações para a promoção da alimentação saudável na atenção primária do Distrito Federal. Para tanto, considerando-se o grande número de variáveis existentes, optou-se pela análise de componentes principais (ACP) como método de redução dos dados.

Cabe destacar que tanto as ACPs como as análises fatoriais exploratórias (AFEs) são métodos de redução de dados que assumem que a variância é composta por três aspectos: variância específica, variância comum e variância de erro<sup>3</sup>. De tal sorte, na ACP os índices apresentados incluem tanto a variância comum quanto a específica, enquanto na AFE apenas a variância comum é considerada.

Por fim, aponta-se que a opção pelo método de análise de componentes principais justifica-se pelo fato de não haver a intencionalidade de identificar construtos ou variáveis latentes, mas sim componentes (barreiras) referentes à promoção da alimentação saudável.

## METODOLOGIA

Este estudo foi realizado com dados secundários, extraídos utilizando-se o *software* SPSS, versão 15, e que foram obtidos da pesquisa “Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde na Promoção da Alimentação Saudável”, a qual foi realizada com base nos registros do Setor de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em novembro de 2008.

Para calcular o tamanho da amostra, foram utilizadas a equação para população finita e a amostragem sem reposição.

A amostra foi do tipo aleatória simples, com precisão esperada das estimativas estabelecidas na ordem de 3% e nível de significância de 95%; com base nos critérios amostrais e no universo de pesquisa, estimou-se uma amostra de 650 profissionais; destes, 237 respondentes foram médicos.

As barreiras enfrentadas no cotidiano de atuação na Unidade Básica de Saúde (UBS) para promover a alimentação saudável estavam apresentadas por meio de 14 afirmações com 5 categorias de respostas ancoradas em uma escala com itens de Likert, com 5 níveis de resposta: “1 – Discordo plenamente”, “2 – Discordo”, “3 – Nem discordo, nem concordo”, “4 – Concordo” e “5 – Concordo plenamente”, para expressar a atitude em relação às diferentes barreiras enfrentadas no cotidiano dos respondentes.

A adequabilidade de conduzir uma solução de ACP para os dados foi avaliada usando o teste de adequação da amostragem e de esfericidade. A adequação da amostra foi estabelecida pelo cálculo do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), podendo-se considerar que valores entre 0,5 e 1 indicam que a análise é adequada. O teste de esfericidade de Bartlett avalia a existência de correlações significativas na matriz de correlações testando a hipótese nula de a matriz de correlações ser a matriz identidade.

A estrutura fatorial foi determinada por uma ACP com extração de componentes principais com rotação ortogonal Varimax e normalização de Kaiser. As rotações ortogonais estipulam, previamente, que não há correlação entre os componentes, gerando componentes totalmente independentes entre si<sup>3</sup>, sendo realizada pela necessidade de identificar barreiras oriundas de aspectos independentes.

Primeiramente, foi realizada uma análise com o número de componentes sendo igual ao número de variáveis, a fim de verificar qual percentagem da variabilidade dos dados é explicada por componente. Então, o número de componentes foi determinado considerando o autovalor maior do que 1 como critério.

Os componentes foram nomeados considerando não somente os elementos comuns entre os itens mas também de modo que pudessem representar todos os itens incluídos naquele componente, sugerindo a dimensão que aquele representa.

## RESULTADOS

O total de médicos respondentes foi de 237. A maioria era composta por mulheres (61%) e migrantes (88%) das seguintes Regiões do país: Sudeste (40%), Nordeste (32%), Centro-Oeste (16%), Sul (8%) e Norte (4%). A média de idade dos médicos foi de 45±9,7 anos, e o tempo médio de atividade profissional foi de 18,7±9. Em média, os médicos gastam 33±11 horas por semana trabalhando nos Centros de Saúde do Distrito Federal.

O teste KMO, para medir a adequação da amostra, foi de 0,79, indicando que a decisão de proceder à ACP foi adequada; o teste de Bartlett indicou esfericidade de 859,95 e nível de significância zero, apontando que é improvável a matriz de correlação ser uma identidade.

A ACP resultou em uma solução de 4 componentes, conforme pode ser confirmado pelo gráfico de declive (Gráfico 1).

Essa solução de 4 componentes correspondeu a uma explicação de 59% da variância total. O componente 1 explica 19% da variância, foi nomeado como “barreiras socioculturais dos usuários” e inclui 5 itens: hábitos culturais, condições de vida precária, baixa escolaridade, falta de motivação e resistência do usuário.

O componente 2, denominado de “barreiras relacionadas ao processo gerencial”, explica 14% da variância e contém dois itens: falta de interesse dos profissionais de saúde e desorganização do serviço de saúde. O componente 3 explica 13% da variância e foi associado com barreiras majoritariamente relacionadas à estrutura das unidades de saúde: falta de espaço físico, falta de recursos humanos, falta de integração entre os profissionais e grande número de usuários. Por fim, o componente 4, nomeado de “barreiras educacionais e de comunicação”, inclui 3 itens: falta de conhecimento sobre nutrição, falta de capacitação/treinamento e falta de materiais educativos. Tal componente explica 13% da variância (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

Os resultados revelam que as condições socioculturais dos usuários são barreiras para a promoção da alimentação saudável nas unidades de saúde. Assim, há de se considerar que a inabilidade em lidar com as diversidades existentes pode prejudicar a relação com o usuário, podendo, como consequência, contribuir para uma resistência à mudança de comportamento e baixa motivação do usuário<sup>4-6</sup>.

Nesse sentido, os resultados apontam que os médicos percebem que existe uma vinculação dos hábitos culturais dos usuários com o *status* socioeconômico e outras condições sociais desfavoráveis, e que se relaciona com a satisfação e o comprometimento destes, ainda que esse mesmo processo também possa ser inconsciente.

De fato, a cultura é um fenômeno múltiplo, mutável e inseparável das condições econômicas, políticas, religiosas e biológicas<sup>7</sup>; nesse sentido, torna-se fundamental resgatá-la para o centro da relação estabelecida entre o profissional de saúde, os usuários e os serviços de saúde<sup>8</sup>, pois pode propiciar uma abordagem mais humanizada e holística e uma ação mais eficaz no processo do cuidado à saúde<sup>4</sup>. Uma possibilidade para se explorar a cultura no processo de cuidado à saúde é a competência cultural.

Embora não exista um consenso conceitual sobre competência cultural, nem sobre a melhor maneira de implementá-la<sup>9</sup>,

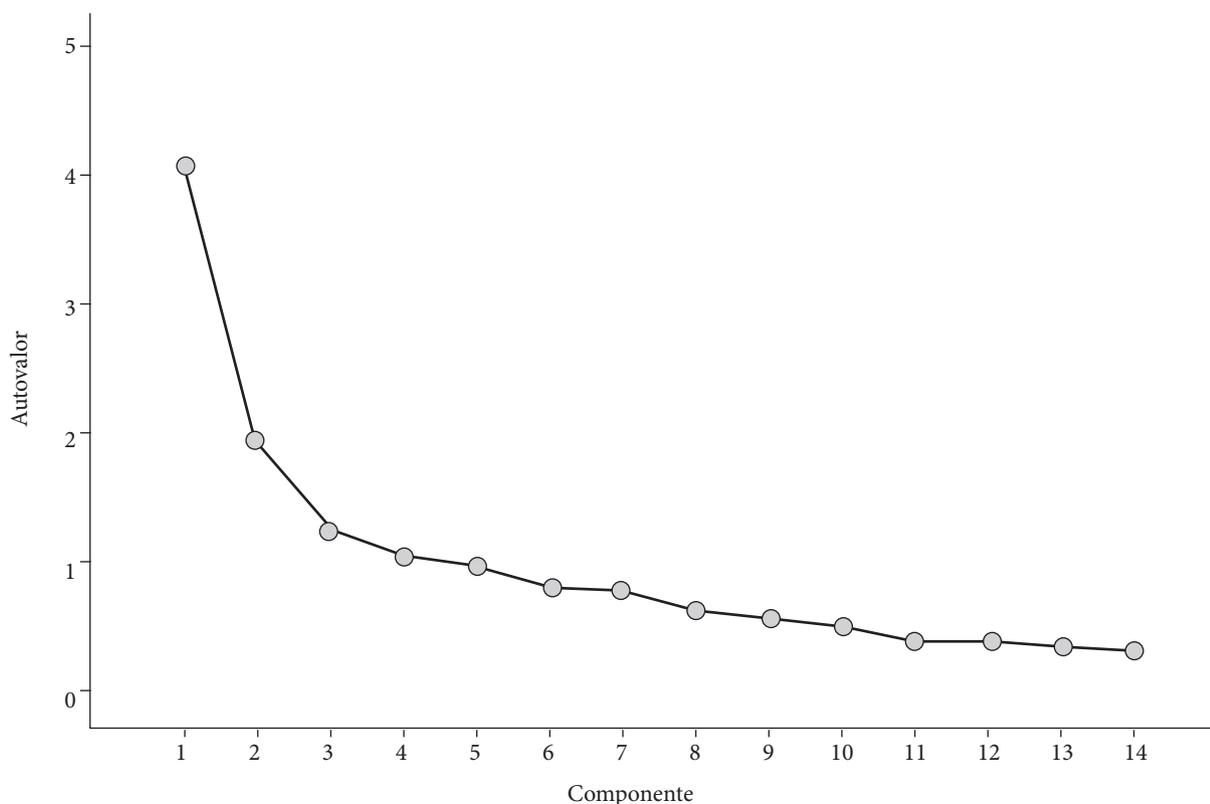


Gráfico 1. Scree plot mostrando o autovalor de cada componente na extração dos fatores para a categoria médicos

**Tabela 1.** Coeficiente de estrutura fatorial das quatro barreiras identificadas, categoria médicos

	Carga fatorial			
	1	2	3	4
	Barreiras socioculturais dos usuários	Barreiras relacionadas ao processo gerencial	Barreiras de estrutura do serviço de saúde	Barreiras educacionais e de comunicação
Hábitos culturais dos pacientes	0,785			
Resistência à mudança pelo paciente	0,763			
Falta de interesse dos pacientes	0,732			
Baixa instrução dos pacientes	0,711			
Precárias condições de vida dos pacientes	0,595			
Falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar		0,848		
Desorganização do serviço		0,751		
Grande número de pacientes			0,725	
Falta de espaço físico nos serviços de saúde para orientações			0,608	
Falta de recursos humanos			0,581	
Falta de integração interprofissionais			0,419	
Ausência de treinamentos e reciclagem profissional				0,819
Falta de conhecimentos				0,707
Falta de material didático				0,587

Método de extração: análise de componente principal.

ela pode ser referida ao conhecimento, às habilidades e às atitudes necessárias para o cuidado de indivíduos de diferentes contextos culturais<sup>10-12</sup>. A competência cultural possibilita aos profissionais depreenderem o contexto de vida do usuário e incorporarem em seus procedimentos diagnósticos e de tratamento aspectos como pobreza, falta de educação e aspectos ambientais e culturais<sup>13</sup>.

Um segundo componente de barreiras refere-se ao processo gerencial, composto por duas variáveis: falta de interesse dos profissionais de saúde para orientar e desorganização do serviço. O processo gerencial é um instrumento para a efetivação de políticas que determina o processo de organização dos serviços de saúde e tem como objetos de trabalho a própria organização do trabalho e os recursos humanos<sup>14,15</sup>: fazer as coisas, por meio das pessoas, de maneira eficaz e eficiente, de modo que a capacidade daquele que exerce a função administrativa influencie o modo como as pessoas trabalham conjuntamente para atingir objetivos comuns.

Portanto, é bastante revelador que a percepção de que não há outros profissionais interessados (ou talvez não exista a delegação da atividade) e a desorganização do serviço como impedimentos, na prática, podem estar se referindo a uma baixa capacidade do processo gerencial em coordenar atividades relativas à promoção da alimentação saudável.

Ainda para os médicos, a terceira barreira trata da estrutura necessária para o trabalho finalístico, que é a prestação de serviço ao usuário de saúde. Ou seja, diz respeito às condições básicas para a oferta de atividades para a promoção da alimentação saudável. Assim, na percepção desse grupo profissional, faltam recursos humanos e espaço físico adequado para o atendimento do grande número de usuários que afluem para a unidade de saúde.

Para os médicos, a variável recursos humanos é percebida como uma questão quantitativa, relacionada à estrutura do serviço: faltam profissionais de saúde para o desenvolvimento dessa atividade.

Sobre as barreiras educacionais e de comunicação, a falta de capacitação e a baixa proficiência para o aconselhamento nutricional existentes entre os profissionais com menor tempo de formação em temas relacionados à nutrição, como é o caso dos médicos, têm sido demonstradas por diversos estudos<sup>16,17</sup>.

Muitos desses estudos se dedicaram a explorar a educação insuficiente, em relação à nutrição, como uma barreira ao cuidado nutricional adequado, demonstrando que poucos profissionais relatam ter tido uma adequada qualificação para discutir temas relativos à nutrição com os usuários e que eles possuem dificuldades em colocar em prática os conhecimentos teóricos aprendidos.

Isso é particularmente importante considerando-se que a Política Nacional de Promoção da Saúde, que abrange a prática da promoção da alimentação saudável, responsabiliza todos os profissionais de saúde pelo desenvolvimento adequado dessas atividades, sendo uma atividade precípua da atenção básica à saúde.

Este estudo identificou áreas que necessitam ser exploradas em estudos qualitativos posteriores. Por suas limitações, os resultados ora apresentados não podem ser generalizados para outros profissionais no Brasil, uma vez que seu foco foram os que atuam na atenção básica à saúde no Distrito Federal. É possível que as barreiras percebidas por esse grupo de médicos sejam diferentes para outros grupos em outras Regiões do país. Acredita-se, contudo, que as barreiras identificadas não são exclusivas desse grupo profissional, cabendo a sugestão de que outros estudos são necessários para confirmar os resultados aqui encontrados.

## CONCLUSÃO

As barreiras que limitam a oferta de ações de promoção da alimentação saudável pelos médicos são múltiplas e complexas. O foco essencialmente biológico sobre o ser humano necessita ser superado, e o cuidado à saúde deve abranger a multiculturalidade e a desigualdade socioeconômica brasileira por meio de uma prática de saúde humanizada e interdisciplinar.

Chama a atenção que o sujeito, usuário, em última instância, traduza a dificuldade de promover a sua saúde. Ao considerar a cultura e as condições sociais dos usuários, esses profissionais de saúde as percebem como algo que o usuário possui, diminuindo sua responsabilidade de acessar a essas dimensões na prática: o problema passa a ser “o” e “do” usuário.

Com isso reconhecem, discursivamente, que a cultura está intimamente interligada às dimensões sociais e econômicas da vida, mas igualmente declaram que não sabem como contorná-las ou incorporá-las à sua prática. Ressalva-se que não se trata de culpabilizar os médicos, mas sim de constatar que eles, focos deste estudo, carecem de habilidades e competências necessárias para integrar, por exemplo, a pobreza e a cultura no cuidado médico.

As barreiras socioculturais, portanto, relacionam-se ao modo como o médico percebe o usuário, que é, em parte, produto de sua percepção sobre o mundo e suas questões sociais mais amplas, e de como ele se insere no mundo. Nesse sentido, pode-se dizer que a superação dessas barreiras depende do profissional estar consciente de quem ele é, como pensa e atua no mundo em que vive, ou seja, que reconheça aquilo que o diferencia dos outros e que fornece ao mesmo tempo uma chave para a possibilidade de verdadeiramente conhecer o outro. Em essência, depende de uma prática pautada na ética e no reconhecimento da própria condição humana que compartilhamos.

Por fim, os resultados podem orientar as políticas públicas de promoção da alimentação saudável demonstrando que, embora os investimentos em materiais educativos, na capacitação e na estrutura dos serviços de saúde sejam importantes, eles não são decisivos para que atividades promotoras de hábitos saudáveis ocorram na atenção básica à saúde. A compreensão da realidade brasileira, com sua multiculturalidade em um contexto de grandes desigualdades socioeconômicas, remete-nos à necessidade de humanizar a prática de saúde e de encontrar na abordagem interdisciplinar uma possibilidade concreta de promoção da alimentação saudável.

## REFERÊNCIAS

1. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr.* 2004;17(4):523-33.
2. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portele MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(4):897-908.
3. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Aval Psico.* 2012;11(2):213-28.
4. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep.* 2003;118(4):293-302.
5. Betancourt JR, Carrillo JE, Green AR. Hypertension in multicultural and minority populations: linking communication to compliance. *Curr Hypertens Rep.* 1999;1(6):482-8.
6. Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, Cloyd E. Perspectives on transcultural care. *Nurs Clin North Am.* 2009;44(4):495-503.
7. Gregg J, Saha S. Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education. *Acad Med.* 2006;81(6):542-7.
8. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface Comun Saúde Educ.* 2002;6(10):63-74.
9. Vega WA. Higher stakes ahead for cultural competence. *Gen Hosp Psychiatr.* 2005;27(6):446-50.
10. Bridge TJ, Massie EG, Mills CS. Prioritizing cultural competence in the implementation of an evidence-based practice model. *Child Youth Serv Rev.* 2008;30(10):1111-18.
11. Tripp-Reimer T, Choi E, Kelley LS, Enslein JC. Cultural barriers to care: inverting the problem. *Diabetes Spectrum.* 2001;14(1):13-22.

12. Whitley R. Cultural competence, evidence-based medicine, and evidence-based practices. *Psychiatr Serv.* 2007;58(2):1588-90.
13. Betancourt JR. Cultural Competence and Medical Education: many names, many perspectives, one goal. *Acad Med.* 2006;81(6):499-501.
14. Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(4):464-68.
15. Rosso CFW. Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde em Goiânia-GO [tese]. Goiânia: Universidade de Brasília; 2008.
16. Mihalynuk TV, Scott CS, Coombs JB. Self-reported nutrition proficiency is positively correlated with the perceived quality of nutrition training of family physicians in Washington State. *Am J Clin Nutr.* 2003;77(5):1330-6.
17. Vetter ML, Herring SJ, Sood M, Shah NR, Kalet al. What do resident physicians know about nutrition? An evaluation of attitudes, self-perceived proficiency and knowledge. *J Am Coll Nutr.* 2008;27(2):287-98.

Recebido em: 13/06/2014  
Aprovado em: 30/07/2014