

Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem

**Adesão a modos saudáveis de vida por usuários de Serviço de Atenção  
Primária à Saúde mediante aconselhamento**

Mariana Tâmara Teixeira de Toledo

Belo Horizonte  
2011

Mariana Tâmara Teixeira de Toledo

**Adesão a modos saudáveis de vida por usuários de Serviço de Atenção  
Primária à Saúde mediante aconselhamento**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Cristine Souza Lopes

Belo Horizonte

2011

T649a Toledo, Mariana Tâmara Teixeira de.  
Adesão a modos saudáveis de vida por usuários de Serviço de Atenção Primária à Saúde mediante aconselhamento [manuscrito]. / Mariana Tâmara Teixeira de Toledo. - - Belo Horizonte: 2011.  
113f.  
Orientadora: Aline Cristina Souza Lopes.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Aconselhamento. 2. Cooperação do Paciente. 3. Pessoal de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Perfil de Saúde. 6. Promoção da Saúde. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Lopes, Aline Cristina Souza. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.  
NLM: WA 590

Este trabalho é vinculado ao Grupo de Pesquisa de  
Intervenções em Nutrição (GIN), da Escola de  
Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada **“Adesão a modos saudáveis de vida por usuários de Serviço de Atenção Primária à Saúde mediante aconselhamento”**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Cristine Souza Lopes – Escola de Enfermagem/UFMG – Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mery Natali de Abreu – Escola de Enfermagem/UFMG

---

Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta – Escola de Enfermagem/UFMG

---

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana – Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 28 de novembro de 2011

*À minha mãe, Neiva, por acreditar sempre em mim e por prover  
amor e presença, essenciais em minha vida.*

## *Agradecimentos*

*A Deus, por permitir este acontecimento em minha existência;*

*Aos meus pais e às minhas irmãs, por serem parte de minha vida e por torcerem por mim, cada um à sua maneira;*

*À minha orientadora, Aline, pela confiança e amizade, e por contribuir de forma tão generosa para minha construção profissional e pessoal;*

*Às queridas amigas que me acolheram tão calorosamente nesta Escola; Tetê, Lô e Quel e àquelas que tive a sorte de encontrar por este caminho, Víví, Bruna, Mari C., Renata, Vanessa, Nath, Patí, Paula, Mari P., Mari L. e Lydí. Nossos momentos de estudos, conversas, conselhos e comemorações significam muito para mim. Admiro todas vocês!*

*Às equipes do PET-Saúde, com as quais vivenciei tantos projetos exitosos de promoção da saúde. Obrigada pelas lições de força, comprometimento e união!*

*Aos amigos do mestrado, pelos ricos momentos de trocas de experiências e por fazerem nossas aulas tão animadas e enriquecedoras!*

*Aos meus tios, primos e avós, pela torcida e orações, em especial à tia Néli, por toda atenção e carinho, sempre;*

*Aos profissionais e usuários do Centro de Saúde Mariano de Abreu, pela participação e disponibilidade, fundamentais à realização deste trabalho;*

*Aos professores desta escola, em especial a Luana, Adaliene, Adriano e Mery, exemplos de profissionais, pelas ricas contribuições para este trabalho;*

*Às minhas amigas queridas do coração, Chica, Grê, Jose, Ré, Bu, Jojó, Jan, Nana, Ju, Di e Paola, por compartilharem comigo alegrias e angústias. Ainda, pela torcida e apoio.*

*Ao Preto, pelo companheirismo em momentos tão importantes desta construção, e à Marildes, pelo incentivo e exemplo de vida;*

*Às agências financiadoras, por possibilitarem a realização deste trabalho.*

## RESUMO

Diante do cenário atual de saúde, marcado pelo aumento das doenças e agravos não transmissíveis (DANT), o aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde torna-se imprescindível enquanto estratégia de promoção da saúde e prevenção de agravos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Neste sentido, objetivou-se verificar a adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento realizado por profissionais de saúde, bem como os fatores associados aos dois desfechos (aconselhamento e adesão), entre usuários de serviço de APS de Belo Horizonte-MG. Realizou-se estudo seccional com uma amostra de indivíduos com  $\geq 20$  anos ou mais entre outubro de 2009 a janeiro de 2010. Investigou-se a frequência da realização do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida (alimentação saudável e prática de atividade física) por profissionais de saúde e sua adesão pelos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, além de variáveis relativas aos dados socioeconômicos, consumo alimentar e medidas antropométricas. Realizaram-se análises bivariadas dos Testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. As variáveis que apresentaram correlações com significância inferior a 20% foram incluídas no modelo final multivariado de Regressão de Poisson com variância robusta, permanecendo aquelas que apresentaram 5% de significância. A amostra constituiu-se de 417 indivíduos, a maioria mulheres (78,9%), com mediana de idade de 39 anos, e com elevadas prevalências de DANT (hipertensão arterial: 33,3% e hipercolesterolemia: 17,3%). Observou-se insuficiente frequência de aconselhamento (40,8%) diante da situação de saúde dos usuários. Entretanto, a taxa adesão (50,9%) foi superior a outros estudos, sendo os médicos (80,1%) os profissionais mais citados como responsáveis pelo aconselhamento. Possuir hipertensão arterial (RP: 1,30; IC95%: 1,03-1,66) e hipercolesterolemia (RP: 1,62; IC95%: 1,28-2,05), apresentar consumo adequado de temperos industrializados (RP: 1,40; IC95%: 1,11-1,78) e participar das atividades de serviço de promoção da saúde - Academia da Cidade - (RP: 1,85; IC95% 1,45-2,36) mantiveram-se associados ao recebimento de aconselhamento após ajuste pela regressão de Poisson. As variáveis relacionadas à adesão dos usuários, que permaneceram no modelo após ajuste, foram: percepção saudável da alimentação (RP: 1,67; IC95%:1,15; 2,43) e participação em atividades da Academia da Cidade (RP:1,55; IC95%:1,18;2,03). Considerou-se insuficiente a frequência de realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida pelos profissionais de saúde, bem como a taxa de adesão referida pelos usuários. Ressalta-se, assim, a importância do fortalecimento da atuação multiprofissional na Atenção Primária, objetivando a implementação de ações preventivas voltadas para as DANT e de promoção da saúde, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

**Palavras-chave:** Aconselhamento, Adesão do paciente, Profissional de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Perfil de Saúde, Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

Given the current health scenario, marked by an increase in noncommunicable diseases and injuries (NCD), advice on healthy ways of life by health professionals is indispensable as a strategy for health promotion and disease prevention in Primary Health Care (PHC). In this sense, the objective was to verify adherence to healthy ways of life through counseling conducted by health professionals, as well as factors associated with two outcomes (counseling and adherence) among users of PHC services in Belo Horizonte-MG. Sectional study was conducted with a sample of individuals aged  $\geq 20$  years or more between October 2009 and January 2010. We investigated the frequency of completion of advice on healthy ways of living (healthy eating and physical activity) by health professionals and adherence by users of a Basic Health Unit, as well as variables related to socioeconomic data, food consumption and anthropometric measurements. Were performed Qui-Square of Pearson and Fisher's Exact tests and Poisson regression with robust variance as the final model of multivariate analysis. The sample consisted of 417 individuals, mostly women (78.9%), with a median age of 39 years, and with a high prevalence of NCD (hypertension and hypercholesterolemia, 33.3%; 17.3%). There was insufficient frequency of counseling (40.8%) on the health status of users. However, the compliance rate (50.9%) higher than other studies, and physicians (80.1%) most cited as the professionals responsible for advising. Have hypertension (PR: 1.30, 95% CI: 1.03 to 1.66), hypercholesterolemia (PR: 1.62, 95% CI: 1.28 to 2.05), provide adequate intake of processed spices (PR: 1.40, 95% CI: 1.11 to 1.78) and participate in health promoting activities - Academy of the City - (PR: 1.85, 95% CI 1.45 to 2.36) remained associated with receiving counseling after adjustment by Poisson regression. The variables related to adherence of users, who remained in the model after adjustment, were the perception of healthy food (PR: 1.67, 95% CI: 1.15, 2.43) and participation in activities of the Academy of the City (RP : 1.55, 95% CI: 1.18, 2.03). It was considered insufficient the frequency of counseling on healthy ways of life by the health professionals, as well as the rate of adherence reported by users. It is noteworthy, therefore, the importance of strengthening work in multidisciplinary primary health care, aiming at the implementation of preventive actions aimed at the NCD and health promotion in order to contribute to improving the quality of life of users.

**Keywords:** Counseling. Patient compliance. Health Professional. Primary Health Care. Health Profile. Health Promotion.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
BH	- Belo Horizonte
CC	- Circunferência de cintura
CQ	- Circunferência do quadril
DANT	- Doenças e Agravos Não Transmissíveis
ENDEF	- Estudo Nacional da Despesa Familiar
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
HAS	- Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	- Índice de Massa Corporal
IVS	- Índice de Vulnerabilidade Social
IPAQ	- <i>International Physical Activity Questionnaire</i>
MG	- Minas Gerais
NASF	- Núcleo de assistência à Saúde da Família
NSI	- <i>Nutrition Screening Initiative</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PET-Saúde	- Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
POF	- Pesquisa de Orçamentos Familiares
QFA	- Questionário de Frequência Alimentar
RCQ	- Razão Cintura/Quadril
SMSA	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UBS	- Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
Vs.	- <i>Versus</i>
WHO	- <i>World Health Organization</i>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Percepção quanto à alimentação de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste pelos usuários. Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	52
Gráfico 2 - Classificação do nível de atividade física de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste. Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	53
Gráfico 3 - Prevalência de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida realizado pelos profissionais de saúde, segundo relato dos usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste. Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	55

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorização do nível de atividade física, segundo <i>International Physical Activity Questionnaire</i> reduzido.....	37
Quadro 2 - Classificação do estado nutricional, segundo o IMC para adultos..	38
Quadro 3 - Classificação do estado nutricional, segundo o IMC para idosos..	38
Quadro 4 - Classificação da circunferência da cintura, de acordo com o sexo em caucasianos.....	39
Quadro 5 - Classificação da razão cintura/quadril para adultos e idosos.....	39
Quadro 6 - Variáveis analisadas.....	40
Quadro 7 - Critérios de adequação para a frequência do consumo de alguns alimentos, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.....	41

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	44
Tabela 2 - Perfil de saúde e uso de medicamentos de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	45
Tabela 3 - Responsáveis pela saúde e pelos problemas de saúde, segundo relato dos usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste pelos usuários Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	46
Tabela 4 - Motivos de procura por atendimento na Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste pelos usuários. Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	47
Tabela 5 - Hábitos alimentares dos usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste pelos usuários. Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	49
Tabela 6 - Frequência de consumo alimentar dos usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	50
Tabela 7 - Adequação do consumo alimentar de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	51
Tabela 8 - Situação nutricional dos usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	54
Tabela 9 - Categorias profissionais que realizaram aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	56
Tabela 10 - Nível de adesão às orientações realizadas por profissionais da saúde e benefícios percebidos após adesão, segundo percepção dos usuários da Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	57
Tabela 11 - Barreiras à adesão aos Modos Saudáveis de Vida referidas por usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	58
Tabela 12 - Associação entre variáveis sociodemográficas e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	59

Tabela 13 - Associação entre prevalência de doenças auto-referidas, utilização de medicamentos e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	61
Tabela 14 - Associação entre hábitos alimentares e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	63
Tabela 15 - Associação entre consumo alimentar e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	65
Tabela 16 - Associação entre estado nutricional e risco de doenças associadas à obesidade e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	67
Tabela 17 - Associação entre conhecimento e participação em atividades de promoção da saúde e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	68
Tabela 18 - Associação entre classificação do nível de atividade física e testes físicos e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	69
Tabela 19 - Modelo final da Regressão de Poisson de variáveis associadas ao recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	70
Tabela 20 - Associação entre variáveis sociodemográficas e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	71

Tabela 21 - Associação entre prevalência de doenças auto-referidas, utilização de medicamentos e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	72
Tabela 22 - Associação entre hábitos alimentares e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	74
Tabela 23 - Associação entre estado nutricional e adesão a modos saudáveis de vida de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	75
Tabela 24 - Associação entre conhecimento e participação em atividades de promoção da saúde e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	76
Tabela 25 - Associação entre percepções relacionadas à saúde e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	77
Tabela 26 - Associação entre classificação do nível de atividade física e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	78
Tabela 27 - Modelo final da Regressão de Poisson de variáveis associadas a adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo relato de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010.....	79

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
2.1 Doenças e agravos não transmissíveis .....	19
2.2 Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida para a promoção da saúde .....	24
2.3 Entraves para a efetividade das ações de promoção da saúde voltadas para as doenças e agravos não Transmissíveis.....	28
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>31</b>
3.1 Objetivo geral .....	31
3.2 Objetivos específicos .....	31
<b>4 CASUÍSTICA E MÉTODOS .....</b>	<b>32</b>
4.1 Local de estudo .....	32
4.2 Delineamento e população do estudo .....	34
4.3 Coleta de dados .....	35
4.4 Análises .....	39
4.5 Questões éticas .....	43
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
5.1 Análise descritiva .....	44
5.2 Fatores associados ao recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde	58
5.3 Fatores associados à adesão mediante aconselhamento sobre modos saudáveis de vida	70
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>80</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>105</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cenário atual da saúde no Brasil é marcado pelo aumento das doenças e agravos não transmissíveis (DANT), como doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes *mellitus* e obesidade (MALTA *et al.*, 2009). Isso se deve, principalmente, à crescente urbanização, à globalização e às mudanças nos estilos de vida, fazendo com que as DANT sejam responsáveis pela maior parcela dos óbitos e das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde - SUS (BARRETO *et al.*, 2005).

As DANT apresentam etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis. Dentre eles, a alimentação inadequada e a inatividade física se destacam, sendo potencializadas por condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais (BRASIL, 2008a).

Ao se analisar evolução dos padrões de consumo alimentar nas últimas três décadas nas áreas metropolitanas do Brasil, evidencia-se o aumento de até 400% no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, persistência do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças, e aumento sistemático do consumo de gorduras (em geral, de origem animal). Adicionalmente, houve redução do consumo de alimentos tradicionais e importantes, como arroz e feijão (LEVY-COSTA *et al.*, 2005).

Paralelamente a este perfil alimentar, aumentou o sedentarismo. Segundo dados da pesquisa do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), apenas 14,9% dos brasileiros praticavam atividade física suficiente no lazer (BRASIL, 2010a).

A maior parte das DANT poderia ser evitada ou controlada por meio de ações adequadas de promoção, proteção e recuperação da saúde (WHO, 2005; MALTA *et al.*, 2007). Neste sentido, estudos têm apontado os serviços de Atenção Primária à Saúde como locais privilegiados para o desenvolvimento destas ações, de forma integral e contínua. A Atenção Primária constitui-se em espaço de construção e implementação de ações, de caráter individual e coletivo, com a finalidade de contribuir para a construção do autocuidado dos indivíduos, de acordo com o seu contexto sociocultural (GUIDONI *et al.*, 2009). Dentre suas ações, destaca-se o aconselhamento sobre modos saudáveis de

vida, incluindo a promoção da alimentação saudável e da prática regular de atividade física (LAATIKAINEN *et al.*, 2007; RIBEIRO *et al.* 2007, ALJOHARAH *et al.* 2009, SCHMID *et al.*, 2009; FERNANDES *et al.*, 2009; SIQUEIRA *et al.*, 2009a; 2009b).

Para tanto, a participação de profissionais de saúde tecnicamente capacitados e identificados com propostas de trabalho criativas voltadas para a promoção de estilos de vida mais saudáveis é fundamental (RONZANI; SILVA, 2008; SCHMID *et al.*, 2009; SIQUEIRA *et al.*, 2009a).

Neste contexto, o Ministério da Saúde vêm propondo Políticas Públicas Saudáveis e programas destinados, inclusive, à formação de profissionais da área de saúde. O objetivo destes programas é incentivar e capacitar os profissionais de saúde quanto aos modos saudáveis de vida e promover o fortalecimento das ações preventivas e de promoção da saúde no Brasil (BRASIL, 2003, 2006b; 2008b).

Apesar dos esforços voltados para o fortalecimento da Atenção Primária e das ações de promoção da saúde, a partir do reconhecimento de seus benefícios para a prevenção e controle das DANT (MARCONDELLI, *et al.*, 2008), parece ser escassa a realização de aconselhamento relacionado aos modos saudáveis de vida nos serviços de saúde (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002; SIQUEIRA *et al.*, 2009a). Da mesma forma, reconhece-se que a não adesão pelos indivíduos contribui para o aumento da ocorrência e agravamento as DANT, principalmente em países em desenvolvimento (WHO, 2003c; DELAMATER, 2006). Compreender as barreiras e as oportunidades para a adesão aos modos saudáveis de vida nos diferentes contextos socioculturais torna-se, portanto, uma útil estratégia de prevenção e controle das DANT (DELAMATER, 2006).

Estudos sobre aconselhamento e adesão a modos saudáveis de vida nos Serviços de Atenção Primária do Brasil são insuficientes, revelando a necessidade de investir em ações mais efetivas para a promoção da saúde envolvendo profissionais de saúde e usuários.

Para melhor guiar este estudo, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte-MG, foram levantadas algumas questões a serem respondidas durante o seu desenvolvimento:

1º) Qual é o perfil nutricional e de saúde dos usuários?

2º) Os profissionais de saúde aconselham seus pacientes sobre modos saudáveis de vida (mais especificamente, alimentação saudável e prática regular de atividade física)?

3º) Os usuários conseguem aderir ao aconselhamento recebido?

4º) Quais são as dificuldades encontradas pelos usuários para aderir ao aconselhamento?

5º) Quais são os benefícios percebidos a partir da adesão?

6º) Há associação entre o perfil sociodemográfico, nutricional e de saúde e o recebimento de aconselhamento e/ou sua adesão?

O conhecimento da adesão dos usuários mediante o aconselhamento em saúde realizado pelos profissionais de saúde e dos fatores associados à adesão favorecerá o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos mais efetivas, visando contribuir para a melhoria da saúde e a qualidade de vida dos usuários.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Doenças e agravos não transmissíveis

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais vivenciadas pelas sociedades humanas nas últimas décadas modificaram a maneira como indivíduos e coletividades organizam seus modos de viver. Tais mudanças podem facilitar ou dificultar o acesso às condições de vida mais favoráveis à saúde, o que repercute diretamente nos padrões de adoecimento. O predomínio das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) representa o padrão de adoecimento atual, sendo considerado uma epidemia tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (BRASIL, 2008a).

Além de compartilharem fatores de risco, as DANT apresentam longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e associação com deficiências e incapacidades funcionais (BRASIL, 2008a). Devido ao aumento de sua prevalência no mundo, sua prevenção e seu controle constituem atualmente, um desafio para a Saúde Pública (SCHRAMM *et al.*, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DANT são responsáveis por cerca de 60% de todas as mortes no mundo e 43% da carga global de doenças. Estes valores deverão aumentar para 73% de todas as mortes e 60% da carga global de doença em 2020 (WHO, 2003b).

No Brasil em 2007, 72,0% das mortes foram atribuídas às DANT, como doenças cardiovasculares, as respiratórias crônicas, diabetes *mellitus* e câncer. Adicionalmente, as DANT são responsáveis por 59,0% dos anos de vida perdidos por morte prematura, 74,7% dos anos de vida vividos com incapacidade e 66,3% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (SCHRAMM *et al.*, 2004; SCHMIDT *et al.*, 2011).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), 31,0% da população residente em domicílios particulares no Brasil afirmaram ter pelo menos uma doença crônica. As regiões Sul e Sudeste foram as que apresentaram os maiores percentuais de pessoas com pelo menos uma doença crônica, 35,8% e 34,2%, respectivamente (BRASIL, 2010c).

O estudo mostrou ainda que o percentual de mulheres com DANT foi superior ao de homens (35,2% vs. 27,2%). E em relação a idade, verificou-se que a proporção de indivíduos com DANT crescia conforme aumentava a faixa etária (BRASIL, 2010c).

Neste contexto, de acordo com a prevalência de DANT autorreferidas entre os entrevistados pelo VIGITEL (2010), identificadas por médico ou outro profissional de saúde, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a mais frequente em todas as faixas etárias (24,4%), sendo o diabetes *mellitus* referido por 5,8% dos adultos entrevistados (BRASIL, 2010a).

A HAS é a mais frequente das DANT e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares (SCHMIDT *et al.*, 2009), sendo responsável por 25,0% a 40,0% da etiologia multifatorial das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (BRASIL, 2004a).

Já o diabetes *mellitus* tipo 2 é responsável por cerca de 90,0% dos casos da doença e uma das dez principais causas de morte no mundo. A alta morbi-mortalidade associada ao diabetes *mellitus* é um importante fator de restrição da qualidade de vida, sendo a doença uma preditora da mortalidade prematura, que tem como causas principais as doenças cardiovasculares e a insuficiência renal (BRASIL, 2004a).

O sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para a elevada carga de DANT. As consequências para a saúde associadas a estes fatores vão desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, tais como problemas músculo-esqueléticos, dificuldades respiratórias, problemas de pele e infertilidade, até condições mais graves, como doença coronariana e certos tipos de câncer (WHO, 2006). Ademais, o sobrepeso e a obesidade também se associam a distúrbios psicológicos e a baixa autoestima, sendo que as prevalências de ansiedade e depressão são de três a quatro vezes superior entre indivíduos obesos (BRASIL, 2004a).

Estimativas da OMS revelaram que 1,6 bilhão de indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos apresentavam sobrepeso no mundo e que aproximadamente 400 milhões de adultos eram obesos, em 2005 (WHO, 2006). No Brasil, dados da VIGITEL (2009) mostraram que cerca de 32,7% e 13,9% dos indivíduos com 18 anos ou mais apresentaram sobrepeso e obesidade, respectivamente (BRASIL, 2010a).

O aumento da prevalência das DANT e os prejuízos que representam para a saúde da população apontam para a necessidade de promover ações que alterem positivamente seus determinantes, contribuindo assim, para sua prevenção e controle (BRASIL, 2008a). Para isso, a compreensão dos fatores envolvidos em sua etiologia é fundamental.

### **Fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis**

Estudos epidemiológicos, tanto transversais quanto prospectivos, têm comprovado a forte e comum associação que as principais DANT mantêm com um conjunto relativamente pequeno de fatores de risco, como: tabagismo, consumo excessivo de álcool, baixo consumo de frutas e hortaliças, elevado consumo de alimentos industrializados ricos em gorduras, açúcares e sódio, e inatividade física (WHO 2003a, 2003b; MONTEIRO *et al.*, 2005). Ressalta-se que aproximadamente 75% dos casos novos de DANT poderiam ser explicados pela alimentação inadequada e a inatividade física (STAMLER *et al.* 1999; BARRETO *et al.*, 2005).

Assim, estima-se que a inatividade física global seja responsável por aproximadamente 1,9 milhão de óbitos no mundo (WHO, 2003b). Adicionalmente, o padrão dietético relacionado às DANT é responsável por cerca de 2,7 milhões de óbitos (WHO, 2003a).

Embora não estejam totalmente compreendidos os mecanismos que ligam estes fatores à prevenção e ao controle das DANT, acredita-se que envolvam, principalmente: redução da adiposidade corporal e queda da pressão arterial; melhora do perfil lipídico e da sensibilidade à insulina; aumento do gasto energético, da massa e da força muscular, da capacidade cardiorrespiratória, da flexibilidade e do equilíbrio (COELHO; BURINI, 2009).

A partir das evidências de que pessoas que praticam atividade física regularmente com intensidade moderada ou vigorosa apresentam menor ganho de peso (FOGEHOLM; KUKKONEN-HARJULA, 2000; BARRETO *et al.*, 2005) estabeleceu-se a recomendação para a prática regular de atividade física cinco vezes na semana com 30 minutos de duração para intensidades moderadas

e/ou três vezes na semana com 20 minutos de duração para as vigorosas (WHO 2003b; HASKELL *et al.*, 2007).

Seguindo essa recomendação apoiada pela OMS, o Ministério da Saúde, por meio do Guia Alimentar para a População Brasileira, passou a incentivar a prática de pelo menos 30 minutos acumulados de atividade física ao dia, visando à manutenção do peso saudável, à redução do risco de doenças e à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Ainda assim, a prevalência de inatividade física no lazer, considerando a realização mínima recomendada de 30 minutos de atividade física moderada em cinco ou mais dias por semana, foi de 96,7%, conforme em estudo realizado nas regiões Sudeste e Nordeste (MONTEIRO *et al.*, 2003). Levando em consideração todos os domínios da atividade física (lazer, trabalho, trabalho doméstico e transporte), a prevalência de inatividade física foi de 13,2% na população adulta de 27 capitais brasileiras, sendo maior entre os homens (18,3% vs. 8,3% para as mulheres), segundo dados do VIGITEL (BRASIL, 2010a).

Mesmo com o aumento da prática de atividade física no lazer (tempo livre) nos últimos anos no mundo, estima-se que a proporção de indivíduos sedentários ou que não realizam pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada esteja em torno de 60% da população global (MARCONDELLI, *et al.*, 2008).

Com relação aos hábitos alimentares, o consumo adequado de frutas, vegetais e cereais integrais está relacionado à prevenção e ao controle das DANT. Em contrapartida, o consumo excessivo de alimentos com alta densidade calórica, ricos em gorduras, açúcares e sal, e com baixo teor de fibras, como os alimentos industrializados e do tipo *fast food*, está associado ao aumento de seu risco (WHO, 2003a; 2003b; SCHMIDT *et al.*, 2011).

Para reduzir os fatores de risco para DANT relacionados aos hábitos alimentares inadequados, o Guia Alimentar para População Brasileira recomenda o consumo diário de seis porções de cereais, três porções de frutas, três de legumes e verduras, e apenas uma porção de óleos ou gorduras. Adicionalmente, orienta a redução do consumo de refrigerantes, alimentos industrializados e guloseimas, dentre outros (BRASIL, 2006).

Os dados do VIGITEL relacionados aos hábitos alimentares dos brasileiros mostraram que apenas 18,9% da população relatou consumo adequado de frutas, verduras e legumes (5 ou mais porções ao dia). Em contrapartida, foi elevado o consumo de alimentos marcadores para o desenvolvimento de DANT, como carnes com gordura visível (33,0%), leite integral (58,4%) e refrigerantes (cinco vezes por semana; 27,9%) (BRASIL, 2010a).

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), período 2002-2003, que comparou os resultados sobre consumo de alimentos por brasileiros com aqueles obtidos pelo Estudo Nacional de Despesa Familiar – (ENDEF), período 1974-1975, houve aumento no consumo de refrigerantes em 490%. Além disso, o arroz e o feijão, alimentos nutritivos e típicos da alimentação brasileira, apresentaram redução de 46% e 37%, respectivamente, na quantidade anual per capita adquirida para consumo no domicílio. Em contrapartida, o consumo de alimentos preparados aumentou 216% no período, evidenciando mudanças no padrão alimentar dos brasileiros (BRASIL, 2004b).

A POF 2008-2009, ao ser comparada com o período 2002-2003, revelou também queda na participação relativa de arroz (17,4% para 16,2%) e de feijão (6,6% para 5,4%) na composição do total médio diário de calorias. Ademais, houve aumento da proporção de alimentos industrializados adquiridos, como pães (5,7% para 6,4%), embutidos (1,78% para 2,2%), biscoitos (3,1% para 3,4%), refrigerantes (1,5% para 1,8%) e refeições prontas (3,3% para 4,6%) (BRASIL, 2010b).

Apesar da importância da adoção de modos saudáveis de vida, com destaque para a alimentação saudável e a prática regular de atividade física para o controle e prevenção das DANT, inúmeros ainda são os desafios do setor saúde e demais áreas envolvidas para que a população alcance tais modos de vida (WHO, 2003a).

Neste sentido, ações de promoção da saúde têm sido propostas nos diversos contextos socioculturais e, principalmente nos territórios de maior vulnerabilidade social, enfocando o aconselhamento em saúde com ênfase na prática de atividade física e alimentação saudável (SIQUEIRA *et al.*, 2009b).

## **2. 2 Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida para a promoção da saúde**

O conceito de promoção da saúde foi definido na Primeira Conferência Internacional sobre o tema, realizada em Ottawa, como sendo o incentivo à capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo (WHO, 1986).

Como estratégias de promoção da saúde, a *Carta de Ottawa* propõe: criação de Políticas Públicas Saudáveis que favoreçam a promoção de ambientes saudáveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986). Destaca-se, desta forma, a importância de trabalhar em conjunto essas estratégias, visando impulsionar transformações na realidade de saúde das populações (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Para alcançar os objetivos de promoção da saúde, torna-se necessário, portanto, intensificar suas ações no cotidiano dos serviços de saúde e promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que, em conjunto, possam compreender a saúde como resultante das condições de vida, favorecendo um desenvolvimento social equitativo (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Neste sentido, tem-se apontado a necessidade de aconselhar sobre modos saudáveis de vida, especialmente sobre a prática regular de atividade física e de alimentação saudável como estratégia de enfrentamento das DANT e de promoção da saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2009a; RIBEIRO *et al.*, 2007; STEPTOE *et al.*, 2001).

O aconselhamento em saúde pressupõe a participação do profissional de saúde no sentido de educar e estimular mudanças de comportamento dos indivíduos. Pode ser compreendido como um processo genérico de ajuda e como uma forma de trabalho que envolve desde orientações individuais ou coletivas até estratégias de intervenção (SIQUEIRA 2009a *et al.*; RIBEIRO *et al.*, 2007). O aconselhamento como uma abordagem de educação em saúde é efetuado por meio do diálogo entre o paciente/usuário portador de uma história de vida que procura ajuda para solucionar seus problemas de saúde e o profissional. Ao profissional de saúde cabe auxiliar o usuário de acordo com

seu contexto biopsicossociocultural, explicitando os conflitos que permeiam o problema, visando buscar soluções ou estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde na vida cotidiana (RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005).

A educação em saúde torna-se, assim, ferramenta indispensável para guiar o aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. Seu papel está relacionado à produção de conhecimentos, por meio da troca de experiências, que atuem como subsídio para a compreensão do processo saúde-doença e auxílio na tomada de decisões e mudança de comportamento dos indivíduos, visando melhorar a qualidade de vida (SANTOS, 2005).

Entende-se que, se convenientemente conduzido, o aconselhamento em saúde pode constitui-se em oportunidade para a busca ativa de uma vida mais prazerosa e plena. Ressalta-se que, muitas vezes, tal aconselhamento ocorre em decorrência de uma doença já instalada. Entretanto, a educação em saúde voltada aos aspectos relativos à alimentação e à atividade física deveria também fazer parte das estratégias de promoção da saúde (BUSS, 2000, RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005).

Autores afirmam ser a consulta a profissionais de saúde oportunidade importante para a realização do aconselhamento, tendo em vista a confiança despertada por esses profissionais entre os usuários dos serviços de saúde (SIQUEIRA 2009a *et al.*; AMPT *et al.*, 2009; RIBEIRO *et al.*, 2007).

Nos Serviços de Atenção Primária à Saúde, o aconselhamento em saúde como uma prática educativa assume um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. No entanto, para que isso ocorra as informações sobre saúde precisam ser trabalhadas de forma simples e contextualizada, auxiliando as pessoas a fazerem escolhas mais saudáveis de vida. Assim, a comunicação deve ser utilizada como instrumento terapêutico e promotor da saúde, auxiliando no estabelecimento de confiança e vinculação do usuário ao serviço de saúde e ao profissional (ALVES, AERTS, 2011).

Ribeiro *et al.* (2007) ilustraram, com dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD, 1998) o potencial apresentado pelas consultas com profissionais de saúde como oportunidade para a realização do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. Os dados mostraram que no Brasil 54,7% dos indivíduos entrevistados pela PNAD, particularmente

mulheres e idosos, relataram ter visitado o médico nos últimos 12 meses. Adicionalmente, 71,2% da população utilizou regularmente os serviços de saúde, sendo que indivíduos com baixa renda procuraram prioritariamente as UBS (41,8%) ou ambulatórios (21,5%).

Estudos realizados com médicos de família e enfermeiros de serviços Atenção Primária à Saúde em outros países mostraram que esses profissionais se sentem responsáveis por aconselhar e promover a educação em saúde de seus pacientes, encorajando-os a modificar seu comportamento, visando reduzir os riscos à saúde. Entretanto, mesmo assumindo tal responsabilidade e reconhecendo a importância do aconselhamento sobre alimentação saudável e prática de atividade física para a promoção da saúde e o controle das DANT, isso tem sido insuficientemente realizado pelos profissionais, devido às dificuldades para tal (WINN *et al.*, 2010; AMPT *et al.*, 2009).

Em estudo realizado no Missouri, Estados Unidos, Kreuter *et al.* (1997) verificaram que a realização de aconselhamento sobre alimentação e atividade física por médicos da família de uma clínica comunitária foi referida por apenas 33% e 31% dos pacientes, respectivamente.

Também nos Estados Unidos, um estudo envolvendo médicos da Atenção Primária revelou que menos de 50% dos profissionais relataram fornecimento de orientações específicas sobre dieta, atividade física ou controle de peso, independentemente da presença de DANT entre os usuários. Ademais, os médicos foram mais propensos a aconselhar sobre a atividade física do que sobre dieta ou controle de peso, de forma geral (SMITH *et al.*, 2011).

No Brasil, estudo que objetivou identificar a prevalência de aconselhamento relacionado à atividade física entre 4.232 moradores da região Sul que haviam utilizado os serviços das Unidades Básicas de Saúde alguma vez na vida mostrou que foram aconselhados apenas 28,9% entre os adultos e de 38,9% entre os idosos (SIQUEIRA *et al.*, 2009a).

Com relação aos critérios utilizados por médicos e enfermeiros para a realização de aconselhamentos sobre modos saudáveis de vida, estudo realizado em Sidney, Austrália, verificou que a maior parte dos profissionais aconselhou sobre alimentação e atividade física somente àqueles indivíduos

que já apresentavam excesso de peso no momento da consulta (AMPT *et al.*, 2009).

Sobre o encaminhamento para aconselhamento em serviços especializados, como atendimento nutricional, estudo desenvolvido em Vancouver, Canadá, mostrou baixa frequência de encaminhamento por médicos de família, sendo que os médicos da zona rural encaminharam mais seus pacientes do que aqueles da zona urbana, provavelmente devido à maior proximidade entre os profissionais (41,7% vs. 21,7% fizeram mais de 20 referências para nutricionistas por ano;  $p < 0,0005$ ) (WYNN *et al.*, 2010).

Na tentativa de esclarecer os motivos que levam à realização insuficiente de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, alguns estudos têm sido realizados. As principais barreiras relatadas pelos profissionais foram: falta de tempo, de compensação financeira, de colaboração dos pacientes e de conhecimentos teóricos e práticos sobre assuntos relacionados à nutrição, bem como a insuficiência de intervenções nutricionais baseadas em evidência (WYNN *et al.*, 2010; AMPT *et al.*, 2009; SCHMID *et al.*, 2009).

Wynn *et al.* (2010) verificaram que médicos que se sentiam mais confortáveis em aconselhar seus pacientes sobre alimentação saudável, devido ao maior conhecimento sobre o tema, apresentaram maior probabilidade em realizar o aconselhamento nutricional ( $p < 0,0005$ ). Ademais, esses profissionais foram mais propensos a gastar mais tempo discutindo nutrição durante as consultas do que os médicos que consideraram insuficiente seu conhecimento sobre alimentação e nutrição ( $p < 0,0005$ ). No entanto, ao serem questionados sobre a adequação do conhecimento em nutrição adquirido nas escolas médicas, 82,3% dos profissionais o consideraram inadequado.

Além destes aspectos, outros autores sugerem que as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para implementar mudanças no próprio comportamento refletem barreiras à realização de aconselhamento na prática profissional (BOOG, 1999; AMPT *et al.*, 2009).

Desse modo, a criação de iniciativas para minimizar as barreiras ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida de acordo com a especificidade de cada serviço de saúde configura-se como uma contribuição

importante para reduzir a carga crescente de DANT (AMPT et al, 2009; WYNN et al., 2010).

### **2.3 Adesão ao aconselhamento voltado para as doenças e agravos não transmissíveis**

Tão importante quanto a prática do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida pelos profissionais de saúde é a adesão a tais modos pelos indivíduos. Assim, somados ao desafio da realização de aconselhamento, têm-se os fatores que dificultam a adesão dos usuários de serviços de saúde a ele. A não adesão dos usuários aos cuidados recomendados pelos profissionais de saúde tem sido relatada como um dos principais entraves para a efetividade das ações (DIAS-DA-COSTA et al, 2008).

Ressalta-se que, sendo as DANT caracterizadas pela multicausalidade e pelo curso prolongado, a abordagem da adesão aos seus cuidados deve ser multidimensional, e não unitária. Os indivíduos podem aderir a um aspecto do cuidado, mas não a outros (DELAMATER, 2006), sendo reconhecido que a adesão a qualquer aconselhamento em saúde requer mudança de algum tipo de comportamento (WHO, 2003c).

De acordo com a OMS, a adesão à terapia de longa duração das DANT pode ser definida como a medida em que o comportamento de um indivíduo – tomar a medicação, seguir uma dieta ou implementar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde (WHO, 2003c). De outro lado, Meichenbaum e Turk (1987) utilizam a definição na qual a adesão pode ser entendida como o envolvimento ativo, voluntário e cooperativo do paciente em um curso mutuamente aceitável de comportamento para a produção de resultado terapêutico.

A adesão ao aconselhamento realizado pelos profissionais de saúde requer a participação ativa dos pacientes em seu próprio cuidado, sendo a boa comunicação entre estes e os profissionais um imperativo para uma prática clínica eficaz (WHO, 2003c).

Para verificar a eficácia e eficiência de uma intervenção em saúde e para garantir que as mudanças de comportamentos ou os resultados

esperados possam ser atribuídos ao aconselhamento em saúde, torna-se necessário avaliar a adesão ao aconselhamento. Entretanto, não existe um “padrão-ouro” para medir o comportamento de adesão, havendo distintas estratégias relatadas na literatura (WHO, 2003c).

Para estimar os padrões de adesão em estudos observacionais, o autorrelato de pacientes, com base em entrevistas estruturadas, é a opção mais utilizada, devido à facilidade de aplicação e ao baixo custo (NEMES, 2009). Questionários que avaliam comportamentos a partir de recomendações específicas de saúde, como o Questionário de Frequência Alimentar – para medir o comportamento alimentar e melhorar o autocuidado relacionado à obesidade, por exemplo – podem ser bons preditores do comportamento de adesão (WHO, 2003c).

Apesar de a adesão aos cuidados de saúde ser extremamente importante para a prevenção e o controle das DANT, a situação individual e o estilo de vida do paciente podem contribuir, por vezes, para que não seja possível (PASCUCCI *et al.*, 2010). A adesão média à terapia de longo prazo para DANT em países desenvolvidos chega a 50% entre os pacientes, o que é considerado baixo, segundo a OMS. Nos países em desenvolvimento, as taxas são ainda inferiores (WHO, 2003c).

É inegável que muitos pacientes apresentam dificuldades para seguir as orientações propostas pelos profissionais de saúde para a prevenção e o controle das DANT, principalmente por demandarem mudanças no comportamento (WHO, 2003c). Os fatores relacionados à adesão podem ser: demográficos (escolaridade e nível socioeconômico), psicológicos (crenças, percepção de saúde e estresse), sociais (relações familiares) e decorrentes da relação entre o paciente e o profissional de saúde, e de fatores relacionados ao tratamento ou ao sistema de saúde. Dessa forma, identificar as barreiras referidas pelos pacientes para aderirem aos modos saudáveis de vida pode ser útil para subsidiar as ações para melhorar sua adesão e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos indivíduos (DELAMATER, 2006).

Estudo sobre a adesão de pacientes aos modos saudáveis de vida e os processos sociais e psicológicos que permeiam a relação médico-paciente mostrou que 75% dos pacientes atendidos não seguiam as condutas médicas

relacionadas à mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares e o abandono do fumo (DIMATTEO, 1994).

Aljoharah *et al.* (2009) realizaram estudo em uma clínica de Atenção Primária em Riyadh, Arábia Saudita, para compreender as barreiras enfrentadas por pacientes para mudar seu estilo de vida. O estudo revelou que em relação à prática de atividade física, as principais dificuldades para a adesão foram: falta de recursos logísticos (80,5%), falta de vontade (76,8%) e falta de suporte social (76,8%). Em relação à alimentação saudável, os pacientes citaram como barreiras mais importantes para a adesão: falta de vontade (80,3%), falta de suporte social (72,4%) e falta de tempo (67,6%).

O conhecimento acerca das barreiras enfrentadas pelos indivíduos para aderir aos modos saudáveis de vida permite verificar que algumas delas poderiam ser minimizadas mediante a implantação efetiva de ações educativas de promoção da saúde. Nota-se, assim, a necessidade de dedicar mais esforços e recursos à formação profissional em saúde, visando melhor capacitá-los para realizarem atividades que promovam mudanças de comportamentos na população, bem como de reestruturação de ambientes, repercutindo, assim, em melhorias para a saúde das populações (STEIN; COLDITZ, 2004).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar a adesão de usuários ao aconselhamento sobre alimentação saudável e prática regular de atividade física promovido por profissionais de Serviço de Atenção Primária à Saúde.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, nutricional e de saúde dos usuários;
- Verificar se o aconselhamento sobre a prática de atividade física regular e os hábitos alimentares saudáveis está sendo realizado pelos profissionais de saúde;
- Verificar se a adesão ao aconselhamento realizado pelos profissionais de saúde contribui para a melhoria da saúde dos usuários;
- Identificar barreiras enfrentadas pelos usuários para aderir às orientações fornecidas sobre a prática de atividade física e alimentação saudável;
- Identificar fatores associados ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida recebido, bem como à sua adesão.

## 4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

### 4.1 Local de estudo

Este trabalho foi desenvolvido em uma UBS do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte-MG. A unidade conta com cinco Equipes de Saúde da Família e duas Equipes de Saúde Bucal, além de atendimento pediátrico, ginecológico e nutricional. Sua capacidade instalada é para atender cerca de 20.000 indivíduos.

A unidade conta também com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo que atuam em conjunto com as Equipes de Saúde da Família na área de abrangência da UBS.

Nesta área, está localizada a Academia da Cidade, Serviço de Promoção da Saúde do SUS. Na Academia, são desenvolvidas, desde 2006, intervenções em saúde com vistas à promoção da saúde, prevenção e controle das DANT, por meio de orientações nutricionais individuais e coletivas, e prática regular de exercícios físicos para indivíduos com 18 anos ou mais, residentes na área. Estas atividades são desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) em parceria com as Secretaria Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional, Secretaria de Esportes e o Curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Destaca-se que a UBS em estudo está localizada em uma região de elevada vulnerabilidade social da cidade (IVS = 0,77)<sup>1</sup> e apresenta elevadas prevalências de DANT, como HAS (49,5%), diabetes *mellitus* (36,0%) e dislipidemias (15,7%) (LIMA, 2009). A forte associação destas morbidades com modos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo e alimentação inadequada, somado ao padrão de vulnerabilidade e à presença de Serviço de Promoção da Saúde na área de abrangência, incluiu a UBS na linha de

---

<sup>1</sup>O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é estabelecido para cada Unidade de Planejamento da cidade, de acordo com variáveis ambientais, culturais, econômicas e jurídicas, relacionadas à segurança de sobrevivência, incluindo a segurança alimentar e nutricional. Os valores de IVS variam de zero a um, sendo que quanto maior seu valor pior a situação da população, ou seja, mais vulnerável socialmente (NAHAS, 2001).

pesquisa “Promoção de Modos Saudáveis de Vida”, do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), gerido pela UFMG em parceria com a SMSA-BH.

### **PET-Saúde UFMG-SMSA/BH**

O PET-Saúde constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais de saúde, bem como a iniciação de trabalhos, estágios e vivências dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS. O Programa tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Pró-Saúde, que considera o envolvimento de cursos da área da saúde fundamental para o alcance da integralidade (BRASIL, 2008b).

Dentre os objetivos do PET-Saúde, destacam-se: estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a orientação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior; contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; sensibilizar e preparar os profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e saúde da população brasileira; e contribuir para a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2008b).

Neste contexto, os profissionais de saúde participantes do programa que exercem suas atividades regulares nas ESF e no NASF atuam como preceptores dos estudantes dos cursos de graduação. Os professores universitários desempenham a função de tutoria dos projetos. Os acadêmicos de graduação dos cursos da área da saúde desenvolvem atividades de ensino, pesquisa e extensão, sob orientação do preceptor e do tutor, visando à produção e a disseminação do conhecimento relevante na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2008b).

O PET-Saúde UFMG-SMSA/BH, iniciado em 2009, envolve especificamente, discentes, docentes e profissionais de saúde atuantes na ESF e NASF das UBS de Belo Horizonte com formação em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional (UFMG; SMSA/BH, 2008).

O Projeto trabalhou com três grandes linhas de pesquisa: Avaliação das Linhas de Cuidado por Ciclos de Vida, subdividida em Saúde da Criança, da Mulher e do Idoso; Interface Saúde e Ambiente; e Promoção de Modos de Vida Saudáveis (UFMG; SMSA/BH, 2008).

Destaca-se aqui a linha de cuidado “Promoção de Modos Saudáveis de Vida”, cujo objetivo geral foi analisar como a atividade física e a orientação de hábitos alimentares saudáveis, enquanto estratégias de promoção de saúde, estão sendo indicadas pelos profissionais da ESF e adotadas pelos usuários SUS. Esta linha surge por sua priorização pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Ministério da Saúde e OMS como estratégia viável para prevenção e controle das DANT (UFMG; SMSA/BH, 2008).

#### **4.2 Delineamento e amostra de estudo**

Trata-se de estudo epidemiológico seccional desenvolvido com usuários adultos (idade igual ou superior a 20 anos) de ambos os sexos, que aguardavam por acolhimento ou atendimento eletivo, e que aceitaram participar da pesquisa no período de outubro de 2009 a janeiro de 2010.

A amostra foi dimensionada em 206 participantes com base nos seguintes parâmetros: (1) nível de confiança de 95,0%; (2) poder estatístico de 80,0%; (3) frequência esperada de adesão de 9,4% no grupo não exposto ao aconselhamento [Essa proporção foi baseada em dados do VIGITEL (BRASIL, 2011a) e no estudo realizado por Duran *et al.* (2004)]. Utilizando-se dados do VIGITEL (BRASIL, 2011a), considerou-se que 20,6% da população de Belo Horizonte apresenta uma alimentação saudável, mensurada pelo consumo recomendado de frutas e hortaliças (5 ou mais porções ao dia), e que 15,6% dos indivíduos praticam atividade física no tempo livre. Para se estimar a

prevalência da adoção de ambos os modos saudáveis de vida (alimentação saudável e prática de atividade física) foi utilizado o estudo de Duran *et al.* (2004), que revelou adequação da ingestão de macronutrientes por cerca de 60,0% dos indivíduos praticantes de exercícios físicos; (4) frequência de 25,0% de adesão no grupo exposto ao aconselhamento (DIMATTEO, 1994; WHO, 2003C); (5) relação de 1 exposto para 1 não exposto.

Excluía-se do estudo indivíduos menores de 20 anos, gestantes e pacientes agudos graves.

### **4.3 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada por bolsistas e voluntários do PET-Saúde, alunos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional.

Realizou-se treinamento sobre a aplicação do questionário e a aferição das medidas antropométricas nas dependências da UFMG. A seguir, houve treinamento em campo durante duas semanas consecutivas com profissional capacitado. Toda a etapa de coleta de dados foi supervisionada por profissionais de saúde também capacitados para tal.

A coleta foi realizada em tempo integral (turnos da manhã e tarde) durante os dias úteis dos quatro meses de duração dessa etapa da pesquisa. O número de recusas à entrevista foi inexpressivo, sendo excluídos entrevistados usuários que aguardavam atendimento de urgência.

Foram coletados, por meio de questionário semiestruturado e pré-testado (Apêndice 1), dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, ocupação e renda), história de saúde (morbidade referida, prática de atividade física, acesso aos serviços de saúde no último ano e uso de medicamentos, dentre outros), consumo e hábitos alimentares (número de refeições ao dia, hábito de “beliscar” alimentos entre as refeições principais, consumo mensal de óleo, açúcar e sal, dentre outros). Adicionalmente, foram realizadas medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência da cintura e do quadril) (LOPES *et al.*, 2010).

O questionário utilizado para a coleta de dados incluiu, também, questões relacionadas à realização do aconselhamento sobre alimentação

saudável e prática de atividade física, realizado pelos profissionais de saúde da UBS, contemplando também a sua adesão pelos usuários.

O consumo alimentar foi obtido por Questionário de Frequência Alimentar (QFA) qualitativo, referente aos últimos seis meses, previamente testado, compreendendo 28 alimentos dos diferentes grupos alimentares (LOPES *et al.*, 2010). O QFA consiste em uma lista de alimentos, que pode variar de acordo com os objetivos do estudo (COSTA *et al.*, 2006). Tem sido citado como um dos principais instrumentos para estudos epidemiológicos que relacionam a dieta à ocorrência de doença, por avaliar a ingestão alimentar de populações, por ter boa reprodutibilidade e validade aceitável e por ser mais prático, informativo, de fácil aplicação e de baixo custo (SALVO; GIMENO, 2002).

O QFA utilizado foi construído a partir dos alimentos mais consumidos pelos usuários da UBS onde se desenvolveu o estudo, obtidos pela aplicação de Recordatórios Alimentares de 24 horas em estudos anteriores. Adicionalmente, QFA semelhante vem sendo aplicado em pesquisas com usuários de Serviços de Atenção à Saúde em Belo Horizonte, desde 2006 (LOPES *et al.*, 2010).

Por meio do QFA, os usuários foram questionados sobre a frequência de consumo dos alimentos nos últimos seis meses (consumo diário, semanal, mensal, raro ou nunca). Quando o consumo era “raro” ou “nunca”, considerou-se o número de vezes consumidas igual a zero. As frequências de consumo foram comparadas ao preconizado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006).

Quanto à atividade física, não existem evidências conclusivas quanto à forma de mensurá-la em serviços de Atenção Primária à Saúde como ocorre com outras situações, como alcoolismo e tabagismo (LITTLE; MARGETTS, 1996). Porém, há instrumentos que podem ser utilizados para investigar sua frequência e intensidade, com destaque para o Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*) (CRAIG *et al.*, 2003).

Foram propostas duas versões para o IPAQ, uma reduzida, com nove questões, e outra longa, com 31. Ambas apresentaram resultados semelhantes em algumas avaliações (CRAIG *et al.*, 2003) e distintos em outras (HALLAL *et*

al., 2004). O IPAQ foi validado para diferentes línguas, inclusive para o Português, sendo utilizado como instrumento de avaliação da atividade em vários estudos epidemiológicos (HALLAL *et al.*, 2005).

Neste estudo, foi utilizado o IPAQ versão curta para mensurar o nível de atividade física entre os usuários. Tanto a versão curta, quanto a versão longa do instrumento tiveram sua validade testada no Brasil, sendo sua reprodutibilidade comparada com outros instrumentos já aceitos e utilizados internacionalmente para mensurar o nível de atividade física (MATSUDO *et al.*, 2001).

Com base na autorrecordação dos usuários nos últimos sete dias, este instrumento permite estimar o tempo gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa em diferentes situações (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer). O escore de atividade física foi calculado pela soma do número de minutos gastos em atividades de intensidade moderada mais duas vezes o número de minutos de atividades de intensidade vigorosa (HALLAL *et al.*, 2005).

Os indivíduos foram categorizados em quatro grupos, de acordo com o escore de atividade física (Quadro 1).

**Quadro 1** - Categorização do nível de atividade física, segundo *International Physical Activity Questionnaire* reduzido

<b>Escore</b>	<b>Categoria</b>
Zero minuto por semana	Sedentário
1 a 149 minutos por semana	Irregularmente ativo
150 a 999 minutos por semana	Regularmente ativo
≥ 1000 minutos por semana	Muito ativo

Fonte: Hallal *et al.*, 2005.

A avaliação antropométrica foi realizada a partir da aferição das medidas de peso e estatura, das circunferências da cintura (CC) e do quadril (CQ), seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000).

A medida de peso foi obtida por tomada única em balança digital com capacidade para 180 quilogramas e precisão de 100 gramas. A estatura foi verificada por tomada única com estadiômetro portátil, com fita métrica

milimetrada de 220cm de extensão. A leitura foi realizada com aproximação de 0,5cm. Essas medidas foram usadas para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), definido como peso (kg) dividido pela estatura (metros) ao quadrado.

O IMC foi classificado de modo diferenciado para adultos e idosos ( $\geq 60$  anos). Para adultos, foi adotado o critério preconizado pela OMS (WHO, 2000) (Quadro 2); para idosos, aqueles propostos pela NSI - *Nutrition Screening Initiative* (NSI, 1994) (Quadro 3).

**Quadro 2** - Classificação do estado nutricional, segundo o IMC para adultos

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
<16	Magreza grau III
16 a 16,9	Magreza grau II
17 a 18,4	Magreza grau I
18,5 a 24,9	Eutrofia
25 a 29,9	Pré-obeso
30 a 34,9	Obesidade grau I
35 a 39,9	Obesidade grau II
$\geq 40$	Obesidade grau III

Fonte: OMS, 2000.

**Quadro 3** - Classificação do estado nutricional, segundo o IMC para idosos

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
< 22	Magreza
22 a 27	Eutrofia
> 27	Excesso de peso

Fonte: NSI, 1994.

Para a mensuração de CC, uma fita métrica inelástica e inextensível foi posicionada no ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela, sem comprimir tecidos. Para a CQ, a fita métrica foi colocada na parte de maior protuberância dos glúteos (WHO, 2000). O índice razão cintura/quadril (RCQ) foi obtido pela divisão da circunferência da cintura pelo quadril. Para a adequação das medidas de CC e RCQ, foram utilizadas as referências

propostas pela OMS (WHO, 2000), apresentados nos quadros 4 e 5, respectivamente.

**Quadro 4 - Classificação da circunferência da cintura de acordo com o sexo em caucasianos**

Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade		
	Elevado	Muito elevado
Homem	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulher	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fonte: WHO, 2000.

**Quadro 5 - Classificação da razão cintura/quadril para adultos e idosos**

Risco para o desenvolvimento de doenças
Homens: Razão cintura/quadril > 1
Mulheres: Razão cintura/quadril > 0,85

Fonte: WHO, 2000.

#### 4.4 Análise

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio dos programas *Package for the Social Sciences*, versão 17.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, 2003), e *Statistical Software for Professionals* (Stata), versão 9.2. As variáveis categóricas e numéricas analisadas encontram-se descritas no Quadro 6.

**Quadro 6 - Variáveis analisadas**

<b>Tipos de variáveis</b>	<b>Nomes das variáveis</b>
<b>Qualitativas</b>	<p>Ocupação profissional; sexo; diagnóstico de doenças e agravos (diabetes <i>mellitus</i>, hipertensão arterial sistêmica, doenças do coração, insuficiência renal crônica, colesterol alto, triglicérides alto); uso de medicamento ou suplemento; hábito de fumar; conhecimento sobre Academia da Cidade; principal motivo de procura ao centro de saúde; realização de refeições (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia); hábito de “beliscar” alimentos entre as refeições; mastigação; hábito de ingerir líquidos durante as refeições principais; consumo de pele do frango e gordura da carne; frequência de consumo dos alimentos; presença de obesidade; percepção de alimentação saudável; responsável pela saúde; responsabilidade por problemas de saúde; importância da alimentação para a saúde; autorreferida; tentativa de emagrecer; recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida; profissional(is) responsável(is) pelo aconselhamento; nível de adesão às orientações; orientações colocadas em prática; Percepção de benefício após aderir ao aconselhamento; barreiras para adesão ao aconselhamento; participação em atividades de nutrição na comunidade; nível de atividade física referido; classificação pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ); classificação de índice de massa corporal; classificação da circunferência da cintura; classificação da razão cintura/quadril.</p>
<b>Quantitativas</b>	<p>Idade; renda familiar; renda <i>per capita</i>; anos de estudos; número de refeições ao dia; quantidade de água ingerida ao dia; <i>per capita</i> diário de sal, açúcar e óleo; número de vezes em que consumiu os alimentos nos últimos seis meses (por dia, semana ou mês); número de dias em que teve frutas, verduras e legumes em casa no último mês; porções de frutas, verduras e legumes ingeridas; dias sem boa saúde no mês; tempo gasto com atividades moderadas por semana; tempo gasto com atividades vigorosas por semana; peso; altura; circunferências da cintura e do quadril.</p>

Para a análise da adequação do consumo alimentar, devido à subjetividade de algumas recomendações contidas no Guia Alimentar, foram

propostos critérios a serem utilizados para determinar a adequação do consumo de alguns alimentos (Quadro 7).

**Quadro 7** - Critérios de adequação para a frequência do consumo de alguns alimentos, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira

<b>Alimentos</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Critério adotado</b>
Doces, bala, goma de mascar e sorvete	Utilizou referência de consumo de doces	2x/semana ou menos
Biscoito recheado	Utilizou referência de consumo de doces	2x/semana ou menos
Refrigerantes comuns	Ocasões especiais ou diminua – Utilizou referência de consumo de doces	2x/semana ou menos
Suco artificial	Consumir moderadamente – Utilizou referência de consumo de doces	2x/semana ou menos
Frituras	Evitar ou diminua	2x/semana ou menos
Temperos industrializados	Reduzir ou evitar	Raro/ nunca
Gordura da carne e pele de frango	Retirar toda gordura aparente antes da preparação	Já vem preparado sem gordura

Fonte: Elaboração da autora, com base no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006)

Para frutas, legumes e verduras, as quantidades de consumo relatadas foram transformadas em porções, de acordo com o Guia Alimentar (BRASIL, 2006). A partir daí, realizou-se o cálculo para verificar a adequação quantitativa do consumo das porções desses alimentos. Quando o relato de consumo foi semanal ou mensal, as porções foram transformadas em ingestão diária, por meio da divisão do número de porções consumidas por semana ou mês pelo número de dias correspondentes. Dessa forma, pôde-se comparar o consumo dos indivíduos com o proposto pelo Guia.

A partir dos dados obtidos, foi realizada análise descritiva, constando de cálculo das distribuições de frequências, medidas de tendência central e de

dispersão. Para avaliar a distribuição das variáveis, foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis com distribuição normal, os resultados foram apresentados sob a forma de média e de desvio padrão (DP). Para aquelas que não atenderam às características de normalidade, utilizaram-se mediana e valores mínimo e máximo.

Para as análises, foram definidas como variáveis dependentes o recebimento ou não de aconselhamento de profissionais de saúde pelos usuários e a adesão a tal aconselhamento.

A adesão dos usuários aos modos saudáveis de vida foi definida como seguir o aconselhamento realizado verbalmente pelo profissional de saúde, mensurado pelo autorrelato (NEMES *et al.*, 2009; ZOLNIERREK; DIMATTEO, 2009). A partir das respostas obtidas, foram criadas duas categorias: Indivíduos que aderiram; e indivíduos que não aderiram ao aconselhamento. Os usuários que referiram realizar todas as orientações recebidas, realizar as orientações por algum tempo ou que seguiram apenas a algumas orientações propostas foram incluídos no grupo que aderiu ao aconselhamento recebido. Aqueles que referiram tentar seguir as orientações, mas não conseguiram e os que não tentaram seguir nenhuma orientação foram incluídos no grupo que não aderiu ao aconselhamento recebido.

As possíveis relações entre as variáveis dependentes e independentes foram examinadas mediante análises bivariadas dos Testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher, sendo os resultados apresentados com seus respectivos valores de Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). As variáveis que apresentaram associações com significância inferior a 20%, excluindo-se aquelas que apresentaram relação de multicolinearidade, verificada por blocos segundo as características das variáveis (teste de Qui-quadrado de Pearson), foram incluídas no modelo final multivariado de Regressão de Poisson com variância robusta. Ao final foram mantidas aquelas variáveis que apresentaram 5% de significância. Este procedimento foi escolhido pelo fato de as duas variáveis dependentes apresentarem elevada prevalência, distribuição binária e por se tratar de estudo com desenho transversal.

As variáveis foram ajustadas ao modelo por meio do método *stepwise backward*, sendo a qualidade do ajuste verificada pelo teste de *Deviance*.

Assim como na análise bivariada, utilizou-se como medida de efeito a RP com IC95%. Para todos os testes, foi considerado nível de significância de 5%.

#### **4.5 Questões éticas**

Todos os indivíduos entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa, as medidas coletadas, os benefícios obtidos e a confidencialidade dos dados por meio da carta de informação (Apêndice 2). Aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Ministérios da Saúde, pelo Ministério da Educação, pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 037.0.410.203-09) (Anexo 1) e pelo Comitê de Ética Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (CAAE 0037.0.410.000-09) (Anexo 2).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Análise descritiva

Foram entrevistados 432 usuários, número superior ao estimado pelo cálculo amostral ( $n = 137$ ), havendo perda de 3,5% ( $n = 15$ ), devido ao preenchimento incompleto do questionário ( $n = 11$ ), entrevistas com gestantes ( $n=2$ ) e com menores de 20 anos ( $n = 2$ ). Dessa forma, analisaram-se 417 questionários, dos quais 78,9% dos usuários eram do sexo feminino, com mediana de idade de 39 anos (mínimo: 20; máximo: 85) e renda *per capita* de R\$250,00 (mínimo: R\$7,00; máximo: R\$1.265,00) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variável	n	Valores
Idade (mediana, mínimo; máximo)	417	39 anos (20; 85)
Faixa etária (%)		
Adulto	366	87,8
Idoso	51	12,2
Sexo (%)		
Feminino	329	78,9
Masculino	88	21,1
Renda <i>Per Capita</i> mensal (mediana, mínimo; máximo)	387	R\$250,00 (R\$7,00; R\$1.265,00)
Anos de estudo (mediana, mínimo; máximo)	417	8 anos (0; 18)

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao relato de doenças e agravos entre os usuários, verificou-se que 33,3% apresentavam HAS, 17,3% hipercolesterolemia e 10,1% diabetes *mellitus*.

Dos entrevistados, 54,7% relataram fazer uso de algum medicamento. Entre os medicamentos, os mais utilizados foram os anti-hipertensivos (27,6%) os antidepressivos (12,0%) (Tabela 2). Outros medicamentos consumidos foram os anticoncepcionais ( $n = 34$ ), hormônios tireoidianos ( $n = 13$ ),

hipolipidêmicos (n = 13), anticonvulsivantes (n = 5) e antiulcerosos (n = 5), dentre outros.

**Tabela 2** - Perfil de saúde e uso de medicamentos de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	n	%
<b>Doenças e agravos referidos</b>		
Hipertensão arterial	139	33,3
Hipercolesterolemia	72	17,3
Diabetes mellitus	42	10,1
Doenças coronarianas	35	8,4
Hipertrigliceridemia	28	6,7
Insuficiência renal	16	3,8
<b>Uso de Medicamentos</b>		
Sim	228	54,7
Não	189	45,3
<b>Tipos de medicamentos</b>		
Anti-hipertensivo	115	50,4
Antidepressivo	50	21,9
Hipoglicemiante oral	21	9,2
Insulina	13	5,7
Outros*	76	33,3

Nota: \*Houve relato de consumo de mais de um tipo de medicamento por alguns usuários.

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos entrevistados (78,2%) se declarou não fumante.

Quanto à responsabilização pela saúde, a maior parte dos usuários assumiu a responsabilidade por sua saúde (71,9%) e por seus problemas de saúde (59,5%). Os demais responsáveis pela saúde citados foram: coração, trabalho, genética e hábitos de vida. Com relação a outros responsáveis pelos problemas de saúde, foram citados: cigarro, falta de tempo, idade e meio ambiente, dentre outros (Tabela 3).

**Tabela 3** - Responsáveis pela saúde e pelos problemas de saúde, segundo relato dos usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste pelos usuários. Belo Horizonte-MG, 2009/2010

<b>Responsável pela saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eu mesmo	300	71,9
Médico	39	9,3
Família	32	7,7
Deus/Jesus	16	3,8
Governo/Centro de Saúde	7	1,7
Alimentação	5	1,2
Outros	7	1,7
Não sabe	11	2,6
Total	417	100,0

<b>Responsável pelos problemas de saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eu mesmo	248	59,5
Família	49	11,8
Situação econômica	13	3,1
Qualidade do acesso ao serviço de saúde	13	3,1
Médico	12	2,9
Estresse/preocupações	10	2,4
Alimentação	7	1,7
Emprego/desemprego	6	1,4
Deus/Jesus	5	1,2
Ninguém	5	1,2
Condição de moradia	1	0,2
Violência	1	0,2
Outros	25	6,0
Não sabe	19	4,6
Não respondeu	3	0,7
Total	417	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, os entrevistados realizaram de três consultas médicas no ano (mínimo: 0; máximo: 60), sendo o principal motivo de procura à UBS algum sintoma de doença (43,9%). Como

outros motivos para se procurar a UBS, acompanhamento a consultas de parentes foi o mais citado (n=15) (Tabela 4).

**Tabela 4** - Motivos de procura por atendimento na Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste pelos usuários. Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Motivo	n	%
Algum sintoma de doença	183	43,9
Exames de rotina	67	16,1
Consulta com profissional de saúde	47	11,3
Renovação de receita	35	8,4
Tratamento/reabilitação	19	4,6
Recebimento de medicamentos	11	2,6
Prevenção de doenças	11	2,6
Acompanhamento pré-natal	10	2,4
Atendimento Nutricional	2	0,5
Vacinação	2	0,5
Atendimento odontológico	1	0,2
Outros	18	4,3
Não sabe	1	0,2
Não respondeu	10	2,4
Total	417	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando questionados sobre a existência do serviço de promoção da saúde do SUS, denominado “Academia da Cidade”, na área de abrangência da UBS, a maioria dos indivíduos (53,5%) relatou não conhecer. Entre aqueles que conheciam, os principais informantes foram amigos, vizinhos ou parentes (76,5%). Os profissionais de saúde da UBS foram pouco citados como divulgadores do serviço, sendo que apenas 18 usuários (4,3%) relataram conhecer a Academia da Cidade por informação fornecida por médico, enfermeiro ou ACS; 3 (0,7%) por nutricionista ou estagiário de nutrição; 2 (0,5%), por psicólogo; e 1 (0,2%), por dentista. Com relação à participação em atividades na Academia da Cidade, apenas 8,6% (n = 36) dos entrevistados referiram praticar ou ter praticado atividades físicas no local.

Quanto à participação no atendimento nutricional individual da UBS, a frequência foi ainda inferior, com apenas 2,9% (n = 12) relatando participação no serviço alguma vez na vida.

Em relação ao perfil alimentar dos participantes, a mediana de número de refeições foi de 4 ao dia (mínimo: 1; máximo: 6), sendo que 10,3% dos indivíduos realizavam apenas de 1 a 2 refeições diárias. A maioria dos entrevistados omitiu a colazione (59,2%), o lanche no período da tarde (66,2%) e a ceia (74,1%). Adicionalmente, 46,6% dos usuários possuíam o hábito de “beliscar” alimentos entre as refeições; 64,3% de ingerir líquidos durante as refeições principais (almoço e jantar); 50,2% não retiravam a gordura aparente da carne antes de comer (Tabela 5).

**Tabela 5** - Hábitos alimentares dos usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

<b>Hábitos Alimentares</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Número de refeições diárias (n=417)</i>		
1 a 2	43	10,3
3 a 4	258	61,9
5 a 6	116	27,8
<i>Refeições realizadas (n=417)</i>		
Desejum	337	80,8
Colação	170	40,8
Almoço	396	95,0
<i>Lanche da tarde</i>	141	33,8
Jantar	328	78,7
Ceia	108	25,9
<i>“Beliscar” alimentos entre as (n=416)</i>		
Sim	194	46,6
Não	222	53,4
<i>Mastigar bem os alimentos (n=417)</i>		
Sim	273	65,5
Não	144	34,5
<i>Ingerir líquidos durante as refeições (n=415)</i>		
Sim	267	64,3
Não	148	35,7
<i>Retirar pele do frango<sup>+</sup> (n=411)</i>		
Sim	260	63,3
Não	151	36,7
<i>Retirar gordura aparente da carne<sup>++</sup> (n=405)</i>		
Sim	196	48,4
Não	209	51,6

Nota: <sup>+</sup>Indivíduos que não comem frango = 6; <sup>++</sup>Indivíduos que não comem carne = 12  
 Fonte: Dados da pesquisa.

Uma parcela considerável dos entrevistados relatou não comer frutas (59,5%), verduras (47,2%) e legumes (38,2%) diariamente. Adicionalmente, foram elevadas as prevalências de consumo diário de temperos

industrializados (52,8%), suco em pó (33,8%) e refrigerante comum (22,3%) (Tabela 6).

**Tabela 6** - Frequência de consumo alimentar dos usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Alimentos	Frequência de consumo			
	Diário		Não diário	
	n	%	n	%
Frutas	169	40,5	248	59,5
Verduras*	220	52,9	196	47,2
Legumes	257	61,6	160	38,2
Leite	176	42,2	241	57,7
Derivados do leite	98	23,5	319	76,5
Feijão	355	85,1	62	14,9
Carnes*	312	75,0	104	25,0
Peixes*	4	1,0	412	99,0
Embutidos	26	6,2	391	93,8
Frituras*	54	13,0	362	87,0
Macarrão instantâneo	10	2,4	407	97,6
Suco em pó	141	33,8	276	66,2
Refrigerante comum	93	22,3	324	77,7
Biscoito recheado	22	5,3	94,7	94,7
Doces	56	13,4	361	86,6
Adoçante*	59	14,1	357	85,9
Temperos industrializados	220	52,8	197	76,6

Nota: \*Indivíduo sem informação = 1.

Fonte: Dados da pesquisa.

As medianas de consumo *per capita* diário de sal, açúcar e óleo vegetal foram de 5,5g (mínimo: 0,52g; máximo: 111,1g), 55,5g (mínimo; 0,0g; máximo: 333,3g) e 24,0ml (mínimo: 0,0g; máximo: 133,3ml), respectivamente.

A Tabela 7 apresenta a adequação do relato de consumo de alguns alimentos. A análise da adequação do consumo diário de frutas, verduras e legumes em conjunto revelou que a inadequação foi de 94,5%. Adicionalmente, foram elevadas as inadequações dos consumos de açúcar, óleo vegetal, sal e

temperos industrializados, com 80,3%, 62,5%, 94,5% e 76,5%, de inadequação, respectivamente.

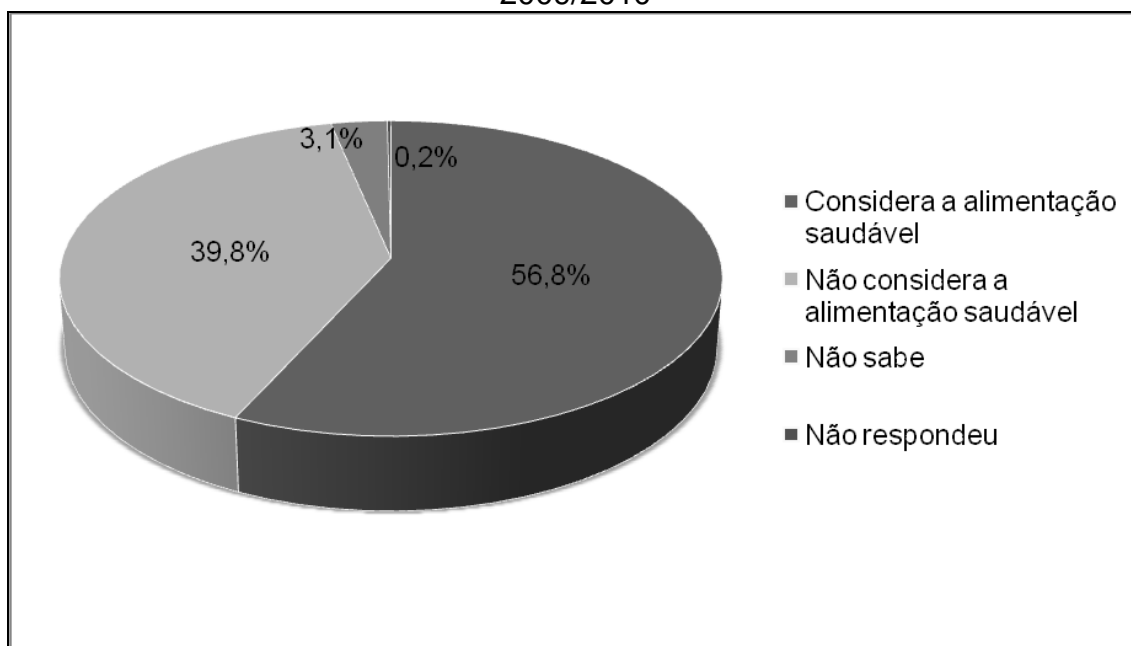
**Tabela 7** - Adequação do consumo alimentar de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Total			
	Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%
Frutas	169	40,5	248	59,5
Verduras	220	52,9	196	47,1
Legumes	257	61,6	160	38,4
Frutas, legumes e verduras	23	5,5	394	94,5
Açúcar	156	37,4	261	62,5
Óleo vegetal	23	5,5	394	94,5
Sal	82	19,7	335	80,3
Temperos industrializados	98	23,5	319	76,5
Frituras*	301	72,4	115	27,6
Doces	326	78,2	91	21,8
Biscoito recheado	381	91,4	36	8,6
Refrigerante comum	262	62,8	155	37,2
Suco artificial	221	53,0	196	47,0

Nota: \*Indivíduo sem informação = 1  
Fonte: Dados da pesquisa.

Apesar de 97,6% dos usuários considerarem a alimentação importante para a saúde, principalmente por prevenir doenças (61,9%), uma parcela significativa (39,9%) não considerou sua alimentação saudável (Gráfico 1).

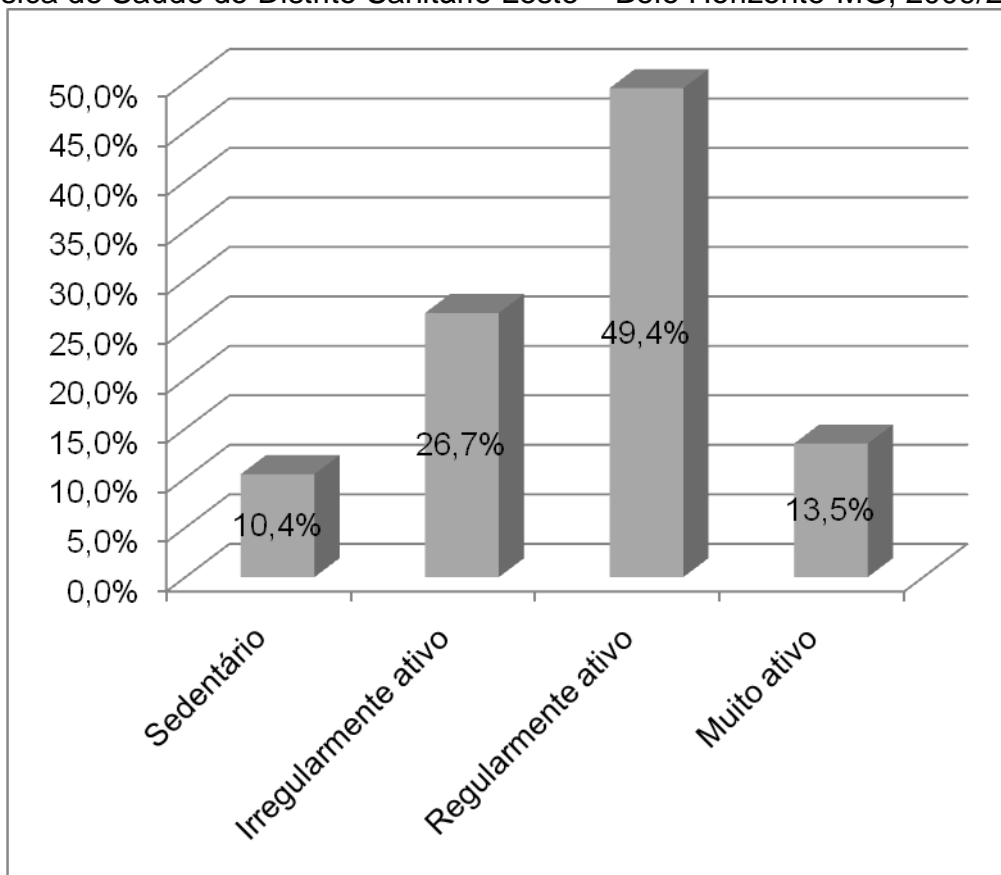
**Gráfico 1** - Percepção quanto à alimentação de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste pelos usuários. Belo Horizonte-MG, 2009/2010



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à prática de atividade física, a classificação segundo o IPAQ evidenciou que 49,4% dos usuários eram regularmente ativos e 37,1%, inativos (sedentários + insuficientemente ativos) (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Classificação do nível de atividade física de usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010



Nota: \*Indivíduos sem informação=2.  
Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao estado nutricional dos entrevistados, observou-se elevada prevalência de excesso de peso entre os adultos (59,3%) e idosos (57,8%), sendo a prevalência de obesidade entre os adultos de 28,0%. Além disso, 53,6% e 25,2% dos indivíduos apresentavam risco para complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo a circunferência da cintura e risco de desenvolvimento de doenças, segundo a razão cintura/quadril, respectivamente (Tabela 8).

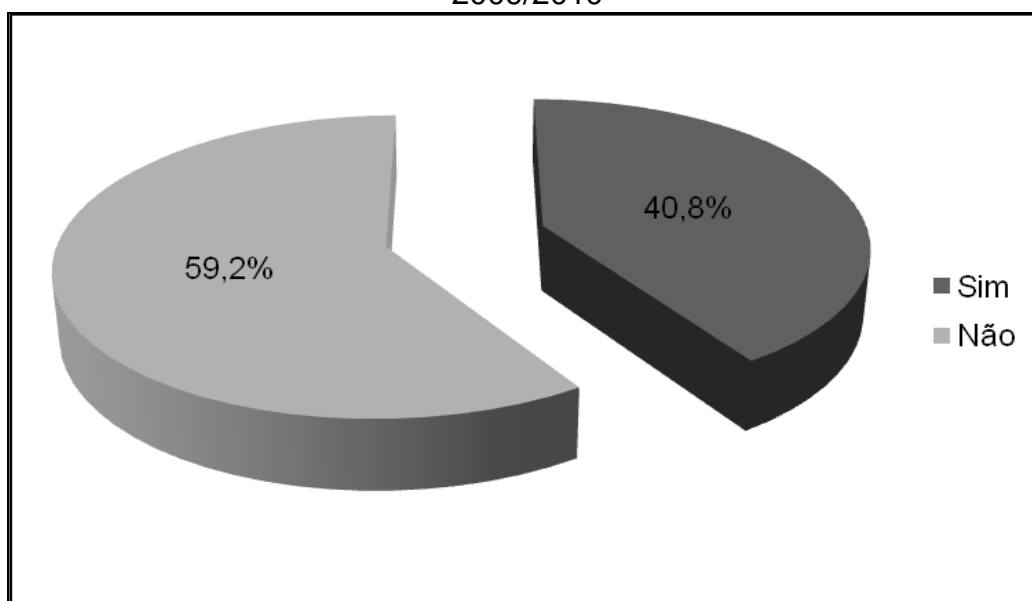
**Tabela 8** - Situação nutricional dos usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estado Nutricional de Adultos (n = 361)</b>		
Obesidade grau III	15	4,2
Obesidade grau II	27	7,5
Obesidade grau I	59	16,3
Sobrepeso	113	31,3
Eutrofia	139	38,5
Magreza grau	8	2,2
<b>Estado Nutricional de Idosos (n = 45)</b>		
Sobrepeso	26	57,8
Eutrofia	17	37,8
Baixo peso	2	4,4
<b>Risco de complicações metabólicas segundo Circunferência da Cintura (n = 408)</b>		
Muito elevado	123	30,1
Elevado	96	23,5
Sem risco	189	46,3
<b>Razão Cintura/Quadril (n = 408)</b>		
Risco de desenvolvimento de doenças	103	25,2
Sem risco de desenvolvimento de doenças	305	74,8

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, entre os 417 usuários entrevistados, 170 (40,8%) relataram receber aconselhamento em algum momento de sua vida na UBS (Gráfico 3). Os médicos (80,1%) foram os profissionais mais citados como responsáveis pelo aconselhamento, sendo que nenhum usuário referiu receber aconselhamento por agentes comunitários de saúde (Tabela 9).

**Gráfico 3** - Prevalência de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida realizado pelos profissionais de saúde, segundo relato dos usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010



Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 9** - Categorias profissionais que realizaram aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

<b>Profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Médico	149	80,1
Enfermeiro	17	9,1
Estagiário de nutrição	13	7,0
Nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	3	1,6
Dentista	1	0,5
Auxiliar de enfermagem	1	0,5
Psicólogo	1	0,5
Educador físico	1	0,5
Agente comunitário de saúde	0	0,0
Total	186	100,0

Nota: Houve relatos de aconselhamento realizado por mais de um profissional.  
Fonte: Dados da pesquisa.

Dos 170 usuários que referiram ter recebido aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por algum profissional de saúde, 50,9% (n = 86) relataram adesão total ou parcial às orientações propostas. Destes, 90,7% (n = 78) sentiram algum benefício para a sua saúde em decorrência da adesão ao aconselhamento. Os principais benefícios percebidos pelos usuários foram: maior disposição (66,7%) e redução do peso (47,4%). Foram citados, ainda: redução da ansiedade, melhoria da autoestima e do raciocínio e hipertrofia muscular, entre outros (Tabela 10).

**Tabela 10** - Nível de adesão às orientações realizadas por profissionais da saúde e benefícios percebidos após adesão, segundo os usuários da Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

<b>Nível de adesão às orientações (n = 170)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Realiza todas as orientações recebidas	30	17,6
Realiza todas as orientações por algum tempo e depois abandona	21	12,4
Segue apenas algumas orientações propostas	35	20,6
Tenta seguir as orientações, mas não consegue	44	25,9
Não tentou seguir nenhuma orientação	38	22,4
Não respondeu	2	1,2
<b>Benefícios após adesão ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida (n = 78)</b>		
Maior disposição	52	66,7
Redução do peso	37	47,4
Melhoria da saúde	20	25,6
Melhoria dos exames laboratoriais	4	5,1
Redução da dose ou retirada de medicamento	4	5,1
Melhoria dos sintomas de doenças	4	5,1
Melhora do funcionamento intestinal	3	3,8
Outros	11	14,1

Nota: Houve relato de percepção de mais de um benefício após adesão aos modos saudáveis de vida entre alguns usuários.

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre aqueles que não aderiram ao aconselhamento recebido, a principal barreira à adesão relatada foi a dificuldade para mudar os hábitos (36,2%), seguida pela falta de tempo (25,4%). Outras barreiras citadas foram problemas com a família, esquecimento, falta de paciência e distância da Academia da Cidade (Tabela 11).

**Tabela 11 - Barreiras à adesão aos Modos Saudáveis de Vida referidas por usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010**

<b>Barreiras para aderir ao aconselhamento (n = 84)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dificuldade para mudar os hábitos	47	36,2
Falta de tempo	33	25,4
Dificuldades financeiras	11	8,5
Dificuldades para controlar impulsos alimentares	10	7,7
Problemas de saúde	9	6,9
Desânimo	4	3,1
Não considera as mudanças importantes para a saúde	3	2,3
Falta de apetite	2	1,5
Falta de companhia	2	1,5
Outros	9	6,9

Nota: Houve relato de mais de uma dificuldade para aderir ao aconselhamento recebido entre alguns usuários.

Fonte: Dados da pesquisa.

## **5.2 Fatores associados ao recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde**

A seguir, apresentam-se os resultados das análises bivariadas e multivariada entre as variáveis independentes e o recebimento de aconselhamento pelos usuários, com suas respectivas RP, IC95% e valores p.

A Tabela 12 mostra a relação entre o recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida e as variáveis sociodemográficas. No grupo de indivíduos que receberam aconselhamento, a maior parte (48,8%) possuía de 40 a 59 anos, sendo que a prevalência de recebimento de aconselhamento neste grupo foi 1,71 vez superior àquela para indivíduos que possuíam de 20 a 39 anos (IC 95%: 1,33; 2,20).

**Tabela 12** - Associação entre variáveis sociodemográficas e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Recebeu Aconselhamento				Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b>							
Masculino	32	18,8	56	22,7		1,00	-
Feminino	138	81,2	191	77,3	0,344	1,15	0,85; 1,56
<b>Idade (anos)</b>							
20 a 39	65	38,2	145	58,7		1,00	-
40 a 59	83	48,8	73	29,6	<b>&lt;0,001</b>	1,71	1,33; 2,20
60 ou mais	22	12,9	29	11,7		1,39	0,95; 2,02
<b>Renda per capita mensal (R\$)*</b>							
≤ 250,00	78	48,1	125	55,6		1,00	-
> 250,00	84	51,9	100	44,4	0,150	1,17	0,92; 1,48
<b>Anos de estudo</b>							
> 8 anos	68	40,0	118	47,8		1,00	-
≤ 8 anos	102	60,0	129	52,2	0,117	1,20	0,95; 1,53

Nota: Teste Qui-Quadrado de Pearson. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta. \*Indivíduos sem informação=30.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à presença de doenças e agravos entre os usuários, observou-se que, de maneira geral, aqueles que referiram possuí-las, com exceção de doença coronariana e constipação intestinal, foram mais aconselhados sobre modos saudáveis de vida do que os demais. Destaca-se que a maioria dos usuários que não possuíam hipertensão arterial sistêmica (74,1%;  $p < 0,001$ ), hipercolestolemia (89,2%;  $p < 0,001$ ), diabetes *mellitus* (93,8%;  $p = 0,016$ ) ou hipertrigliceridemia (96,3%;  $p = 0,002$ ) declararam nunca ter recebido tal tipo de aconselhamento (Tabela 13).

Adicionalmente, usuários que referiram uso de medicamentos também foram mais aconselhados do que aqueles que relataram não utilizar (65,3% vs. 34,7%;  $p < 0,001$ ). Ao se analisar o recebimento de aconselhamento de acordo com os tipos de medicamentos utilizados, verificou-se que para todas as

classes, exceto para os anti-hipertensivos, indivíduos que utilizaram medicamentos foram mais aconselhados do que os demais;  $p < 0,05$  (Tabela 13).

**Tabela 13** - Associação entre prevalência de doenças auto-referidas, utilização de medicamentos e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Doenças e agravos referidos	Recebeu Aconselhamento				Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<i>Hipertensão arterial</i>							
Não	92	54,4	117	74,1		1,00	-
Sim	77	45,6	62	25,9	<b>&lt;0,001</b>	1,61	1,29; 2,02
<i>Hipercolesterolemia</i>							
Não	108	69,2	199	89,2		1,00	-
Sim	48	30,8	24	10,8	<b>&lt;0,001</b>	1,89	1,51; 2,36
<i>Diabetes mellitus</i>							
Não	142	84,0	227	93,8		1,00	-
Sim	27	16,0	15	6,2	<b>0,004</b>	1,62	1,25; 2,12
<i>Hipertrigliceridemia</i>							
Não	124	86,1	210	96,3		1,00	-
Sim	20	13,9	8	3,7	<b>&lt;0,001</b>	1,92	1,46; 2,52
<i>Doença coronariana</i>							
Não	149	90,9	229	91,6		1,00	-
Sim	15	9,1	20	8,4	0,785	1,05	0,70; 1,58
<i>Constipação intestinal</i>							
Não	114	67,1	181	73,3		1,00	-
Sim	56	32,9	66	26,7	0,170	1,18	0,93; 1,51
<b>Uso de medicamentos</b>							
Não	59	34,7	130	52,6		1,00	-
Sim	111	65,3	117	47,4	<b>&lt;0,001</b>	1,55	1,21; 2,00
<i>Anti-hipertensivo</i>							
Não	106	62,4	195	79,3		1,00	-
Sim	64	37,6	51	20,7	0,066	1,21	0,98; 1,51
<i>Antidepressivo</i>							
Não	143	84,1	224	90,7		1,00	-
Sim	27	15,9	23	9,3	<b>0,042</b>	1,38	1,04; 1,84
<i>Hipoglicemiante oral</i>							
Não	155	91,2	241	97,6		1,00	-
Sim	15	8,8	6	2,4	<b>0,003</b>	1,82	1,35; 2,45
<i>Insulina</i>							
Não	159	93,5	245	99,2		1,00	-
Sim	11	6,5	2	0,8	<b>0,001</b>	2,14	1,65; 2,79

Nota: Teste Qui-Quadrado de Pearson. †Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos hábitos alimentares de usuários aconselhados e não aconselhados sobre modos saudáveis de vida, não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos (Tabela 14).

**Tabela 14** - Associação entre hábitos alimentares e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste –Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Recebeu Aconselhamento				Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Número de refeições diárias</b>							
5 ou mais	49	28,8	67	27,1		1,00	-
3 a 4	102	60,0	156	63,2	0,789	0,93	0,72; 1,21
1 a 2	19	11,2	24	9,7		1,04	0,70; 1,55
<b>“Beliscar” alimentos entre as refeições</b>							
Não	94	55,3	128	52,0		1,00	-
Sim	76	44,7	118	48,0	0,512	0,92	0,73; 1,16
<b>Ingerir líquidos durante as refeições*</b>							
Não	64	37,9	84	34,1		1,00	-
Sim	105	62,1	162	65,9	0,437	0,90	0,71; 1,15
<b>Mastigar bem os alimentos</b>							
Não	53	31,2	91	36,8		1,00	-
Sim	117	68,8	156	63,2	0,232	1,16	0,90; 1,15
<b>Retirar a pele do frango</b>							
Não	56	32,9	95	38,5		1,00	-
Sim	114	67,1	152	61,5	0,256	0,86	0,67; 1,11
<b>Retirar a gordura aparente da carne*</b>							
Não	87	51,5	122	49,4		1,00	-
Sim	82	48,5	125	50,6	0,676	1,05	0,83; 1,32

Nota: Teste Qui-Quadrado de Pearson. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta. \*Indivíduos sem informação=1.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação a frequência do consumo de alimentos, entretanto, verificou-se que a prevalência de recebimento de aconselhamento entre indivíduos com consumo adequado de refrigerante foi 1,30 vez superior entre aqueles com consumo inadequado (IC95%:1,01; 1,68). Da mesma forma, o recebimento de aconselhamento foi maior entre aqueles com consumo adequado de temperos industrializados do que entre os demais (RP:1,43; IC95%:1,13; 1,81) (Tabela 15).

**Tabela 15** - Associação entre consumo alimentar e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Consumo alimentar	Recebeu Aconselhamento				Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<i>Frutas</i>							
Inadequado	99	58,2	149	60,3		1,00	-
Adequado	71	41,8	98	39,7	0,669	1,05	0,83; 1,33
<i>Verduras</i>							
Inadequado	78	45,9	118	48,0		1,00	-
Adequado	92	54,1	128	52,0	0,675	1,05	0,83; 1,32
<i>Legumes</i>							
Inadequado	66	38,8	94	38,1		1,00	-
Adequado	104	61,2	153	61,9	0,874	0,98	0,77; 1,24
<i>FLV*</i>							
Inadequado	160	94,1	234	94,7		1,00	-
Adequado	10	5,9	13	5,3	0,785	1,07	0,66; 1,73
<i>Doces</i>							
Inadequado	30	17,6	61	24,7		1,00	-
Adequado	140	82,4	186	75,3	0,087	1,30	0,94; 1,79
<i>Biscoito recheado</i>							
Inadequado	11	6,5	25	10,1		1,00	-
Adequado	159	93,5	222	89,9	0,192	1,36	0,82; 2,26
<i>Refrigerante comum</i>							
Inadequado	53	31,2	102	41,3		1,00	-
Adequado	117	68,8	145	38,7	<b>0,036</b>	1,30	1,01; 1,68
<i>Suco artificial</i>							
Inadequado	78	45,9	118	47,8		1,00	-
Adequado	92	54,1	129	52,2	0,704	1,03	0,82; 1,31
<i>Frituras**</i>							
Inadequado	50	29,6	65	26,3		1,00	-
Adequado	119	70,4	182	73,7	0,464	0,90	0,70; 1,16
<i>Temperos industrializados</i>							
Inadequado	118	69,4	201	81,4		1,00	-
Adequado	52	36,6	46	18,6	<b>0,005</b>	1,43	1,13; 1,81

Nota: Teste Qui-Quadrado de Pearson. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

\*FLV= frutas, verduras e legumes.\*\*Indivíduos sem informação=1.

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 16 mostra a relação encontrada entre o estado nutricional e o recebimento de aconselhamento. Observou-se que todos aqueles com excesso de peso (IMC  $\geq$  25,0 para adultos e IMC  $\geq$  27,0 para idosos) foram mais aconselhados do que os indivíduos com IMC na faixa de normalidade (RP: 1,34; IC95%: 1,04; 1,73;  $p = 0,017$ ). Adicionalmente, também foi maior a frequência de aconselhamento entre aqueles que possuíam risco muito elevado de complicações metabólicas, segundo CC (41,1%;  $p < 0,001$ ) e risco de doenças, conforme RCQ (33,3%;  $p = 0,002$ ).

**Tabela 16** - Associação entre estado nutricional e risco de doenças associadas à obesidade e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Recebeu Aconselhamento				Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Estado nutricional de adultos</b>							
(n = 360)							
Magreza	3	2,0	5	2,3		1,00	-
Eutrofia	46	31,3	93	43,7		0,88	0,34; 2,22
Sobrepeso	41	27,7	74	34,7	0,791 <sup>a</sup>	0,95	0,37; 2,40
Obesidade	58	39,2	41	19,2		1,56	0,62; 3,88
<b>Estado nutricional de idosos</b>							
(n = 46)							
Sobrepeso	12	63,2	15	57,7		1,00	-
Eutrofia	6	31,6	10	38,5	0,878 <sup>a</sup>	0,84	0,39; 1,82
Baixo peso	1	5,3	1	3,8		1,12	0,25; 4,86
<b>Excesso de peso (n = 406)</b>							
Não	57	34,1	110	46,0		1,00	-
Sim	110	65,9	129	54,0	<b>0,017<sup>b</sup></b>	1,34	1,04; 1,73
<b>Risco de complicações metabólicas segundo CC* (n = 408)</b>							
Sem risco	61	36,3	128	53,3		1,00	-
Elevado	38	22,6	58	24,2		1,22	0,88; 1,69
Muito elevado	69	41,1	54	22,5	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>	1,73	1,34; 2,25
<b>Risco de desenvolvimento de doenças segundo RCQ** (n = 408)</b>							
Sem risco	112	66,7	193	80,4		1,00	-
Com risco	56	33,3	47	19,6	<b>0,002<sup>b</sup></b>	1,48	1,17; 1,86

<sup>a</sup>Teste Exato de Fisher. <sup>b</sup>Teste Qui-Quadrado de Pearson. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta. \*CC=Circunferência da Cintura; \*\*RCQ=Razão Cintura/Quadril.

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos usuários que receberam aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na UBS, a maioria relatou conhecer a Academia da Cidade (57,6%;  $p < 0,001$ ). Dentre aqueles que referiram participação na Academia ( $n = 36$ ) ou no atendimento nutricional individual da UBS ( $n = 12$ ), 72,2% e 83,3% relataram terem sido aconselhados, respectivamente;  $p < 0,05$ . Destaca-se que indivíduos que relataram participar de atividades na Academia da Cidade tiveram 1,91 vez a prevalência de receber aconselhamento sobre modos saudáveis de vida do que os demais (IC95%: 1,50; 2,43) (Tabela 17).

**Tabela 17** - Associação entre conhecimento e participação em atividades de promoção da saúde e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Recebeu Aconselhamento				Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Conhecer a Academia da Cidade</b>							
Não	72	42,4	151	61,1		1,00	-
Sim	98	57,6	96	38,9	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>	1,56	1,23; 1,98
<b>Participar da Academia da Cidade</b>							
Não	144	84,7	237	96,0		1,00	-
Sim	26	15,3	10	4,0	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>	1,91	1,50; 2,43
<b>Participar do atendimento nutricional na UBS</b>							
Não	160	94,1	245	99,2		1,00	-
Sim	10	5,9	2	0,8	<b>0,005<sup>b</sup></b>	2,10	1,59; 2,79

Nota: UBS – Unidade Básica de Saúde. <sup>a</sup>Teste Qui-Quadrado de Pearson. <sup>b</sup>Teste Exato de Fisher.

<sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

Fonte: Dados da pesquisa.

Outras variáveis relacionadas à saúde analisadas, como percepção sobre a qualidade da alimentação e tentativa de emagrecer nos últimos seis meses, não apresentaram diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ).

A classificação do nível de atividade física, de acordo com o IPAQ, não foi significativa em relação ao recebimento ou não de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde (Tabela 18).

**Tabela 18** - Associação entre classificação do nível de atividade física e testes físicos e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Recebeu Aconselhamento				Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
<b>Classificação do Nível de atividade física (IPAQ)</b>							
(n = 169)							
Sedentário	16	9,5	27	11,0		1,00	-
Irregularmente ativo	44	26,0	67	27,2		1,06	0,67; 1,67
Regularmente ativo	82	48,5	123	50,0	0,655	1,07	0,70; 1,64
Muito ativo	27	16,0	29	11,8		1,29	0,80; 2,08

Nota: Teste Qui-Quadrado de Pearson. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 19 mostra os resultados da análise multivariada para o recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. Possuir hipertensão arterial (RP: 1,30; IC95%: 1,03; 1,66) e hipercolesterolemia (RP: 1,62; IC95%: 1,28; 2,05), apresentar consumo adequado de temperos industrializados (RP: 1,40; IC95%: 1,11; 1,78) e participar de atividades na Academia da Cidade (RP: 1,85; IC95%: 1,45; 2,36) permaneceram associadas de forma independente ao recebimento de aconselhamento após ajuste para possíveis variáveis de confusão. O modelo apresentou-se bem ajustado de acordo com a qualidade do ajuste, verificada por meio do teste *estat gof* ( $p = 1,00$ ).

**Tabela 19** - Modelo final da Regressão de Poisson de variáveis associadas ao recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Valor p	RP	IC95%
<b>Hipertensão arterial</b>			
Não		1,00	-
Sim	0,026	1,30	1,03; 1,66
<b>Hipercolesterolemia</b>			
Não		1,00	-
Sim	<0,001	1,62	1,28; 2,05
<b>Consumo de temperos industrializados</b>			
Inadequado		1,00	-
Adequado	0,005	1,40	1,11; 1,78
<b>Participação na Academia da Cidade</b>			
Não		1,00	-
Sim	<0,001	1,85	1,45; 2,36

Nota: Teste de qualidade do ajuste:  $p=1,00$ .

Fonte: Dados da pesquisa.

### 5.3 Fatores associados à adesão mediante aconselhamento sobre modos saudáveis de Vida

A seguir, apresentam-se os resultados das análises bivariadas e multivariada entre as variáveis independentes e o relato de adesão ao aconselhamento recebido pelos usuários, com suas respectivos RP, IC95% e valores p.

Dos 170 indivíduos que referiram recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida pelo menos uma vez na vida na UBS, 168 responderam sobre sua adesão.

Com relação às variáveis sociodemográficas, observou-se que indivíduos com 60 anos ou mais apresentaram maior prevalência de adesão ao aconselhamento do que aqueles com idade entre 20 e 39 anos (RP: 1,59; IC: 1,13; 2,24) (Tabela 20).

**Tabela 20** - Associação entre variáveis sociodemográficas e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Aderiu		Não aderiu		Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	n	%	n	%			
<b>Sexo</b> (n = 168)							
Masculino	11	12,8	21	25,6		1,00	-
Feminino	75	87,2	61	74,4	0,066	1,60	0,96; 2,65
<b>Idade (anos)</b> (n = 168)							
20 a 39	31	36,0	33	40,2		1,00	-
40 a 59	38	44,2	44	53,7		0,95	0,67; 1,35
60 ou mais	17	19,8	5	6,1	<b>0,007</b>	1,59	1,13; 2,24
<b>Renda per capita mensal (R\$)</b> (n = 161)							
>250,00	42	50,0	42	54,5		1,00	-
≤250,00	42	50,0	35	45,5	0,564	1,11	0,82; 1,50
<b>Anos de estudo</b> (n = 168)							
>8 anos	31	36,0	36	56,1		1,00	-
≤8 anos	55	64,0	46	43,9	0,229	1,17	0,85; 1,61

Nota: Teste Qui-Quadrado de Pearson. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.  
Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os usuários com doenças e/ou agravos que relataram haver recebido aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, observou-se que a maior parte daqueles com hipercolesterolemia referiram adesão a tal aconselhamento ( $p = 0,014$ ). Em relação às demais doenças e/ou agravos, não houve diferenças significativas, assim como para as associações entre uso de medicamentos e adesão ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida recebido (Tabela 21).

**Tabela 21** - Associação entre prevalência de doenças autorreferidas, uso de medicamentos e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Doenças e agravos referidos	Aderiu		Não aderiu		Valor p	RP <sup>T</sup>	IC95%
	n	%	n	%			
<i>Hipertensão arterial (n = 167)</i>							
Não	47	54,7	44	54,3		1,00	-
Sim	39	45,3	37	45,7	0,996	0,99	0,73; 1,33
<i>Hipercolesterolemia (n = 155)</i>							
Não	48	60,8	60	78,9		1,00	-
Sim	31	39,2	16	21,1	<b>0,014</b>	1,48	1,10; 1,99
<i>Diabetes mellitus (n = 167)</i>							
Não	68	80,0	72	87,8		1,00	-
Sim	17	20,0	10	12,0	0,171	1,29	0,92; 1,81
<i>Hipertrigliceridemia (n = 142)</i>							
Não	58	80,8	63	91,3		1,00	-
Sim	14	19,2	6	8,7	0,073	1,44	1,02; 2,03
<i>Doença coronariana (n = 162)</i>							
Não	75	92,6	73	90,1		1,00	-
Sim	6	7,4	8	9,9	0,576	0,84	0,45; 1,58
<i>Constipação intestinal (n = 168)</i>							
Não	57	66,3	57	69,5		1,00	-
Sim	29	33,7	25	30,5	0,654	1,07	0,78; 1,46
<b>Uso de medicamentos</b>							
Não	24	27,9	35	42,7		1,00	-
Sim	62	72,1	47	57,3	0,060	1,39	0,98; 1,98
<i>Anti-hipertensivo</i>							
Não	53	61,6	53	64,6		1,00	-
Sim	33	38,4	29	35,4	0,686	1,06	0,78; 1,43
<i>Antidepressivo</i>							
Não	72	83,7	70	85,4		1,00	-
Sim	14	16,3	12	14,6	0,768	1,06	0,71; 1,57
<i>Hipoglicemiante oral</i>							
Não	77	89,5	76	92,7		1,00	-
Sim	9	10,5	6	7,3	0,474	1,19	0,76; 1,85
<i>Insulina</i>							
Não	88	93,0	77	93,9		1,00	-
Sim	6	7,0	5	6,1	0,818	1,07	0,60; 1,87

Nota: Teste Qui-Quadrado de Pearson. †Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos hábitos alimentares dos usuários, houve associação significativa apenas entre o número de refeições diárias e a adesão ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida ( $p = 0,026$ ). Entre aqueles que referiram maior adesão, 60,5% realizava de três a quatro refeições diárias (Tabela 22).

**Tabela 22** - Associação entre hábitos alimentares e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Aderiu		Não aderiu		Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	n	%	n	%			
<b>Número de refeições diárias</b>							
1 a 2	4	4,7	14	17,1		1,00	-
3 a 4	52	60,5	49	59,8		2,31	0,95; 5,62
5 ou mais	30	34,9	19	23,2	<b>0,026</b>	2,75	1,12; 6,74
<b>“Beliscar” alimentos entre as refeições</b>							
Não	44	51,2	49	59,8		1,00	-
Sim	42	48,8	33	40,2	0,263	1,18	0,88; 1,58
<b>Ingerir líquidos durante as refeições</b>							
Não	32	37,6	31	37,8		1,00	-
Sim	53	62,4	51	62,2	0,983	1,00	0,76; 1,36
<b>Mastigar bem os alimentos</b>							
Não	27	31,4	26	31,7		1,00	-
Sim	59	68,6	56	68,3	0,965	1,00	0,73; 1,38
<b>Retirar a pele do frango</b>							
Não	25	29,1	29	35,4		1,00	-
Sim	61	70,9	53	64,6	0,382	0,86	0,61; 1,20
<b>Retirar a gordura da carne</b>							
Não	39	45,3	46	56,8		1,00	-
Sim	47	54,7	25	43,2	0,139	0,80	0,59; 1,07

Nota: Teste Qui-Quadrado Pearson. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

Fonte: Dados da pesquisa.

As associações entre adesão ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, estado nutricional e risco de doenças associadas à obesidade não foram estatisticamente significativas (Tabela 23).

**Tabela 23** - Associação entre estado nutricional e adesão a modos saudáveis de vida de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Aderiu		Não aderiu		Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	n	%	n	%			
<b>Estado nutricional adultos (n = 146)</b>							
Obesidade	32	45,1	25	33,3		1,00	-
Sobrepeso	16	22,5	24	32,0		0,71	0,45; 1,11
Eutrofia	21	29,6	25	33,3	0,401 <sup>a</sup>	0,81	0,54; 1,20
Magreza	2	2,8	1	1,3		1,18	0,51; 2,73
<b>Estado nutricional idosos (n = 19)</b>							
Sobrepeso	9	64,3	3	60,0		1,00	-
Eutrofia	4	28,6	2	40,0	1,000 <sup>a</sup>	0,88	0,45; 1,73
Baixo peso	1	7,1	0	0,0		1,33	0,95; 1,86
<b>Excesso de peso (n = 165)</b>							
Não	29	34,1	28	35,0		1,00	-
Sim	56	65,9	52	65,0	0,905 <sup>b</sup>	1,54	0,61; 3,86
<b>Risco de complicações metabólicas - CC (n = 166)</b>							
Sem risco	27	31,8	34	42,0		1,00	-
Elevado	21	24,7	16	19,8	0,384 <sup>b</sup>	1,28	0,86; 1,91
Muito elevado	37	43,5	31	38,3		1,22	0,86; 1,75
<b>Risco de desenvolvimento de doenças - RCQ (n = 166)</b>							
Sem risco	55	64,7	57	70,4		1,00	-
Com risco	30	35,3	24	29,6	0,436 <sup>b</sup>	1,13	0,83; 1,53

<sup>a</sup>Teste Exato de Fisher. <sup>b</sup>Teste Qui-Quadrado de Pearson. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta. \*CC=Circunferência da Cintura; \*\*RCQ=Razão Cintura/Quadril.  
Fonte: Dados da pesquisa.

Dos usuários que referiram participar ou ter participado de atividades na Academia da Cidade (n = 26), a maioria (76,9%) aderiu ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida realizado por profissionais da UBS (p = 0,004).

Da mesma forma, participar do atendimento nutricional na UBS também esteve positivamente associado à adesão ( $p = 0,035$ ) (Tabela 24).

**Tabela 24** - Associação entre conhecimento e participação em atividades de promoção da saúde e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Aderiu		Não aderiu		Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	n	%	n	%			
<b>Conhecimento sobre</b>							
<b>Academia da Cidade</b>							
Não	31	36,0	41	50,0		1,00	-
Sim	55	64,0	41	50,0	0,068 <sup>a</sup>	1,33	0,96; 1,82
<b>Participação na</b>							
<b>Academia da Cidade</b>							
Não	66	76,7	76	92,7		1,00	-
Sim	20	23,3	6	7,3	<b>0,004<sup>a</sup></b>	1,65	1,25; 2,18
<b>Participação no</b>							
<b>atendimento</b>							
<b>nutricional da Unidade</b>							
<b>Básica de Saúde</b>							
Não	78	90,7	81	98,8		1,00	-
Sim	8	9,3	1	1,2	<b>0,035<sup>b</sup></b>	1,81	1,36; 2,39

Nota: <sup>a</sup>Teste Qui-Quadrado de Pearson. <sup>b</sup>Teste Exato de Fisher. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos usuários que referiu adesão a modos saudáveis de vida mediante o aconselhamento por profissionais de saúde considerou sua alimentação saudável (71,6%) e havia tentado emagrecer nos últimos seis meses (52,3%) ( $p < 0,05$ ) (Tabela 25).

**Tabela 25** - Associação entre percepções relacionadas à saúde e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Aderiu		Não aderiu		Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	n	%	n	%			
<b>Considera sua alimentação saudável*</b>							
Não	23	28,4	43	53,8		1,00	-
Sim	58	71,6	37	46,3	<b>0,001</b>	1,75	1,21; 2,53
<b>Tentativa de emagrecer nos últimos 6 meses</b>							
Não	41	47,7	54	65,9		1,00	-
Sim	45	52,3	28	34,1	<b>0,017</b>	1,42	1,06; 1,91

Nota: Teste Qui-Quadrado de Pearson. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta. \*Indivíduos sem informação=9.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à associação entre classificação do nível de atividade física e adesão ao aconselhamento recebido, esta não apresentou significância estatística ( $p > 0,05$ ) (Tabela 26).

**Tabela 26** - Associação entre classificação do nível de atividade física e adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Aderiu		Não aderiu		Valor p	RP <sup>†</sup>	IC95%
	n	%	n	%			
<b>Classificação do nível de atividade física (IPAQ)</b>							
Sedentário	6	7,0	10	12,3		1,00	-
Irregularmente ativo	19	22,1	24	29,6		1,17	0,57; 2,41
Regularmente ativo	51	59,3	30	37,0	0,654	1,67	0,87; 3,23
Muito ativo	10	11,6	17	21,1		0,98	0,44; 2,20

Nota: Teste Qui-Quadrado Pearson. <sup>†</sup>Estimativa pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Fonte: Dados da pesquisa.

Mantiveram-se associadas de forma independente à variável *adesão ao aconselhamento recebido*, após ajuste, a participação em atividades na Academia da Cidade (RP: 1,55; IC95%: 1,18; 2,03) e considerar sua alimentação saudável (RP: 1,67; IC95%: 1,15; 2,43). Este modelo também apresentou-se bem ajustado de acordo com a qualidade do ajuste (teste *estat gof*);  $p = 0,99$  (Tabela 27).

**Tabela 27** - Modelo final da Regressão de Poisson de variáveis associadas a adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde, segundo usuários de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Leste – Belo Horizonte-MG, 2009/2010

Variáveis	Valor p	RP	IC95%
<b>Participação na Academia da Cidade</b>			
Não		1,00	-
Sim	0,001	1,55	1,18; 2,03
<b>Considerar sua alimentação saudável</b>			
Não		1,00	-
Sim	0,006	1,67	1,15; 2,43

Nota: Teste de qualidade do ajuste:  $p=0,99$ .

Fonte: Dados da pesquisa.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados revelaram a insuficiente realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida pelos profissionais de saúde na UBS em estudo, diante das elevadas prevalências de DANT identificadas. Mas, ainda sim, esta foi superior à encontrada em outros trabalhos (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002; SIQUEIRA *et al.*, 2009a), sendo associada à presença de doenças como hipertensão arterial e hipercolesterolemia, ao consumo adequado de temperos industrializados e à participação dos usuários em serviço de promoção da saúde.

De outro lado, a taxa de adesão encontrada pode ser considerada positiva, visto que cerca de metade dos usuários referiu algum grau de adesão ao aconselhamento recebido, porcentagem superior à estimada pela OMS para países em desenvolvimento (WHO, 2003c). A adesão também esteve associada à participação em serviço de promoção da saúde e à percepção sobre a qualidade de sua alimentação.

Entre os participantes, além dos elevados percentuais de DANT, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e obesidade, apresentados pelos usuários quando comparados a dados nacionais (24,4%, 6,3% e 15,0%, respectivamente) (BRASIL, 2010a), foram também elevadas as taxas de utilização de medicamentos e de hábitos alimentares aterogênicos.

De acordo com trabalho sobre o consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma UBS, 67,1% dos entrevistados referiram ter consumido pelo menos um medicamento nos últimos sete dias, porcentagem superior à encontrada neste estudo (VOSGERAU *et al.*, 2011). Em outro estudo sobre o tema, a prevalência de uso global de medicamentos foi de 65,9%. As classes mais utilizadas, diferentemente do demonstrado por este estudo, foram as de analgésicos, antiinflamatórios e anti-hipertensivos, sendo os grupos que apresentaram maior utilização de medicamentos o das mulheres, idosos, indivíduos com nível econômico mais elevado e o dos indivíduos com pior autopercepção de saúde (BERTOLDI *et al.*, 2004).

Quanto ao perfil alimentar, observou-se que muitos usuários (39,8%) não consideraram sua alimentação saudável. Corroborando estes achados, verificou-se presença importante de hábitos alimentares aterogênicos, com

destaque para aqueles relacionados às elevadas taxas de excesso de peso identificadas. Neste sentido, tem-se o fracionamento insuficiente das refeições, bem como a omissão do desejum por cerca de 20% dos entrevistados, hábitos associados ao aumento do peso devido à ingestão excessiva de alimentos nas refeições realizadas (WHO, 2003a), além do hábito de “beliscar” alimentos em horários esporádicos, o que também pode elevar a ingestão calórica diária (FRANCIS; LEE; BIRCH, 2003). Adicionalmente, tem-se a elevada ingestão diária de açúcar e óleo, este último com mediana de consumo três vezes superior à recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006).

A ingestão de sal, embora a mediana de consumo *per capita* estivesse próxima à recomendação para a população saudável, foi excessivo, considerando-se a elevada prevalência de HAS entre os usuários. Adicionalmente, verificou-se consumo importante de alimentos ricos em sódio como temperos industrializados, embutidos e molhos prontos (JAIME; MONTEIRO, 2003).

O consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, como carnes com gordura e frango com pele, também mostrou-se elevado (BRASIL, 2010a). Em contrapartida, foi insuficiente a ingestão de frutas, verduras, legumes e peixes, fontes importantes de nutrientes essenciais à saúde (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que estes hábitos alimentares relatados pelos indivíduos são também influenciados pela condição socioeconômica e pelo ambiente em que vivem. Neste sentido, Levy-Costa *et al.* (2005) concluíram, em seu estudo, que somente famílias em extrema pobreza apresentaram baixo consumo de gorduras e refrigerantes. De acordo com Cassady *et al.* (2007), produtos como frutas, legumes e verduras pesam no orçamento das famílias mais pobres, sendo que sua disponibilidade destes alimentos é também menor nesses ambientes. Contudo, estudo realizado na periferia do município de São Paulo evidenciou que, existindo facilidade de acesso, os moradores com menor renda aumentam o seu consumo de frutas, legumes e verduras (JAIME *et al.*, 2007).

Acompanhando as prevalências de hábitos alimentares aterogênicos, a prática de atividade física se mostrou insuficiente, de maneira geral. A prevalência de inatividade física foi superior à encontrada em estudo desenvolvido com adultos na cidade de São Paulo, no qual, pela classificação

do IPAQ, 17,3% dos indivíduos eram inativos fisicamente (ZANCHETTA *et al.*, 2010). O VIGITEL também encontrou valores inferiores de inatividade física na população brasileira e de Belo Horizonte, 13,2% e 10,7%, respectivamente (BRASIL 2010a).

Estudos demonstram que os fatores ambientais têm influência direta na realização de atividade física pelos indivíduos, sendo contemplada em diversos contextos como lazer, meio de transporte, tarefas domésticas e formas de trabalho e associadas à redução do risco de doenças e melhoria da qualidade de vida (CALVALHO *et al.*, 2010; HALLAL *et al.*, 2010; ANNEAR; CUSHMAN; GIDLOW, 2009).

Estudo desenvolvido com idosos na Nova Zelândia mostrou que estes eram privados de realizar atividade física de lazer por morarem em bairros carentes e sem infraestrutura para tal prática, semelhante ao verificado na área de abrangência da UBS em estudo, onde, apesar de se situar próxima a uma Academia da Cidade, a realização de suas atividades ocorre exclusivamente no período da manhã, o que limita a participação de muitos usuários. Assim, denota-se a necessidade de se intervir nos meios físico e social para também melhorar a oferta da prática de atividade física (ANNEAR; CUSHMAN; GIDLOW, 2009).

Ilustrando a importância da prática de atividade física para a promoção da saúde, Carvalho *et al.*, (2010), em estudo sobre fatores associados à atividade física e à qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais observaram, por meio de análises de regressão linear, que a prática de exercícios físicos moderados ou vigorosos aumentou o escore de qualidade de vida em 7,3 e 4,4 pontos, respectivamente.

Quanto ao acesso ao serviço de saúde, a população em estudo apresentou mediana de três consultas médicas ao ano. Além disso, os usuários, de forma geral, se sentem responsáveis por sua saúde, bem como pelos problemas relacionados a ela. Entretanto, o fato de procurarem a UBS prioritariamente devido a sintomas de doenças leva a crer que estes indivíduos compreendem o serviço de saúde como local restrito ao tratamento e/ou cura, reforçando uma possível percepção dos profissionais de saúde. Neste sentido, autores discutem que as pessoas entendem mais concretamente a dimensão biológica do processo saúde-doença, não o associando às questões sociais,

que podem tanto fortalecer quanto desgastar o processo de vida. Por isso, prioritariamente, os usuários buscam nos serviços de saúde respostas às queixas de ordem clínica (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Considera-se, entretanto, que proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e de prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem estar (BUSS, 2000). Verifica-se, dessa forma, a necessidade de que as práticas de saúde sejam contextualizadas de acordo com os estilos de vida pessoais, possibilitando um atendimento mais integral e o estabelecimento de diálogo entre profissionais e usuários (TAVARES; MENDONÇA; ROCHA, 2009).

Apesar da importância da prática do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida como estratégia de promoção da saúde nos serviços, esta tem se revelado baixa nos estudos realizados sobre o tema. Em estudo realizado com usuários da Atenção Primária atendidos por médicos de família da Nova Escócia, Canadá, os autores observaram que 37,6% dos respondentes relataram receber aconselhamento sobre alimentação saudável e 42,0%, atividade física, valores bastante próximos do encontrado neste estudo (SINCLAIR; LAWSON; BURGE, 2008).

No Brasil, Siqueira *et al.* (2009a) verificaram que 28,9% dos adultos e 38,9% dos idosos entrevistados em UBS referiram recebimento de aconselhamento sobre atividade física por profissionais da Atenção Primária à Saúde. Já no estudo de Guimarães e Takayanagui (2002), que focalizou indivíduos com diabetes *mellitus*, 34,6% referiram recebimento de aconselhamento sobre a dieta.

Observou-se realização superior de aconselhamento àquela encontrada neste estudo apenas em um estudo sobre a importância da alimentação saudável, desenvolvido com usuários da ESF portadores de DANT, no qual 51,0% dos indivíduos hipertensos e 80,0% daqueles com diabetes relataram que receberam aconselhamento (COTTA *et al.*, 2009).

Adicionalmente, segundo o relato dos usuários, os médicos foram os principais responsáveis pelo fornecimento de orientações sobre modos saudáveis de vida. Cabe ressaltar, no entanto, que, além dos médicos, atuam nas ESF e nos NASF profissionais de diversas áreas da saúde.

Em outros estudos, os entrevistados também relataram que receberam aconselhamento principalmente de médicos. As porcentagens foram próximas às encontradas neste estudo – 77,6% dos indivíduos hipertensos e 75,0% daqueles com diabetes no estudo de Cotta *et al.* (2009), chegando a 96,5% no estudo de Guimarães e Takayanagui (2002).

De outro lado, os ACS não foram mencionados como responsáveis pelo aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, o que é preocupante, tendo em vista a fundamental importância destes profissionais no estabelecimento de vínculo entre os moradores e a unidade, facilitando o diagnóstico das situações de risco e atuando como agentes de organização da comunidade para a transformação de suas condições de saúde (REIS *et al.*, 2007). Entretanto, apesar de sua importância como efetivo promotor da saúde na comunidade, foi evidenciado em alguns trabalhos que a formação deste profissional continua centrada no controle tecnológico da doença, o que prejudica sua atuação em ações de promoção (GOMES *et al.*, 2010).

A cultura biomédica também pode ter influenciado a percepção dos usuários em relação ao aconselhamento, visto o seu predomínio ainda no setor saúde. Dessa forma, a “realidade clínica” vivenciada no cotidiano da unidade poderia explicar, ao menos em parte, o fato de os médicos terem sido mais lembrados (MONTICELLI; ELSEN, 2006). Neste contexto, Silveira *et al.* (2011), em estudo sobre o processo de trabalho das ESF, pontuaram que, além de as equipes ainda operarem segundo a lógica tradicional, com enfoque nas ações terapêuticas, também a população usuária busca o serviço de saúde visando a ações centradas no modelo biomédico. Revela-se, assim, que o envolvimento e a corresponsabilização da população sobre a própria saúde permanecem, muitas vezes, no plano do desejo, não sendo uma vivência na prática dos serviços (SILVEIRA *et al.*, 2011).

A ruptura da visão fragmentada e reducionista do modelo biomédico nas práticas de saúde exige uma capacitação permanente e que inclua os princípios do SUS sob um enfoque problematizador, baseado na construção compartilhada do conhecimento e na experiência cotidiana desses profissionais, visando subsidiar e priorizar as ações de promoção da saúde, prevenção dos agravos e de transformação social (GOMES *et al.*, 2010).

Compreende-se que o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários é também fundamental para resgatar e difundir a prática do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, bem como para tornar factível a sua prática pelos usuários. Para tanto, torna-se necessário que a equipe busque conhecer a lógica e os princípios que determinam os comportamentos relacionados à saúde de seus pacientes. A partir dessa interação, a equipe poderá atuar mais efetivamente sobre a saúde e seus problemas na comunidade, superando as diferenças culturais entre ambas (ALVES; AERTS, 2011).

O estabelecimento de parcerias permanentes entre os setores da educação e da saúde constitui, neste processo, uma estratégia útil para se intervir nessa realidade, permitindo que se conjuguem os conhecimentos produzidos e acumulados pelas duas áreas, objetivando ações conjuntas e articuladas de promoção da saúde (AMANCIO FILHO, 2004).

Neste aspecto, a Unidade de Saúde em questão é privilegiada pelas parcerias instituídas com instituições de ensino e pesquisa, com destaque para a UFMG, que desenvolve ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde no local desde 2006, iniciando em 2009 as atividades do PET-Saúde (UFMG; SMSA/BH, 2008). Este talvez seja um dos motivos pelo qual a realização de aconselhamento pelos profissionais de saúde tenha sido superior à verificada em outros estudos (GUIMARÃES; TAKAYANAGUI, 2002; SIQUEIRA *et al.*, 2009a).

Ilustrando a importância deste tipo de parceria, estudo realizado com trabalhadores de UBS das regiões Sul e Nordeste do Brasil revelou que aqueles serviços vinculados a instituições de ensino apresentaram maior frequência de realização de práticas de saúde na comunidade do que os demais (MARTINS *et al.*, 2010). Este achado pode ser um indicador do efetivo comprometimento das instituições de ensino com a formação profissional para a Atenção Primária (GIL, 2005; MARTINS *et al.*, 2010).

Apesar de apresentar índice superior ao verificado em outros estudos, a realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida permaneceu diretamente associada à presença de hipertensão arterial e hipercolesterolemia entre os usuários após a análise multivariada. Similar a estes resultados, estudo realizado por Siqueira *et al.* (2009a) em 41 municípios das regiões Sul e

Nordeste do Brasil, identificou que o uso de medicamentos, diagnóstico médico para hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doença dos nervos esteve associado ao aconselhamento sobre atividade física como estratégia de educação à saúde. Isso demonstra que esta prática também é mais frequente entre os indivíduos que apresentam doenças e agravos em outras partes do país.

Entende-se como positivo o fato de indivíduos com hipertensão arterial e hipercolesterolemia terem sido mais aconselhados, uma vez que sua demanda por tais cuidados é maior. Ademais, foram elevadas as prevalências destas doenças entre os usuários da unidade quando comparadas com os dados nacionais e municipais divulgados pelo VIGITEL, segundo o qual 24,4% da população brasileira e 25,1% da população de Belo Horizonte é hipertensa e 16,9% e 14,1% apresentam dislipidemias, respectivamente (BRASIL, 2010).

Estes achados, reforçam a ideia de que as práticas de saúde nesta UBS permanecem atreladas ao modelo biomédico de controle e tratamento de doenças e comorbidades. Dessa forma, torna-se necessário o estímulo para que tal orientação esteja disponível a todos os indivíduos, objetivando não apenas o tratamento e cura de doenças, mas também sua prevenção e a promoção da saúde de forma equitativa e universal (SIQUEIRA *et al.*, 2009a, RODRIGUES; SOARES; BOOG, 2005; BUSS, 2000).

Quanto aos hábitos alimentares, o consumo de temperos industrializados (raro ou nunca) esteve associado ao recebimento de aconselhamento após ajuste. Como os indivíduos hipertensos foram mais aconselhados do que aqueles sem hipertensão arterial, o consumo adequado de temperos industrializados entre os aconselhados pode refletir a maior adesão à redução da ingestão destes produtos entre aqueles com hipertensão arterial, haja vista ser a redução do consumo de sódio na alimentação a principal recomendação nutricional para estas pessoas (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007). Ressalta-se, que o viés da causalidade reversa, inerente aos estudos seccionais, pode estar presente nessa associação, impedindo que se assegure a existência de uma relação de temporalidade entre o recebimento de aconselhamento e o consumo de temperos industrializados.

As associações encontradas entre a realização de aconselhamento pelos profissionais e o perfil de saúde dos usuários revelam a importância da atuação multiprofissional na UBS, tendo como referência o cuidado em saúde não só dos indivíduos, mas também de suas famílias e comunidades, o que configura o objetivo das ESF (COTTA *et al.*, 2009). Neste sentido, a presença de um serviço de promoção da saúde com a Academia da Cidade na área de abrangência da UBS e a disponibilidade de atendimento nutricional individual na própria unidade reforçam a importância dos profissionais que atuam nestes serviços.

A participação na Academia da Cidade manteve-se associada ao recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida no modelo multivariado. Destaca-se que este constitui um espaço propício ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde, oportunizando o exercício físico para estratos populacionais que, muitas vezes, não têm acesso a este tipo de serviço. Destaca-se que na Academia da Cidade da área de abrangência da UBS em estudo são ainda realizados grupos de Educação Alimentar e Nutricional, o que propicia a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis pelos usuários do programa, revelando sua fundamental importância como parte das políticas de promoção da saúde (HALLAL *et al.*, 2010).

Apesar dos benefícios relacionados a tal programa, verificou-se neste estudo que há pouca divulgação sobre a Academia da Cidade entre os usuários da UBS, sendo que a maioria dos entrevistados relatou não conhecer o serviço. Dessa forma, aumentar a divulgação do programa constitui-se em uma estratégia de aconselhamento fundamental nesta comunidade, principalmente pelos profissionais de saúde da UBS.

Paralelamente, esta associação entre o recebimento de aconselhamento e a participação dos usuários na Academia da Cidade pode parecer contraditória, uma vez que neste local não atuam médicos, profissionais mais citados como responsáveis pela prática de aconselhamento pelos usuários. Há de se ponderar, no entanto, que o instrumento de pesquisa questionou sobre o aconselhamento no âmbito exclusivo da UBS (Apêndice 1), não contemplando a Academia da Cidade. Considera-se, assim, a necessidade de um estudo posterior, de forma a rever esta questão, visando melhor perceber as práticas de aconselhamento no âmbito destes serviços de promoção da saúde.

Sobre o comportamento dos usuários em decorrência do recebimento de aconselhamento por profissionais de saúde, ainda que não se disponha parâmetros específicos para a avaliação da adesão (WHO, 2003c), observou-se que a taxa encontrada foi superior àquelas verificadas em outros trabalhos (DIMATTEO, 1994; SANTOS *et al.*, 2005; GUIMARÃES *et al.*, 2010). Ressalta-se, entretanto, que estes estudos foram desenvolvidos com usuários que, em sua totalidade, apresentavam doenças como diabetes, obesidade e/ou hipertensão arterial, diferentemente deste estudo, que, apesar de desenvolvido com uma população com elevada prevalência de DANT, não contou com a presença destas doenças como critério de inclusão. Demonstra-se, assim, que na UBS estudada a adesão a modos saudáveis vida por indivíduos que não apresentam DANT pode contribuir para a sua prevenção e melhor qualidade de vida dos envolvidos.

Neste sentido, é importante destacar que a grande maioria dos usuários entrevistados percebeu benefícios à saúde a partir da adoção de hábitos mais saudáveis de vida. De forma similar, em estudo realizado com idosas obesas que aderiram a um programa de intervenção nutricional associado à atividade física foram descritos benefícios como a melhora da saúde e da disposição nas atividades diárias e a melhora no quadro de algumas doenças crônicas e da autoestima (CAVALCANTI *et al.*, 2011).

Semelhantemente, estudo de coorte desenvolvido com mais de oitenta mil mulheres norte americanas, de 1984 a 2010 mostrou que a adesão a um estilo de vida saudável esteve associada significativamente a um menor risco de morte cardíaca súbita. Os fatores de baixo risco foram definidos por não fumar, praticar 30 minutos ou mais de exercício físico ao dia, possuir índice de massa corporal inferior a 25,0 kg/m<sup>2</sup> e apresentar consumo adequado de vegetais, frutas, nozes, legumes, grãos integrais e peixe, e consumo moderado de álcool (CHIUVE *et al.*, 2011).

Apesar dos benefícios apresentados pela manutenção de hábitos de vida saudáveis apontados na literatura e percebidos pelos usuários, muitos indivíduos referiram barreiras importantes para a sua adesão. Estas barreiras assemelham-se às observadas em outros estudos, como naquele realizado por Thomaz *et al.* (2010) sobre a prática de atividade física entre adultos de Brasília-DF. Dos entrevistados, 51,0% justificaram seu comportamento

negativo em relação à prática devido à falta de tempo; 27,4% à falta de disposição; 5,8%, a problemas de saúde; e 15,8% a outros motivos, como não gostar, clima desfavorável, falta de hábito, falta de recursos financeiros e falta de local adequado.

Adicionalmente, em relação aos obstáculos para se promover mudanças nos hábitos alimentares, Guimarães *et al.* (2010) verificaram em estudo desenvolvido com adultos com excesso de peso e comorbidades que fazer as refeições fora de casa e aplicar, na prática, os conhecimentos adquiridos sobre alimentação saudável, principalmente em eventos sociais, foram as principais barreiras relatadas pelos participantes.

Neste estudo, dificuldades para mudar os hábitos, falta de tempo e dificuldades financeiras foram as barreiras mais citadas à adoção de modos mais saudáveis de vida. O contexto sociodemográfico contribui para a existência e percepção destas barreiras, de modo que as características de baixa renda e escolaridade apresentadas pela população da UBS também podem dificultar a adoção de comportamentos saudáveis (ANNEAR; CUSHMAN; GIDLOW, 2009; LEVY-COSTA *et al.*, 2005; FIGUEIREDO; JAIME; MONTEIRO, 2008).

Em estudo de base populacional sobre fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos, conduzido em Pelotas-RS, os dados obtidos mostraram-se muito semelhantes aos verificados neste estudo. Os indivíduos estudados eram, em sua maioria, mulheres, pertencentes a classes econômicas mais baixas, com média de idade de 43 anos e de escolaridade de oito anos completos (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006). Estas características, portanto, não são incomuns entre usuários da Atenção Primária a Saúde e devem ser consideradas no desenvolvimento de ações de saúde.

Neste estudo, o ato de frequentar a Academia da Cidade esteve positivamente associado à adesão a modos saudáveis de vida na análise multivariada.

Quanto à adesão à prática de atividade física para a melhoria da qualidade de vida, Carvalho *et al.* (2010) verificaram em trabalho realizado em Campinas, SP, que frequentar um centro de lazer, como as Academias da Cidade, aumentou a chance de praticar exercícios físicos de intensidade moderada ou vigorosa em 11,4 vezes entre as entrevistadas.

Como citado, a participação na Academia da Cidade neste estudo não se limita à promoção da prática de exercício físico, sendo um espaço utilizado para o aconselhamento nutricional e o engajamento social, o que na prática resulta em maior autonomia e qualidade de vida dos envolvidos. Dessa forma, a participação na Academia estaria relacionada tanto à melhora da adesão à prática de atividade física quanto a hábitos alimentares mais saudáveis (DIAS *et al.*, 2006; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009).

Considerar sua alimentação saudável permaneceu associada à adesão a modos saudáveis de vida na análise multivariada, sendo, possivelmente, uma percepção obtida a partir da implementação de hábitos alimentares mais saudáveis. Ressalta-se, entretanto, que esta percepção – considerar ou não a alimentação saudável – pode sofrer influência de diversos fatores, fazendo com que o conceito de alimentação saudável se altere de acordo com as diferentes formas de construção social. Mesmo com as variações, é possível perceber a tendência de considerar uma alimentação saudável aquela que inclui alimentos com baixa densidade calórica, restrita em gordura e proteína de origem animal, sal e açúcar e *light* e *diet* e rica em frutas, verduras e complementos à base de fibras e micronutrientes (AZEVEDO, 2008).

Neste estudo, considerando-se a importância da adesão a modos mais saudáveis de vida em relação ao perfil sociodemográfico e de saúde dos usuários, torna-se imprescindível a criação de estratégias que visem a uma maior participação dos profissionais na realização de aconselhamentos em saúde. Para tanto, é necessário considerar não só as barreiras à adesão a modos saudáveis de vida referidas pelos usuários, mas também as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde para sua implementação no cotidiano profissional e de vida. Tais dificuldades, muitas vezes, estão relacionadas à falta de tempo, de motivação, de conhecimentos teórico-práticos e, até mesmo, de percepção de não adesão de seus próprios pacientes aos aconselhamentos sobre tais modos (WYNN *et al.*, 2010; AMPT *et al.*, 2009; SCHMID *et al.*, 2009).

Acredita-se que as mudanças ocorridas com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde, bem como as políticas e os programas voltados para a capacitação dos profissionais de saúde têm contribuído para o redirecionamento das práticas, no contexto da Atenção Primária. Adicionalmente, programas que objetivam a promoção de exercícios

físicos, lazer e alimentação saudável para a comunidade, como as Academias da Cidade, têm se mostrado fundamentais para esse redirecionamento (HALLAL *et al.*, 2010), sendo diante disso ampliados mediante a criação das Academia da Saúde pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Apesar dos achados, o desenho transversal do estudo impossibilitou estabelecer relações temporais de causa-efeito. Ademais, tendo o processo amostral sido realizado em apenas uma UBS, os resultados encontrados não podem ser extrapolados para a população em geral. Pondera-se também a inexistência na literatura de parâmetros específicos para se avaliar a adesão a modos saudáveis de vida. Enfatiza-se que os resultados contribuem para a compreensão do tema e alertam os gestores municipais para a importância do aconselhamento e adesão a modos saudáveis de vida, principalmente diante da implantação de várias Academias da Cidade no município.

Ressalta-se, também, a importância dos achados para se repensar a prática profissional, especificamente na UBS em questão, onde a elevada taxa de vulnerabilidade social da população adstrita, associada à alta rotatividade de profissionais de saúde no local, apresenta-se como outro desafio ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde mais efetivas no local.

Considera-se, ainda, fundamental o desenvolvimento de estudos sobre aconselhamento e adesão a modos saudáveis de vida nos diferentes contextos sociodemográficos e de saúde, de forma a buscar estratégias mais equitativas de promoção à saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

## **7 CONCLUSÃO**

Tendo em vista o perfil de saúde da população em estudo, considerou-se insuficiente a frequência de realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida pelos profissionais da UBS, bem como a taxa de adesão referida pelos usuários. Essas, entretanto, foram superiores quando comparadas aos resultados verificados em outros estudos.

Os fatores associados à realização do aconselhamento pelos profissionais e sua adesão pelos usuários revelam a importância da atuação multiprofissional na Atenção Primária, tendo como referência o cuidado integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Sendo assim, é necessário repensar a prática profissional, ponderando os desafios e o potencial da Atenção Primária para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mais efetivas.

Neste sentido, apesar de a implementação das Academias da Cidade no município enquanto estratégia factível de promoção da saúde, verifica-se a necessidade de maior divulgação e fortalecimento de suas ações junto à comunidade e aos profissionais de saúde.

Da mesma forma, considera-se primordial para a melhoria da saúde dos indivíduos, levar em conta as barreiras e oportunidades para sua adesão aos modos saudáveis de vida, bem como os dificultadores percebidos pelos profissionais de saúde como inviabilizadores da prática do aconselhamento em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALJOHARAH, M.; ALQUAIZ, A. M.; TAYEK, S. A. Barriers to a healthy lifestyle among patients attending primary care clinics at a university hospital in Riyadh. *Ann Saudi Med.* v.29, n.1, p. 30-5, jan/feb. 2009.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva.* Rio de Janeiro. v.16, n. 1, p. 329-325, jan. 2011.

AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu), Botucatu,* v. 8, n.15, p. 375-380, mar/ago.2004.

AMPT, A. J.; AMOROSO C.; HARRIS, M. F.; MCKENZIE, S. H.; ROSE, V. K., TAGGART, J. R. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Fam Pract.* n. 26, p.10-59, ago. 2009.

ANNEAR, M. J.; CUSHMAN, G.; GIDLOW, B. Leisure time physical activity differences among older adults from diverse socioeconomic neighborhoods. *Health Place,* v. 15, n. 2, p. 482-90, jun. 2009.

AZEVEDO, E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. *Rev. Nutr., Campinas.* v. 21, n. 6, p. 717-723, nov/dez. 2008.

BARRETO, S. M. *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde.* Brasília. v.14, n.1, p.41-68, mar. 2005.

BERTOLDI, A. D; BARROS, A. J. D.; HALLAL, P. C.; LIMA, R. C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev. Saúde Pública, São Paulo,* v. 38, n. 2, p. 228-238, abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. 37p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2ª edição revista. Série B, textos básicos de saúde. Brasília, 2003. 48p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004a. 186p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf> > Acesso em: 03 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares, 2002-2003. Aquisição alimentar domiciliar per capita, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro; 2004b. 76p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. “Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.” Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância e Prevenção e Assistência. 1ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº. 1802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família. Brasília, 2008b. 1p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. VIGITEL BRASIL 2009 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, Brasília, 2010a. 150p.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares, 2008-2009. Aquisição alimentar domiciliar per capita, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro, 2010b. 282p.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008: Um Panorama da Saúde no Brasil acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, RJ, 2010c. 256p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. VIGITEL BRASIL 2010 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, Brasília, 2011a. 151p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Pólos da Academia da Saúde. Brasília, 2011b. 7p.

BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Rev. Nutri. Campinas, v.12, n.3, p.261-272, set/dez., 1999.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443, jun. 2006.

CARVALHO, E. D.; VALADARES, A. L. R.; COSTA-PAIVA, L. H.; PEDRO, A. O.; MORAIS, S. S.; PINTO-NETO, A. M. Atividade física e qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais: fatores associados. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, P. 433-440, set. 2010.

CASSADY, D.; JETTER, K. M.; CULP, J. Is price a barrier to eating more fruits and vegetables for low-income families? Journal of the American Diet Association. v.107, n.11, p.1909-1915, nov. 2007.

CAVALCANTI C. L., GONÇALVES M. C. R., CAVALCANTI A. L., COSTA S. F. G., ASCIUTTI L. S. R. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. Ciênc. saúde coletiva. v.16, p. 2383-2390, mai. 2011.

CHIUVE, S. E.; FUNG, T. T.; REXRODE, K. M.; SPIEGELMAN, D.; MANSON, J. E.; STAMPFER, M. J.; ALBERT C. M. Adherence to a low-risk, healthy lifestyle and risk of sudden cardiac death among women. JAMA. v. 306, n. 1, p. 62-9, jul. 2011.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. Rev. Nutr., Campinas. v. 22, n. 6, p. 937-946, dec. 2009.

COSTA, A. G. V.; PRIORE, S. E.; SABARENSE, C. M. FRANCESCHINI SCC. Questionário de frequência de consumo alimentar e recordatório de 24 horas: aspectos metodológicos para avaliação da ingestão de lipídeos. Rev Nutr.; v. 19, n. 5, p.631-41, out. 2006.

COTTA, R. M. M.; REIS, R. S.; BATISTA, K. C. S.; DIAS, G.; ALFENAS, R. C. G; CASTRO, F. A. F. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. Rev. Nutr., Campinas, v. 22, n. 6, p. 823-835, dez. 2009.

CRAIG, C. L.; MARSHALL, A. L.; SJÖSTRÖM, M.; BAUMAN, A. E.; BOOTH, M. L.; AINSWORTH, B. E. et al. International physical activity questionnaire: 12: country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc. v. 35, n.8, p.1381-95, aug. 2003.

DELAMATER, A. M. Improving Patient Adherence. Clinical Diabetes, v.24, n.2, p. 71-77, abr. 2006.

DIAS, M. A. S., *et al.* BH-SAÚDE: Projeto Promoção de Modos de Vida Saudáveis. PensarBH/Política Social. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. n.16, p. 21-24, out/dez 2006.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 24, n. 2, p. 353-363, fev. 2008.

DIMATTEO, M. R. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *Journal of the American Medical Association*. v. 271, p.79-83, jan.1994.

DURAN, A.C.F.L.; LATORRE, M.R.D.O.; FLORINDO, A.A.; JAIME, P.C. Food intake and physical activity level correlation among individuals who practice exercises in a gym. *R. bras. Ci.e Mov.* v. 12, n. 3, p.15-19, 2004.

FERNANDES, V. B. L; CALDEIRA A. P.; FARIA, A. A.; RODRIGUES NETO, J. F. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo. v. 43, n. 6, dez. 2009.

FIGUEIREDO, I. C. R.; JAIME, P. C; MONTEIRO, C. A. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo. v. 42, n. 5, p. 777-785, out. 2008.

FOGEHOLM, M.; KUKKONEN-HARJULA, K. Does physical activity prevent weight gain – a systematic review. *Obesity Review*. n. 1, p.95-111, out. 2000.

FRANCIS, L. A.; LEE Y.; BIRCH, L. L. Parental Weight Status and Girls' Television Viewing, Snacking, and Body Mass Indexes. *Obes Res*. v. 11, n. 1, p.143-51, jan. 2003.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 21, p. 490-8, mar/abr. 2005.

GOMES, K. O. *et al.* O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, dez. 2010.

GUIDONI, C. M.; OLIVERA, C. M. X.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L.. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. *Braz. J. Pharm. Sci.*, São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2009.

GUIMARÃES, F. P. M.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 15, n. 1, p. 37-44, jan. 2002.

GUIMARÃES, N. G.; DUTRA, E. S.; ITO, M. K.; CARVALHO, K. M. B. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 23, n. 3, mai/jun. 2010.

HALLAL, P. C.; VICTORA, C. G.; WELLS, J.; LIMA, R. C.; VALLE, N. J., Comparison between short and full-length International Physical Activity

Questionnaires. *Journal of Physical Activity and Health*. v. 1, n. 3, p. 227-34, jul. 2004.

HALLAL, P. C.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K.; ARAUJO, T. L.; ANDRADE, D.; BERTOLDI, A. D. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro. v. 21, n. 2, p. 573-80, mar/abr. 2005.

HALLAL, P. C. *et al.* Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.

HASKELL, W. L, *et al.* Physical Activity and Public Health. Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. v. 116. n. 9, p. 1423-1434, 2007.

HEIDMANN, I. T. S. B.; BUSS, A. M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.352-358, jun. 2006 .

JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.19-24, 2003.

JAIME, P. C.; MACHADO, F. M. S.; WESTPHAL, M. F.; MONTEIRO, C. A. Nutritional education and fruit and vegetable intake: a randomized community trial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. v. 41, n.1, p.154-7, feb. 2007.

KREUTER, M. W; SCHARFF, D P.; BRENNAN, L. K.; LUKWAGO, S. N. Physician Recommendations for Diet and Physical Activity: Which Patients Get Advised to Change? *Preventive Medicine*, v.26, p. 825-833, nov/dez. 1997.

LAATIKAINEN, T. *et al.* Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *BMC Public Health*. v. 19, p.7-249, set. 2007.

LEVY-COSTA, R. B.; SICHIERI, R.; PONTES, N. S.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, ago. 2005.

LIMA, A. N. Fatores associados ao excesso de peso entre usuários do serviço de promoção à saúde; academia da cidade do distrito sanitário leste de Belo Horizonte - Minas Gerais. 2009. 116p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

LITTLE, P.; MARGETTS, B. Dietary and exercise assessment in general practice. *Fam.Pract.* v.13, n. 5, p.477-82, out.1996.

LOPES, A. C. S.; SANTOS, L. C.; FERREIRA, A. D. Atendimento Nutricional na Atenção Primária à Saúde: Proposição de Protocolos. *Nutrição em Pauta*. v.101, p. 40-44, 2010.

MALTA, D. C.; DUARTE, E.C.; ALMEIDA, M. F.; DIAS, M. A. S.; MORAIS NETO, O. L.; MOURA, L. *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. v.16, n.4, p.233-244, out/dez. 2007.

MALTA, D. C.; MOURA, E. C.; CASTRO, A. M.; CRUZ, D. K. A.; MORAIS, NETO O. L.; MONTEIRO, C. A.. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. v.18, n.1, p.7-16, mar. 2009.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. *Rev. Nutr.* v. 21, n. 1, p39-47, fev. 2008.

MARTINS, A. R. *et al.* Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2297-2295, dez. 2010.

MATSUDO, S. M.; ARAÚJO, T. L.; MATSUDO, V. K. R.; ANDRADE, D. R.; ANDRADE, E. L.; OLIVEIRA, L. C. *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Saude*. v. 6, n.2, p.5-18, 2001.

MEICHENBAUM D.; TURK D. C. *Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guidebook*. New York: Plenum Press, 1987. 310p.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R.; BONSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Pública*; v. 14, n. 4; p.246-54, 2003.

MONTEIRO, C. A.; MOURA, E. C.; JAIME, P. C.; LUCCA, A.; FLORINDO, A. A.; FIGUEIREDO, I. C. R. *et al.* Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p.47-57, jan. 2005.

MONTICELLI, M.; ELSÉN, I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis. v. 15, n. 1, p. 26-23, mar. 2006.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo. v. 45, n. 1, p. 19-25, mar. 2011.

NAHAS, M. I. P. O Índice de Vulnerabilidade Social de Belo Horizonte: um instrumento de gestão municipal da qualidade de vida urbana. Fundação João Pinehiro – Escola de Governo. Curso de Gestão Urbana e Cidades, 2001.

NEMES, M. I. B.; HELENA, E. T. S.; CARACIOLO, J. M. M.; C. R. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 25, n. 3, p.392-400, 2009.

NUTRITION SCREENING INITIATIVE. Nutrition interventions manual for professionals caring for older americans: project of the American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association and National Council on Aging. Washington (DC); 1994.

PASCUCCI, M. A.; LEASURE, A. R.; BELKNAP, D. C., KODUMTHARA, E. Situational challenges that impact health adherence in vulnerable populations. *J Cult Divers*. Spring; v. 17, n. 1, p.4-12, 2010.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T.; DURANTE, M. C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, dez. 2007.

RIBEIRO, M. A.; MARTINS, M. A.; CARVALHO, C. R. F. The role of physician counseling in improving adherence to physical activity among the general population. *Sao Paulo Med. J.*, São Paulo, v. 125, n. 2, p.115-121, mar. 2007.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. T. P.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 18, n. 1, p. 119-128, jan/fev. 2005.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. v. 13, n 1, p. 23-34, fev. 2008.

SALVO, V. L. M. A.; GIMENO, S. G. A. Reprodutibilidade e validade do questionário de frequência de consumo de alimentos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p.505-512, ago. 2002.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev. Nutr.*, Campinas. v. 18, n. 5, out. 2005.

SANTOS, Z. M. S.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 332-340, set. 2005.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L.; MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. S. V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil

baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev. Saúde Pública, São Paulo. v. 43, n. 2, p. 74-82, 2009.

SCHMIDT, M. D.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet. v. 377, n. 9781, p.1949-1961, 2011.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro. v. 9, n. 4, p.897-908, dez. 2004.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: Implicações para a promoção da saúde. Ver. Min. Enferm. v. 15, n. 2, p.196-201, 2011.

SMITH, A. W.; BOROWSKI, L. A.; LIU, B.; GALUSKA, D. A.; SIGNORE, C.; KLABUNDE, C. *et al.* 'U.S. primary care physicians' diet, physical activity, and weight-related care of adult patients. Am J Prev Med. v. 41, n. 1, p. 33-42, Jul. 2011.

SINCLAIR, J; LAWSON, B; BURGE, F. Which patients receive advice on diet and exercise? Do certain characteristics affect whether they receive such advice? Can Fam Physician. v. 54, n. 3, p. 404-412, 2008.

SIQUEIRA, F. V.; NAHAS, M. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. Cad. Saúde Pública. v. 25, n.1. p. 203-213, 2009a.

SIQUEIRA, F. V.; NAHAS, M. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI R. X.; TOMASI, E. *et al.* Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 961-971, 2009b.

STAMLER, J.; STAMLER, R.; NEATON, J. D.; WENTWORTH, D.; DAVIGLUS, M. L.; GARSIDE, D.; DYER, A. R.; LIU, K.; GREENLAND, P. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. Journal of the American Medical Association. v. 282, p. 2012-2018, dez.1999.

STEIN, C. J.; COLDITZ, G. A. Modifiable risk factors for cancer. British Journal of Cancer. v. 90, p.299–303, 2004.

STEPTOE, A; KERRY, S.; RINK, E.; HILTON, S. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. Am J Public Health. v. 91, n. 2, p.265–269, 2001.

TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ROCHA, R. M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.1054-1062, 2009.

THOMAZ, P. M. D.; COSTA, T. H. M.; SILVAE, F.; HALLAL, P. C. Fatores associados à atividade física em adultos, Brasília, DF. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 894-900, out. 2010.

TOSCANO, J. J. O; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 15, n. 3, p. 169-173, mai/jun.2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (MG). Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde, PET-Saúde, n.1. Belo Horizonte, 2008. 87p.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo. v. 89, n. 3, p. 24-79, set. 2007.

VOSGERAU, M. Z. S.; SOARES, D. A.; SOUZA, R. K. T.; MATSUO, T.; CARVALHO, G. S. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. v.16, n. 1, p. 1629-1638, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. The Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO, 1986. 4p.

\_\_\_\_\_. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. (Report of a WHO Consultation on Obesity). Geneva: WHO, 2000. 265 p.

\_\_\_\_\_. WHO. Food and Agricultural Organization of the United Nations. Expert Report on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva: World Health Organization/Food and Agricultural Organization of the United Nations; 2003a. 160p.

\_\_\_\_\_. WHO. Health and development through physical activity and Sport. Geneva: World Health Organization, 2003b. 19p.

\_\_\_\_\_. WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003c. 211p.

\_\_\_\_\_. WHO. Preventing Chronic Diseases a vital investments. Geneva: World Health Organization. 2005. 182 p.

\_\_\_\_\_. WHO. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>>. Acesso em: 04 jun. 2010.

WYNN, K; TRUDEAU, J. D.; TAUNTON, K.; GOWANS, M.; SCOTT, I. Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers. *Can Fam Physician*. v. 56, n. 3, p.109-16, mar. 2010.

ZANCHETTA, L. M. *et al.* Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 387-399, set. 2010.

ZOLNIEREK, K. B. H.; DIMATTEO, M. R. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*. v. 47, n. 8, p.826–834, ago. 2009.

## ANEXOS

### Anexo 1 – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 037.0.410.203-09

Interessado(a): Prof. Hans-Joachim Karl Menzel  
Departamento de Esportes  
EEFFTO - UFMG

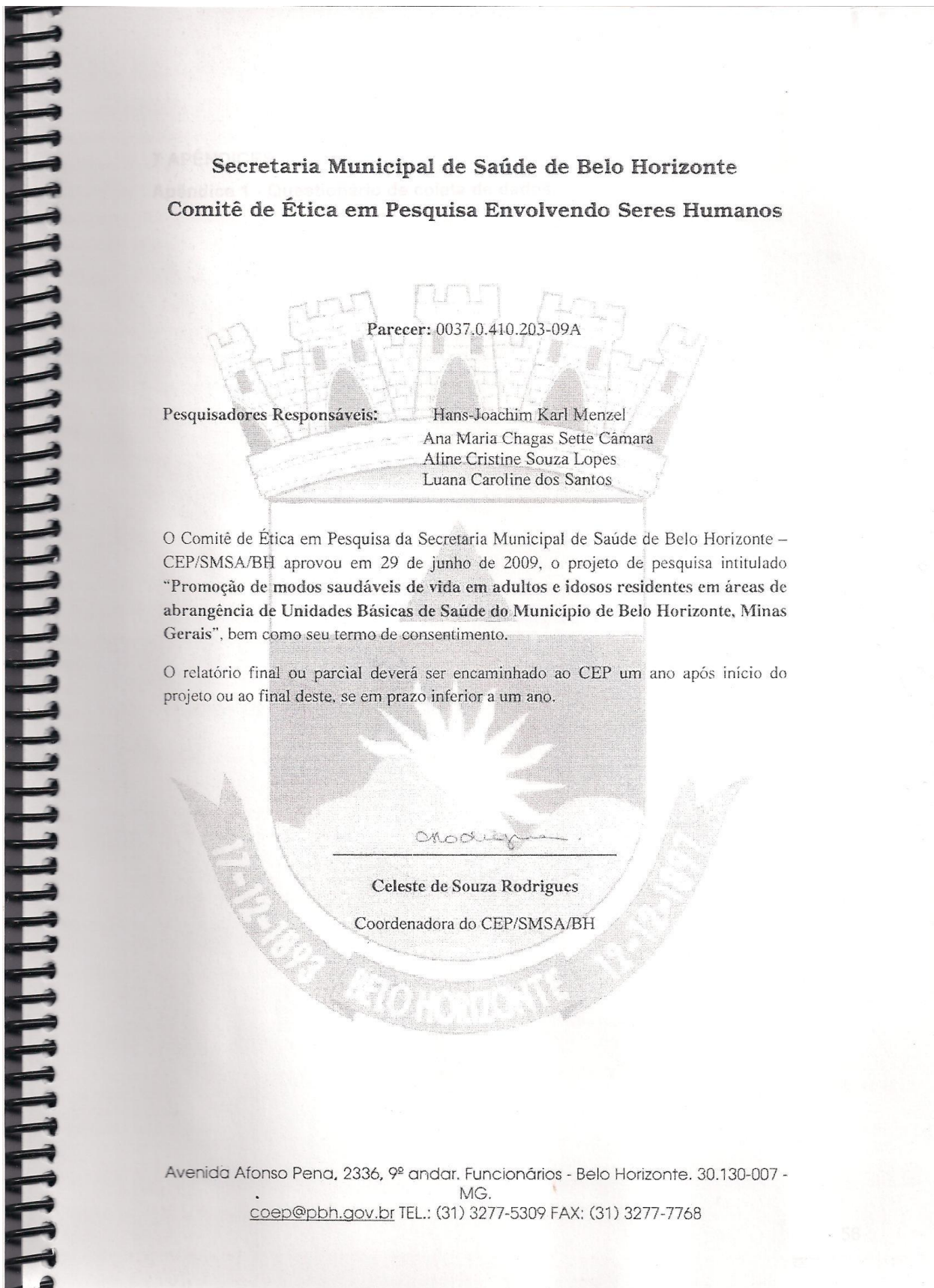
#### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 07 de outubro de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "**Promoção de modos saudáveis de vida em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFMG

## Anexo 2 – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.



## APÊNDICES

### Apêndice 1

#### QUESTIONÁRIO PET-SAÚDE MODOS SAUDÁVEIS DE VIDA

##### I) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- I.1) Número de Identificação: \_\_\_\_\_ I.2) Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- I.3) Nome do Usuário: \_\_\_\_\_
- I.4) Unidade Básica de Saúde: (1) Cafezal (2) Mariano de Abreu (3) Milionários
- I.5) Número de Prontuário: \_\_\_\_\_
- I.6) Equipe de Saúde da Família: (1) Um/Verde (3) Três/ Azul (5) Cinco/ Marrom  
(2) Dois/ Vermelha (4) Quatro/Branca (6) Seis/Amarela (7) Sete/Laranja
- I.7) Sexo: (0) Feminino (1) Masculino
- I.8) Idade: \_\_\_\_ anos I.9) Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- I.10) Atualmente, qual é a sua ocupação profissional? \_\_\_\_\_
- I.11) Qual a renda mensal da sua família? (*salário mínimo = R\$ 465,00*) R\$ \_\_\_\_\_
- I.12) Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_ pessoas
- I.13) Renda *per capita*: ☞ *Entrevistador, calcular (renda/nº de dependentes)*: R\$ \_\_\_\_\_
- I.14) Quantos anos você estudou? \_\_\_\_\_ anos

##### II) HISTÓRIA DE SAÚDE

- II.1) Alguma vez, algum profissional, médico ou enfermeiro, lhe disse que você tinha: ☞ *Entrevistador leia as opções.*
- II.1.1) Diabetes (0) Não (1) Sim (7) Não sabe
- II.1.2) Pressão alta (0) Não (1) Sim (7) Não sabe
- II.1.2.1) Medida de pressão arterial: \_\_\_\_\_ mmHg ☞ *Entrevistador transcreva a medida de PA do prontuário*
- II.1.3) Doenças do coração (0) Não (1) Sim (7) Não sabe
- II.1.4) Insuficiência renal crônica (0) Não (1) Sim (7) Não sabe
- II.2) Atualmente, algum profissional, médico ou enfermeiro, lhe disse que você tem:
- II.2.1) Colesterol alto (0) Não (1) Sim (7) Não sabe
- II.2.2) Triglicérides alto (*gordura no sangue*) (0) Não (1) Sim (7) Não sabe
- II.2.3) Outras doenças? \_\_\_\_\_
- II.3) Você tem:
- II.3.1) Constipação (*dor ao evacuar, fezes endurecidas*) (0) Não (1) Sim (7) Não sabe
- II.3.2) Diarréia (*mais de 4 evacuações/dia, fezes líquidas*) (0) Não (1) Sim (7) Não sabe
- II.4) Atualmente, você faz uso de medicamento ou de suplemento? (0) Não (1) Sim ☞ *Se não, vá para a questão II.5*
- II.4.1) Se sim, qual (is)? (1) Anti-hipertensivo (3) Hipoglicemiante oral (5) Outro: \_\_\_\_\_  
(2) Insulina (4) Antidepressivo (7) Não sabe (8) Não se aplica
- II.5) Você fuma? (0) Não (1) Sim ☞ *Se não, vá para a questão II.6*
- II.5.1) Se sim, em média quantos cigarros você fuma por dia? \_\_\_\_\_ cigarros
- II.6) Geralmente você dorme bem? (0) Não (1) Sim
- II.6.1) Em média, quantas horas você dorme por noite? \_\_\_\_\_ horas
- II.7) Você conhece a Academia da Cidade? (0) Não (1) Sim ☞ *Se não, vá para a questão II.8*
- II.7.1) Se sim, como você ficou sabendo da Academia da Cidade?  
(1) Médico/Enfermeiro/Agente Comunitário de Saúde (4) Televisão/Rádio  
(2) Nutricionista/Estagiário de Nutrição (5) Outros: \_\_\_\_\_  
(3) Amigo/Vizinho/Parente
- II.8) No último ano, qual o **principal motivo** para você ter procurado o Centro de Saúde?

- |                             |                                  |   |
|-----------------------------|----------------------------------|---|
| (1) Algum sintoma de doença | (6) Vacinação                    | (12) Consulta com profissional de saúde |
| (2) Renovação de receita    | (7) Prevenção de doenças         | (13) Outro: _____                       |
| (3) Exames de rotina        | (9) Acompanhamento pré-natal     | (77) Não sabe                           |
| (4) Atendimento Nutricional | (10) Recebimento de medicamentos | (99) Não respondeu                      |
| (5) Tratamento/reabilitação | (11) Atendimento Odontológico    |   |

### III) PERCEPÇÃO DE SAÚDE

Agora nós vamos perguntar algumas questões sobre sua saúde. *Entrevistador leia para o usuário*

III.1) De maneira geral, você diria que sua saúde é: (1) Muito boa (2) Boa (3) Razoável (4) Ruim (5) Muito ruim

III.2) No último mês, por quantos dias sua saúde física não foi boa (*excluindo saúde mental*)? \_\_\_\_\_ dias

III.3) Quantas vezes você foi ao médico no último ano? \_\_\_\_\_ vezes

III.4) No último ano quantas vezes esteve internado? \_\_\_\_\_ vezes

III.5) Você tem obesidade? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe

III.6) Você considera sua alimentação saudável? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe

III.7) Como você se considera em relação à prática de atividade física? (0) Muito Ativo (1) Ativo (2) Normal (3) Inativo

III.8) Para você **quem é o principal** responsável pela manutenção da sua saúde?

- |                |                             |                    |
|----------------|-----------------------------|--------------------|
| (1) Médico     | (5) Profissionais de saúde  | (9) Outro: _____   |
| (2) Dentista   | (6) Eu mesmo                | (77) Não sabe      |
| (3) Família    | (7) Nutricionista           | (88) Não se aplica |
| (4) Enfermeiro | (8) Governo/Centro de Saúde | (99) Não respondeu |

III.9) Para você **quem é o principal** responsável pelos seus problemas de saúde?

- |                         |   |                    |
|-------------------------|---|--------------------|
| (1) Família             | (5) Qualidade do/acesso ao serviço de saúde | (8) Eu mesmo       |
| (2) Situação econômica  | (6) Violência                               | (9) Outros: _____  |
| (3) Condição de moradia | (7) Alimentação                             | (77) Não sabe      |
| (4) Emprego/desemprego  |   | (99) Não respondeu |

III.10) Você considera sua alimentação importante para a sua saúde? (0) Não (1) Sim *Se não, vá para a sessão IV*

III.10.1) Se sim, Por quê?

- |  |                    |
|--|--------------------|
| (1) Previne doenças (diabetes, pressão alta, etc.) | (5) Outro: _____   |
| (2) Previne obesidade                              | (7) Não sabe       |
| (3) Previne desnutrição                            | (88) Não se aplica |
| (4) Melhora o funcionamento do intestino           | (99) Não respondeu |

### IV) HÁBITOS ALIMENTARES

IV.1) Normalmente você realiza:

Refeição	NÃO (0)	SIM (1)
IV.1.1) Café da Manhã		
IV.1.2) Lanche da manhã		
IV.1.3) Almoço		
IV.1.4) Lanche da tarde		
IV.1.5) Jantar ou café da tarde		
IV.1.6) Lanche antes de dormir		

IV.1.1.1) \_\_\_\_\_ Número de refeições/dia *Entrevistador: Não pergunte ao entrevistado, apenas registre número total de refeições.*

IV.2) Você tem o hábito de “beliscar” entre as refeições principais? (*Beliscar: comer doces, balas, biscoitos, etc.*) (0) Não (1) Sim

IV.3) Você geralmente mastiga bem os alimentos? (0) Não (1) Sim

IV.4) Você tem hábito de beber líquidos durante as refeições principais (*almoço e jantar*)? (0) Não (1) Sim

IV.5) Quantos copos de água você bebe por dia? \_\_\_\_\_ mL (*copo requeijão: 250mL; americano: 150 mL*)

IV.7) Quando você come frango, o que você faz com a pele do frango?

- |                                 |                          |                                 |                     |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------|
| (1) Retiro antes de comer       | (3) Algumas vezes retiro | (5) Nunca retiro                | (7) Não como frango |
| (2) Na maioria das vezes retiro | (4) Quase nunca retiro   | (6) Já vem preparado sem a pele |                     |

IV.8) Quando você come carne, o que normalmente faz com a gordura?

- |                                 |                                      |                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| (1) Retiro antes de comer       | (4) Quase nunca retiro               | (7) Não como carne               |
| (2) Na maioria das vezes retiro | (5) Nunca retiro                     | (8) Já vem preparado sem gordura |
| (3) Algumas vezes retiro        | (6) Não como carne com muita gordura |                                  |

IV.9) Quantas pessoas realizam as refeições principais (almoço e jantar) em casa? \_\_\_\_\_ pessoas

IV.10) Quantos dias duram 1 kg de sal na sua casa? \_\_\_\_\_ dias (1 pacote = 1 kg)

IV.10.1) Quantidade *per capita* diária de sal: \_\_\_\_\_ ☞ Entrevistador calcule esta informação após a entrevista.

V.11) Qual a quantidade de açúcar utilizada em um mês? \_\_\_\_\_ kg (1 pacote = 5 kg)

V.11.1) Quantidade *per capita* diária de açúcar: \_\_\_\_\_ ☞ Entrevistador calcule esta informação após a entrevista.

IV.12) Quantos frascos de óleo você utiliza por mês? \_\_\_\_\_ mL (1 frasco de óleo = 900mL)

V.12.1) Quantidade *per capita* diária de óleo: \_\_\_\_\_ ☞ Entrevistador calcule esta informação após a entrevista.

IV.13) Consumo de Frutas, Verduras e Legumes:

	Frutas	Verduras (alface, couve, etc.)	Legumes (tomate, abóbora, etc.)
<b>NOS ÚLTIMOS 6 MESES</b> , geralmente com que frequência você comeu:	IV.13.1) ( ) Número vezes (1) Diário (2) Semanal (3) Mensal (4) Raramente (5) Nunca	IV.13.2) ( ) Número vezes (1) Diário (2) Semanal (3) Mensal (4) Raramente (5) Nunca	IV.13.3) ( ) Número vezes (1) Diário (2) Semanal (3) Mensal (4) Raramente (5)
<b>NOS ÚLTIMOS 6 MESES</b> , geralmente quantos dias no mês você teve em casa?	IV.13.1.1) _____ dias	V.13.2.1) _____ dias	IV.13.3.1) _____ dias
<b>NOS ÚLTIMOS 6 MESES</b> , geralmente quantas porções* você comeu de cada vez:	IV.13.1.2) _____ porções ☞ Entrevistador explique para o usuário o que é uma porção, referindo-se a média das frutas – 1 unidade ou 1 fatia média.	V.13.2.2) Quantas colheres (sopa) você come de cada vez? _____ V.13.2.3) Modo de preparo: (1) Cru (2) Refogado	IV.13.3.2) Quantas colheres (sopa) você come de cada vez? _____
<b>NOS ÚLTIMOS 6 MESES</b> , qual foi principal motivo de você não comer todos os dias: ☞ Entrevistador, se o entrevistado come todos os dias vá para questão IV.14	IV.13.1.3) (0) Não gosta muito (1) Não tenho o costume (2) Estavam caras (3) Frutas são difíceis de comer (4) Estavam difíceis de comprar (5) Outros: _____ (8) Não se aplica	V.13.2.3) (0) Não gosta muito (1) Não tenho o costume (2) Estavam caras (3) Verduras são difíceis de comer (4) Estavam difíceis de comprar (5) Outros: _____ (8) Não se aplica	IV.13.3.3) (0) Não gosta muito (1) Não tenho o costume (2) Estavam caros (3) Legumes são difíceis de comer (4) Estavam difíceis de comprar (5) Outros: _____ (8) Não se aplica

IV.14) **NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, com que frequência você ingeriu?

Alimento/grupo	Frequência
IV.14.1) Leite Tipo: (1)Desnatado (2)Integral (3)Tipo C	IV.14.1.1)( )Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca IV.14.1.2) Em média, quantos copos de leite você toma por dia? _____ mL (copo requeijão: 250mL; americano:150 mL)
IV.14.2)Derivado leite (queijo,iogurte, etc)	IV.14.2.1)( )Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.3) Ovos	IV.14.3.1)( )Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.4) Feijão	IV.14.4.1)( )Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.5) Carnes (boi, frango ou porco)	IV.14.5.1)( )Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.6) Peixe	IV.14.6.1) ( )Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.7) Embutido (salsicha, salame, etc)	IV.14.7.1)( )Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.8) Macarrão (incluindo <i>miojo sem</i> tempero)	IV.14.8.1)( )Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.9) Macarrão do tipo <i>miojo (com tempero)</i>	IV.14.9.1)( )Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.10) Biscoitos salgados e doces	IV.14.10.1)( )Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.11) Biscoitos recheados	IV.14.11.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.12) Doce e chocolate	IV.14.12.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca

IV.14.13) Balas e chiclete	IV.14.13.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.14) Sorvete	IV.14.14.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.15) Frituras	IV.14.15.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.16) Salgados (coxinha, pastel, etc.)	IV.14.16.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.17) Salgadinhos tipo “chips”	IV.14.17.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.18) Sanduíche (hambúrguer, etc.)	IV.14.18.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.19) Refrigerante comum	IV.14.19.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.20) Refrigerante <i>diet/light</i>	IV.14.20.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.21) Adoçante	IV.14.21.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.22) Suco natural/ garrafa	IV.14.22.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.23) Suco em pó Tipo: (1) Comum (2) Diet/light	IV.14.23.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.24) Café	IV.14.24.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.25) Bebidas alcoólicas	IV.14.25.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.26) Molhos (de maionese, etc.)	IV.14.26.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.27) <i>Sazon e caldo Knorr</i>	IV.14.28.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca
IV.14.28) Banha de porco	IV.14.29.1)( ) Número vezes (1)Dia (2)Semana (3)Mês (4)Raro (5)Nunca

#### V) PERCEPÇÃO CORPORAL

V.1) Como você se sente em relação ao peso atual?

(1) Muito magro (2) Magro (3) Normal (4) Um pouco gordo (5) Gordo (6) Muito gordo

V.2) Em geral, você se sente satisfeito com a forma do seu corpo? (0) Não (1) Sim

V.3) Qual a forma corporal mais parecida com o seu corpo? \_\_\_\_\_ ☞ Entrevistador: mostrar figura ao entrevistado

☞ Entrevistador: registrar número da forma escolhida pelo entrevistado

V.4) Qual a forma corporal que gostaria de ser? \_\_\_\_\_ ☞ Entrevistador: registrar número da forma escolhida pelo entrevistado

V.5) Indicador da satisfação corporal: \_\_\_\_\_ ☞ Entrevistador: calcular diferença observada entre forma desejada e a atual

V.5.1) Com relação à satisfação corporal o entrevistado está: (1) Satisfeito (2) Insatisfeito

☞ Entrevistador: se o indicador da satisfação corporal for 0 ou 1, considere-o como satisfeito; se for > 1, insatisfeito

V.6) Nos últimos **seis meses**, você tentou emagrecer? (0) Não (1) Sim ☞ Se não, vá para a sessão VI

V.6.1) Se sim, foi:

(0) Sem acompanhamento de profissional de saúde (1) Com acompanhamento de profissional de saúde

V.6.2) O que você fez para emagrecer?

(1) Restrição alimentar (3) Uso de medicamentos (5) Restrição alimentar e atividade física  
(2) Atividade física (4) Medicamentos e atividade física (6) Restrição alimentar e medicamentos  
(7) Restrição alimentar, atividade física e medicamentos

#### VI) ACONSELHAMENTO SOBRE MODOS SAUDÁVEIS DE VIDA

VI.1) Alguma vez na vida, em uma consulta no Centro de Saúde, algum profissional (médico, enfermeiro, nutricionista...) lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria melhorar/mudar sua alimentação e/ou fazer atividade física para melhorar a sua saúde?

(0) Não (1) Sim ☞ Se não, vá para a questão VI.6

VI.1.1) Se sim, qual(is) profissional(is):

(1) Médico(a) (4) Agente Comunitário de Saúde (7) Estagiário(a) de nutrição  
(2) Enfermeiro(a) (5) Dentista (8) Outros: \_\_\_\_\_  
(3) Aux. Enfermagem (6) Nutricionista do NASF (9) Não respondeu (88) Não se aplica

VI.2) Com relação às orientações propostas sobre atividade física e/ou alimentação saudável, você:

(1) Realiza todas as orientações recebidas (3) Segue apenas algumas orientações propostas  
(2) Realiza as orientações por algum tempo, mas as abandona (4) Tenta seguir as orientações, mas não consegue ☞ Entrevistador, vá para a questão VI.5

(5) Não tentou seguir nenhuma orientação

☞ *Entrevistador, vá para a questão VI.5*

(6) Outras: \_\_\_\_\_

VI.3) Que tipo de orientação (ções) você consegue/conseguiu colocar em prática?

(1) Sobre alimentação saudável

(2) Sobre atividade física

(3) Sobre alimentação saudável e atividade física

VI.4) Você sentiu algum benefício para a sua saúde desde que melhorou sua alimentação e/ou iniciou atividade física?

(0) Não (1) Sim ☞ *Se não, vá para a questão VI.5*

VI.5.1) Se sim, qual(is) foi(ram) o(s) benefício(s):

(1) Redução do peso

(2) Maior disposição

(3) Melhora no funcionamento intestinal

(4) Melhora nos exames laboratoriais

(5) Melhora da saúde

(6) Redução da dose ou retirada de medicamentos

(7) Outros: \_\_\_\_\_

(8) Não se aplica

(9) Não respondeu

VI.5) Que dificuldade impediu que você seguisse total ou parcialmente as orientações propostas pelos profissionais do centro de saúde e/ou da Academia da Cidade sobre alimentação saudável e/ou atividade física?

(1) Dificuldade para mudar hábitos

(2) Falta de tempo

(3) Dificuldades financeiras

(4) Dificuldade para controlar impulsos alimentares

(5) Não considera as mudanças importantes para sua saúde

(6) É difícil

(7) Outro: \_\_\_\_\_

(77) Não sabe

(9) Não respondeu

VI.6) Você já participou de alguma atividade de nutrição? (0) Não (1) Sim ☞ *Se não, vá para a sessão VIII*

VI.2.1) Se sim, onde você participou?

(1) Academia da Cidade

(2) Grupo da Terceira Idade

(3) Centro de saúde – Equipe de Nutrição

(4) Grupo NASF

(5) Grupo Operativo - Equipe de Saúde da Família

(6) Outro: \_\_\_\_\_

(8) Não se aplica

(9) Não respondeu

VI.6.1) Qual atividade? (0) Atendimento individual (1) Atendimento em grupo (2) Sala de espera (8) Não se aplica

## VII) SATISFAÇÃO AO ATENDIMENTO EM SERVIÇOS DE PROMOÇÃO DE MODOS SAUDÁVEIS DE VIDA

VII.1) Com relação ao atendimento nutricional no Centro de Saúde você está: ☞ *Entrevistador: leia as opções*

(1) Muito satisfeito

(3) Indiferente

(5) Muito insatisfeito

(8) Não se aplica

(2) Satisfeito

(4) Insatisfeito

(7) Não sabe

(9) Não respondeu

VII.2) Com relação ao atendimento na Academia da Cidade você está: ☞ *Entrevistador: leia as opções*

(1) Muito satisfeito

(3) Indiferente

(5) Muito insatisfeito

(8) Não se aplica

(2) Satisfeito

(4) Insatisfeito

(7) Não sabe

(9) Não respondeu

VII.3) No acompanhamento nutricional no centro de saúde: ☞ *Entrevistador: leia as opções*

(1) Suas dúvidas sobre alimentação foram esclarecidas

(8) Não se aplica

(2) Parte de suas dúvidas sobre alimentação foi esclarecida

(9) Não respondeu

(3) Suas dúvidas sobre alimentação não foram esclarecidas

VII.4) No atendimento nutricional individual ou em grupo na Academia da Cidade: ☞ *Entrevistador: leia as opções*

(1) Suas dúvidas sobre alimentação foram esclarecidas

(8) Não se aplica

(2) Parte de suas dúvidas sobre alimentação foi esclarecida

(9) Não respondeu

(3) Suas dúvidas sobre alimentação não foram esclarecidas

VII.5) Na Academia da Cidade: ☞ *Entrevistador: leia as opções*

(1) Suas dúvidas sobre atividade física foram esclarecidas

(8) Não se aplica

(2) Parte de suas dúvidas sobre atividade física foi esclarecida

(9) Não respondeu

(3) Suas dúvidas sobre atividade física não foram esclarecidas

## VIII) QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (VERSÃO CURTA) - IPAQ

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

**VIII.1a)** Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

**VIII.1b)** Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

Ia	Segunda ( )	Terça ( )	Quarta ( )	Quinta ( )	Sexta ( )	Sábado ( )	Domingo ( )	Total (dias/semana) ___ dias
Ib								X
<b>Total por dia</b>								<b>Total (min/semana)</b> _____

**VIII.2a.)** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

**VIII.2b)** Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

2a	Segunda ( )	Terça ( )	Quarta ( )	Quinta ( )	Sexta ( )	Sábado ( )	Domingo ( )	Total (dias/semana) ___ dias
2b								X
<b>Total por dia</b>								<b>Total (min/semana)</b> _____

**VIII.3a)** Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

**VIII.3b)** Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

3a	Segunda ( )	Terça ( )	Quarta ( )	Quinta ( )	Sexta ( )	Sábado ( )	Domingo ( )	Total (dias/semana) ___ dias
3b								X
<b>Total por dia</b>								<b>Total (min/semana)</b> _____

### IX) ANTROPOMETRIA

Iniciar pelas medidas físicas/banco de Wells/abdominais/caminhada

IX.1) Peso atual: \_\_\_\_\_ kg IX..2) Altura: \_\_\_\_\_ m IX..3) IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> ☞ Entrevistador: calcule o IMC

IX.1.4) Classificação de IMC **adulto**:

- (1) Magreza grau III (3) Magreza grau I (5) Pré-Obeso (7) Obesidade grau II  
 (2) Magreza grau II (4) Eutrofia (6) Obesidade grau I (8) Obesidade grau III (88) Não se aplica

IX.1.2) Classificação IMC **idoso**: (0) Baixo peso (1) Eutrofia (2) Sobrepeso (88) Não se Aplica

IX.5) Circunferência da Cintura (CC): \_\_\_\_\_ cm

IX.5.1) Risco complicações metabólicas associadas à obesidade: (0) Sem risco (1) Elevado (2) Muito Elevado

IX.6) Circunferência Quadril (CQ): \_\_\_\_\_ cm

IX.7) Razão Cintura/Quadril (RCQ): \_\_\_\_\_ ☞ Entrevistador: calcule a RCQ

IX.7.1) Classificação da RCQ: (0) Sem risco (1) Risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares

### X) AVALIAÇÃO FÍSICA

X.1) Avaliação da Flexibilidade: Banco de Wells: \_\_\_\_\_ cm

X.2) Avaliação da resistência muscular localizada: Teste de Abdominal: \_\_\_\_\_ (número de abdominais em 1 minuto)

X.3) Teste de Degraus (**Katch e McArdle, 1984**): VO<sup>2</sup> Max: \_\_\_\_\_

**VO<sup>2</sup> máx Homens** = 111,33 - (0,42x FC do final do teste) **VO<sup>2</sup> máx Mulheres** = 65,81 - (0,1847 x FC do final do teste)

Fc= frequência cardíaca

## **Apêndice 2 - Carta de Informação**

### **CARTA DE INFORMAÇÃO**

Caro participante,

De acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e conforme requisito do Comitê de Ética em Pesquisa, estamos nos apresentando a você e descrevendo brevemente a pesquisa “Promoção de modos saudáveis de vida em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais” que estaremos realizando.

A pesquisa tem como objetivo analisar como a atividade física e a orientação de hábitos alimentares saudáveis, enquanto estratégias de promoção de saúde estão sendo indicadas pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) e adotadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para este estudo estaremos realizando algumas medidas tais como peso, altura e circunferências da cintura e quadril, assim como um teste físico envolvendo avaliação da flexibilidade e resistência muscular. As medidas e testes acima citados não provocam quaisquer riscos ou desconfortos. Serão também perguntadas questões sobre sua saúde e consumo alimentar, além da prática de atividade física.

O projeto oferecerá a você algumas informações sobre modos saudáveis de vida, visando prevenir doenças e melhorar a sua qualidade de vida.

Ressalto que você terá a garantia de receber resposta a qualquer dúvida dos sobre a pesquisa.

Você tem liberdade em não participar da pesquisa e isso não lhe trará nenhum prejuízo. Você não terá nenhuma despesa e nenhum benefício financeiro.

Comprometemo-nos a manter confidenciais as informações fornecidas por você e não identificar seu nome em nenhum momento, protegendo-o de eventuais questões éticas que possam surgir.

Durante todo o estudo, proporcionaremos as informações quanto aos seus dados.

Se houver alguma informação que deseje receber, o telefone de contato é (0xx31 – 3248-9871).

Desde já agradecemos sua atenção e colaboração.

Hans Joachin Menzel – Coordenador da pesquisa

### **Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Acredito ter sido informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim sobre a pesquisa “Promoção de modos saudáveis de vida em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais”. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, e quais medidas serão coletadas, seus riscos e desconfortos. Declaro ciente que todas as informações são confidenciais e que eu tenho a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida. Sei que a minha participação não terá despesas, nem remuneração e que estão preservados os meus direitos. Assim, concordo voluntariamente e consinto na minha participação no estudo, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem quaisquer prejuízos.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido para participação neste estudo.

Hans Joachin Menzel – Coordenador da pesquisa

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar,  
Campos Pampulha – Belo Horizonte – MG – Brasil, Cep: 31.270-901.  
Telefone/FAX:34994592/34994027