

Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde[#]

Counseling on healthy ways of life in Primary Health Care

Mariana Tâmara Teixeira de Toledo*

Raquel de Deus Mendonça*

Mery Natali Abreu*

Aline Cristine Souza Lopes*

87

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2017;4(1):87-97

Resumo

Introdução: O aconselhamento é um processo de orientação do profissional de saúde ao usuário que possibilita a construção de modos saudáveis de vida e a promoção da saúde. **Objetivo:** Verificar a realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde da Atenção Primária, segundo percepção dos usuários, e os fatores associados a esta prática. **Método:** Estudo seccional com usuários de Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte-MG. Foram coletados dados sociodemográficos, consumo alimentar avaliado por questionário de frequência alimentar, morbidade referida, uso de medicamentos, prática de atividade física, antropometria e relato de recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida (alimentação saudável e prática de atividade física). Aspectos associados à realização de aconselhamento foram identificados pela Regressão de Poisson. **Resultados e Discussão:** A frequência de recebimento de aconselhamento (40,8%) foi baixa, segundo relato dos usuários (n=417). Indivíduos com hipertensão arterial (RP:1,30; IC95%: 1,03; 1,66) e hipercolesterolemia (RP:1,62; IC95%: 1,28; 2,05), com consumo adequado de temperos ultraprocessados (RP:1,40; IC95%: 1,11; 1,78) e que participavam das atividades do Programa Academia da Saúde (RP:1,85; IC95%: 1,45; 2,36) foram mais aconselhados. **Conclusão:** O aconselhamento sobre modos saudáveis de vida precisa ser revisto de forma a promover a equidade e a integralidade do cuidado em saúde, tendo em vista o papel e o potencial da Atenção Primária.

Palavras-chave: Aconselhamento. Perfil de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Pessoal de Saúde. Promoção da Saúde.

Abstract

Introduction: Counseling is process guidance of health professionals that enables the construction of healthy lifestyles and health promotion. **Aim:** To check the performance of primary healthcare professionals on counseling healthy ways of living, according to the perception of users, and the factors associated with this practice. **Method:** A sectional study was conducted with users of the Basic Health Unit of Belo Horizonte, MG. Food consumption was assessed with the use of a food-frequency questionnaire. Sociodemographic data, morbidity, medication use, physical activity, and anthropometric measurements were collected, as were reported receipt of counseling about healthy ways of living (healthy eating and physical activity). Aspects associated with receiving counseling were identified by Poisson regression. **Results and Discussion:** There was an insufficient frequency of receiving counseling (40.8%), according to users (n=417). Individuals with hypertension (PR:1.30; 95%CI: 1.03; 1.66) or hypercholesterolemia (PR:1.62; 95%CI: 1.28; 2.05), presenting adequate intake of processed spices (PR:1.40; 95%CI: 1.11; 1.78) and participating in the Academia da Saúde Program (PR:1.85; 95%CI: 1.45; 2.36) were more counseled. **Conclusion:** Counseling on healthy ways of living needs to be revised in order to promote equity and integrality of health care, given the role and the potential of primary health care.

Keywords: Counseling. Health Profile. Primary Health Care. Health Personnel. Health Promotion.

DOI: 10.15343/0104-7809.201741018697

*Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG, Brasil.

[#] Artigo baseado da tese de Mestrado de TOLEDO MTT. Adesão a modos saudáveis de vida por usuários de Serviço de Atenção Primária à Saúde mediante aconselhamento. 2011. 113p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde é marcado pela elevada demanda requerida por indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como enfermidades do aparelho circulatório, diabetes *mellitus* e obesidade, dentre outras. Estas doenças apresentam etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis, dentre eles, a alimentação inadequada e a inatividade física¹.

Apesar de reconhecidos os benefícios de uma alimentação adequada e saudável, rica em alimentos *in natura* e minimamente processados, e com reduzida quantidade de alimentos processados e ultraprocessados², bem como da prática regular de atividade física para a promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT³, a maioria dos brasileiros relata baixa adesão a modos saudáveis de vida⁴. Este cenário aponta para a necessidade da ampliação da prática do aconselhamento sobre estes aspectos nos serviços de saúde^{5,6}.

O aconselhamento em saúde é compreendido como um processo genérico de ajuda, envolve desde orientações individuais ou coletivas até estratégias de intervenção. Ele pressupõe a construção de ações de educação em saúde pelo profissional com vistas à construção de modos saudáveis de viver^{5,6}. Neste contexto, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), por serem espaços legítimos de construção e implementação de ações assistenciais, preventivas e de promoção da saúde, de forma integral e segundo a realidade do indivíduo, são locais privilegiados para o seu desenvolvimento⁷.

São escassos os estudos que verificam a realização do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida entre profissionais da APS, sendo que aqueles que discutem a questão apontam para a sua baixa realização. No Missouri, Estados Unidos, foi observado⁸ a realização de aconselhamento sobre alimentação e atividade física em apenas 33% e 31% dos pacientes, respectivamente. Em outros estudos investigados, as taxas de aconselhamento sobre alimentação saudável, prática de atividade física ou ambos variaram entre 28% a 59%^{5,9-12}.

Diante deste cenário, este estudo objetivou verificar a frequência de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, bem como sua associação com o perfil sociodemográfico, de saúde e de estilo de vida dos usuários de um serviço de Atenção Primária.

MÉTODO

Estudo seccional realizado de outubro de 2009 a janeiro de 2010 em Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em área de elevada vulnerabilidade social de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Belo Horizonte tem direcionado as políticas de saúde para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde, como a expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a implantação do Programa Academia da Saúde (PAS). Este Programa oferece prática regular de exercício físico, acompanhamento nutricional e atividades de cidadania, em rede com as UBS^{12,13}.

Neste estudo foram entrevistados usuários de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 20 anos, que aguardavam acolhimento ou atendimento eletivo. O cálculo amostral baseou-se na população com 20 anos ou mais da região adstrita à UBS estudada e na prevalência de obesidade (11,8%), em 2008, em Belo Horizonte. Considerou-se poder de 80% e nível de significância de 5%, sendo estimada uma amostra de 327 indivíduos.

A coleta de dados foi realizada por acadêmicos de cursos da área de saúde integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), supervisionada por profissionais de saúde devidamente treinados, sob a coordenação da pesquisadora principal. Realizou-se treinamento em duas etapas: primeira nas dependências da Universidade Federal de Minas Gerais sobre a aplicação do questionário e aferição das medidas antropométricas e a segunda em campo por duas semanas consecutivas.

Utilizou-se questionário pré-testado, baseado em instrumento desenvolvido em estudo anterior¹⁴, constando de dados

sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e renda), consumo alimentar, morbidade referida, uso de medicamentos e prática de atividade física. A participação em serviços da APS, como atendimento nutricional na UBS e no polo do PAS também foi investigada.

Avaliou-se a ingestão alimentar dos usuários mediante Questionário de Frequência Alimentar (QFA) qualitativo. No QFA, os usuários foram questionados sobre a frequência de consumo de alimentos relacionados ao desenvolvimento de DCNT nos últimos seis meses¹⁴. Quando a frequência era “raro” ou “nunca”, considerou-se o alimento como não consumido. Para a análise da adequação do consumo alimentar foram utilizados critérios segundo as recomendações contidas no Guia Alimentar². Considerou-se como consumo adequado para: frutas, legumes e verduras - 5 porções/diárias; doces, biscoito recheado, refrigerante comum, suco artificial e frituras - 2 vezes/semana ou menos; e para temperos ultraprocessados - raro ou nunca.

Para mensurar o nível de atividade física dos usuários utilizou-se o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão reduzida. Esse instrumento permitiu estimar o tempo gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa em diferentes situações (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer), baseado na auto-recordação dos últimos sete dias. A partir do escore obtido, os usuários foram classificados como sedentários, irregularmente ativos, regularmente ativos ou ativos¹⁵.

A avaliação antropométrica constou das medidas de peso, estatura, circunferências da cintura (CC) e do quadril (CQ)¹⁶. A partir das medidas de peso e estatura, CC e CQ, realizou-se o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e da Razão Cintura/Quadril (RCQ) respectivamente¹⁶. Para definir a variável excesso de peso foram utilizados os seguintes valores de IMC: adultos = $IMC \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$ ¹⁶ e idosos = $IMC \geq 27,0 \text{ kg/m}^2$ ¹⁷.

A informação desfecho deste estudo, recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida (alimentação e prática de atividade física), foi obtida pelo relato dos participantes, sendo também questionado qual(is) o(s) profissional(is) de saúde responsável(is) por realizá-lo.

As análises estatísticas foram realizadas

com o auxílio do programa Stata, versão 9.2. Realizou-se análise descritiva, além dos testes Kolmogorov-Smirnov. Todas as variáveis foram não paramétricas e, portanto, apresentadas por valores de mediana e valores mínimo e máximo.

As possíveis relações entre o desfecho e as variáveis explicativas foram examinadas pelos 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% foram incluídas no modelo final multivariado de Regressão de Poisson com variância robusta. As variáveis foram ajustadas pelo método stepwise backward. Para todos os testes foi considerado nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (0037.0.410.203.09A) e da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 037.0.410.203-09).

RESULTADOS

Participaram do estudo 417 indivíduos, sendo a maioria mulheres (78,9%) e com baixa renda *per capita* (US\$158,23; mínimo: US\$ 4,43; máximo: US\$ 800,63) (Tabela 1).

Verificou-se elevada prevalência de doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia e diabetes) e de uso de medicamentos (54,7%). Além disso, 58,9% dos indivíduos apresentavam excesso de peso; 53,6% risco para complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo a medida de CC, e 25,2% de desenvolvimento de doenças, de acordo com a RCQ (Tabela 1).

Parcela considerável de entrevistados relatou não comer frutas (59,5%), verduras (47,2%) e legumes (38,2%) diariamente. Adicionalmente, foram elevadas as prevalências de consumo diário de frituras (13,0%), doces (13,4%), refrigerante comum (22,3%), sucos em pó (33,8%) e temperos ultraprocessados (52,8%).

Dos usuários entrevistados, 40,8% (n=170) relataram ter recebido aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, em algum momento

da vida, na UBS. Os médicos (80,1%) foram os profissionais mais citados como responsáveis pelo aconselhamento, seguidos dos enfermeiros (9,1%), estagiários de nutrição (7,0%) e nutricionistas da rede pública de saúde (1,6%). Dentistas, psicólogos, educadores físicos e técnicos de enfermagem foram referidos por realizarem aconselhamento por 0,5% dos usuários, cada, e nenhum usuário referiu receber aconselhamento por Agente Comunitário de Saúde. Apenas 8,6% dos entrevistados referiram participar das atividades de prática de exercício físico e atenção nutricional no PAS, e, 53,5% relataram não conhecer a existência deste serviço no território da UBS. Entre aqueles que conheciam, os principais informantes foram amigos, vizinhos ou parentes (76,5%), sendo os profissionais da UBS pouco citados como divulgadores do serviço (4,3% por médico, enfermeiro ou Agente Comunitário de Saúde; 0,7% por nutricionista ou estagiário de nutrição;

0,5% por psicólogo; e 0,2% por dentista).

Associou-se, na análise bivariada, com o recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida (Tabelas 2, 3 e 4): ter idade entre 40 e 59 anos, conhecer e participar do PAS, receber atendimento nutricional da UBS, referir ter morbidades, usar medicamentos, apresentar excesso de peso, risco muito elevado de complicações metabólicas, segundo CC, risco de doenças, de acordo com a RCQ e possuir consumo adequado de refrigerante e de temperos ultraprocessados.

Foram associadas à maior frequência de recebimento de aconselhamento, após ajuste por possíveis variáveis de confusão: 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 ultraprocessados (RP:1,40; IC95%: 1,11; 1,78) e participar de atividades do PAS (RP:1,85; IC95%: 1,45; 2,36).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes. Belo Horizonte, 2009-2010.

Variável	n	Valores
Idade - anos (mediana; mínimo, máximo)	417	39 (20; 85)
Faixa etária (%)	-	-
Adulto	366	87,8
Idoso	51	12,2
Sexo feminino (%)	329	78,9
Renda <i>per capita</i> mensal – US\$ (mediana; mínimo, máximo) [†]	387	US\$158,23 (4,43; 800,63)
Anos de estudo (mediana; mínimo, máximo)	417	8 (0; 18)
Morbidades (%)	-	-
Hipertensão arterial sistêmica	139	33,3
Hipercolesterolemia	72	17,3
Diabetes mellitus	42	10,1
Doenças coronarianas	35	8,4
Hipertrigliceridemia	28	6,7
Uso de medicamentos	228	54,7

continua...

...continuação - Tabela 1

Variável	n	Valores
Tipos de medicamentos		
Anti-hipertensivo	115	50,4
Antidepressivo	50	21,9
Hipoglicemiante oral	21	9,2
Insulina	13	5,7
Outros ^{II}	76	33,3
Excesso de peso (%) [‡]		
	239	58,9
Risco de complicações metabólicas - Circunferência Cintura [§]		
Elevado	96	23,5
Muito elevado	123	30,1
Risco de desenvolvimento de doenças - Razão Cintura/ Quadril [§]		
	103	25,2
Nível de atividade física - IPAQ*		
Sedentários	43	10,4
Insuficientemente ativos	111	26,7
Regularmente ativos	205	49,4
Ativos	56	13,5

Nota: *IPAQ - *International Physical Activity Questionnaire* (Indivíduos sem informação=2); [†]Indivíduos sem informação=30; [‡]Indivíduos sem informação=11; [§]Indivíduos sem informação=9; ^{II}Outros medicamentos: Anticoncepcionais (n=34), Levotiroxina (n=13), Hipolipidêmicos (n=13), Anticonvulsivantes (n=5) e Antiulcerosos (n=5).

Tabela 2 – Associação entre variáveis sociodemográficas, conhecimento e participação em atividades de promoção da saúde e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. Belo Horizonte, 2009-2010.

Variáveis	Recebeu Aconselhamento				Valor p	RP*	IC95% [†]
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Idade (anos)							
20 a 39	65	38,2	145	58,7		1,00	-
40 a 59	83	48,8	73	29,6	<0,001 [‡]	1,71	1,33; 2,20
60 ou mais	22	12,9	29	11,7		1,39	0,95; 2,02
Conhecer o Programa Academia da Saúde							
Não	72	42,4	151	61,1	<0,001 [‡]	1,00	-
Sim	98	57,6	96	38,9		1,56	1,23; 1,98

continua...

...continuação - Tabela 2

Participar do Programa Academia da Saúde							
Não	144	84,7	237	96,0	<0,001 [‡]	1,00	-
Sim	26	15,3	10	4,0		1,91	1,50; 2,43
Participar do atendimento nutricional da Unidade Básica de Saúde							
Não	160	94,1	245	99,2	0,005	1,00	-
Sim	10	5,9	2	0,8		2,1	1,59; 2,79

Nota: *RP – Razão de prevalências. [‡]IC95% - Intervalo de confiança de 95%. [‡]Teste Qui-Quadrado de Pearson. ^{||}Teste Exato de Fisher.

Tabela 3 – Associação entre variáveis de saúde e antropométricas com o recebimento e aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. Belo Horizonte, 2009-2010.

Variáveis	Recebeu Aconselhamento				Valor p	RP*	IC95% [‡]
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Hipertensão arterial							
Não	92	54,4	117	74,1	<0,001 [‡]	1,00	-
Sim	77	45,6	62	25,9		1,61	1,29; 2,02
Hipercolesterolemia							
Não	108	69,2	199	89,2	<0,001 [‡]	1,00	-
Sim	48	30,8	24	10,8		1,89	1,51; 2,36
Diabetes mellitus							
Não	142	84,0	227	93,8	0,004 [‡]	1,00	-
Sim	27	16,0	15	6,2		1,62	1,25; 2,12
Hipertrigliceridemia							
Não	124	86,1	210	96,3	<0,001 [‡]	1,00	-
Sim	20	13,9	8	3,7		1,92	1,46; 2,52
Uso de medicamentos							
Não	59	34,7	130	52,6	<0,001 [‡]	1,00	-
Sim	111	65,3	117	47,4		1,55	1,21; 2,00
Excesso de peso (n=406)							
Não	57	34,1	110	46,0	0,017	1,00	-
Sim	110	65,9	129	54,0		1,34	1,04; 1,73

continua...

Risco de complicações metabólicas- Circunferência da Cintura (n=408)							
Sem risco	61	36,3	128	53,3		1,00	-
Elevado	38	22,6	58	24,2	<0,001	1,22	0,88; 1,69
Muito elevado	69	41,1	54	22,5		1,73	1,34; 2,25
Risco de desenvolvimento de doenças - Razão Cintura/Quadril (n=408)							
Sem risco	112	66,7	193	80,4	0,002	1,00	-
Com risco	56	33,3	47	19,6		1,48	1,17; 1,86

Nota: *RP - Razão de prevalências. †IC95% - Intervalo de confiança de 95%. ‡Teste Qui-Quadrado de Pearson. || Teste Exato de Fisher.

Tabela 4 – Associação entre consumo alimentar e recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. Belo Horizonte, 2009-2010.

Variáveis	Recebeu Aconselhamento				Valor p	RP*	IC95% [‡]
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
FLV							
Inadequado	160	94,1	234	94,7	0,785	1,00	-
Adequado	10	5,9	13	5,3		1,07	0,66; 1,73
Doces							
Inadequado	30	17,6	61	24,7	0,087	1,00	-
Adequado	140	82,4	186	75,3		1,30	0,94; 1,79
Biscoito recheado							
Inadequado	11	6,5	25	10,1	0,192	1,00	-
Adequado	159	93,5	222	89,9		1,36	0,82; 2,26
Refrigerante comum							
Inadequado	53	31,2	102	41,3	0,036	1,00	-
Adequado	117	68,8	145	38,7		1,30	1,01; 1,68
Suco artificial							
Inadequado	78	45,9	118	47,8	0,704	1,00	-
Adequado	92	54,1	129	52,2		1,03	0,82; 1,31

continua...

Frituras [§]							
Não	50	29,6	65	26,3	0,464	1,00	-
Sim	119	70,4	182	73,7		0,90	0,70; 1,16
Temperos ultraprocessados							
Inadequado	118	69,4	201	81,4	0,005	1,00	-
Adequado	52	36,6	46	18,6		1,43	1,13; 1,81

Nota: * Teste Qui-Quadrado de Pearson. †RP – Razão de prevalências. ‡IC95% - Intervalo de confiança de 95%.
 ††FLV= Frutas, verduras e legumes. §Indivíduos sem informação=1.

Tabela 5 – Modelo final da Regressão de Poisson de variáveis associadas ao recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde. Belo Horizonte, 2009-2010.

Variáveis	Valor p	RP*	IC95%‡
Hipertensão arterial			
Não	0,026	1,00	-
Sim		1,30	1,03; 1,66
Hipercolesterolemia			
Não	<0,001	1,00	-
Sim		1,62	1,28; 2,05
Consumo de temperos ultraprocessados			
Inadequado	0,005	1,00	-
Adequado		1,40	1,11; 1,78
Participação do Programa Academia da Saúde			
Não	<0,001	1,00	-
Sim		1,85	1,45; 2,36

Nota: *RP – Razão de prevalências. †IC95% - Intervalo de confiança de 95%. Teste de qualidade do ajuste - p=1,00.

DISCUSSÃO

Considera-se insuficiente o aconselhamento sobre modos saudáveis de vida realizados pelos profissionais diante das prevalências de DCNT identificadas, sendo ainda inferior para aqueles indivíduos sem condições crônicas associadas.

A frequência de aconselhamento foi semelhante a encontrada em outros trabalhos brasileiros, que variaram de 28% a 59,3% com diferentes públicos, avaliando somente atividade física ou dieta^{5,9,10}.

De modo semelhante, estudos internacionais demonstram a baixa frequência de realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida. Pesquisa¹¹ desenvolvida com médicos da APS de Chicago, Estados Unidos, verificou que menos de 40,0% dos pacientes atendidos eram aconselhados sobre a importância da alimentação saudável, segundo o relato dos profissionais.

Estudo¹² realizado com usuários da APS atendidos por médicos de família da Nova Escócia, Canadá, observou-se que 37,6% dos respondentes relataram receber aconselhamento sobre alimentação saudável e 42,0% atividade física, valores próximos àqueles encontrados neste estudo. Em estudo realizado no Brasil com 499 usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte, 59,3% dos indivíduos referiam receber aconselhamento, principalmente por médicos (93,6%) e relacionados à alimentação saudável e à atividade física (48,9%)¹⁰.

O médico, geralmente^{8-11,19}, é identificado como o profissional responsável pelo aconselhamento. Neste estudo a participação de outros profissionais foi irrelevante, havendo poucos relatados de acompanhamento com o nutricionista e de participação no PAS, sendo o aconselhamento centrado nos profissionais da Estratégia Saúde da Família (médico e enfermeiro).

Na APS brasileira, marcada pelo seu caráter multidisciplinar, ao incorporar diversos profissionais de saúde, esse resultado é preocupante e levanta a hipótese de que as ações realizadas, ainda, podem ser pouco focadas na atenção integral e nos determinantes da saúde. Pondera-se, entretanto, que a cultura biomédica também pode influenciar a percepção do usuário em relação a qual o profissional que realiza este aconselhamento²⁰.

Tal achado evidencia a necessidade do fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários. Para tanto, torna-se necessário que as equipes de saúde busquem, de forma interdisciplinar, conhecer a lógica e os princípios que determinam os comportamentos relacionados à saúde dos indivíduos para pautar suas ações, bem como realizarem o aconselhamento em conjunto, de forma que as condutas na APS possam ser realizadas e

reforçadas por diferentes profissionais²¹.

O estabelecimento de parcerias com outros atores, como as universidades, também é importante para o fortalecimento da prática de aconselhamento. A ação conjunta entre universidade e serviço de saúde permite conjugar conhecimentos produzidos e acumulados por ambos os setores, favorecendo ações conjuntas e articuladas de promoção da saúde, pautadas em evidências científicas e efetivas à realidade local¹. Neste aspecto, a unidade de saúde em questão é privilegiada por parcerias com instituições de ensino e pesquisa, que desenvolvem ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde, desde 2006. Estas ações, talvez, sejam um dos motivos pela qual a realização de aconselhamento pelos profissionais de saúde tenha sido superior à verificada em outros estudos^{5,9}.

Mas, ainda assim, verificou-se a prática do aconselhamento associada à presença de doenças, assim como em outros trabalhos, fortalecendo a hipótese de que a unidade ainda pode atuar sobre a vigência de um modelo biomédico^{5,10,12}. É positivo que indivíduos com hipertensão arterial e hipercolesterolemia sejam aconselhados, uma vez que sua demanda por tais cuidados é emergencial. Entretanto, a APS, como nível de atenção à saúde que se caracteriza pela ênfase nas ações preventivas e de promoção da saúde, deve assegurar que o aconselhamento em saúde esteja disponível a todos os indivíduos, independente de seu nível de saúde, objetivando garantir a equidade e universalidade, princípios básicos do Sistema Único de Saúde^{5,22}.

Um caminho que pode ser adotado pelos profissionais da UBS para superar tal questão é atuação em rede com o PAS. Mais da metade dos indivíduos participantes do PAS (72,2%) relatou receber aconselhamento (dados não apresentados). Este Programa é um espaço para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, sendo uma oportunidade para a prática de atividade física no lazer e para a construção de uma alimentação saudável. Estudos têm apontado efeitos positivos de mudanças na prática de atividade física e de alimentação entre os seus usuários, revelando a importância deste serviço no contexto da concretização das políticas de promoção da saúde adotadas

pelo Brasil^{23,24}. Assim, reforça-se a necessidade de profissionais de saúde das UBS ampliarem a divulgação do PAS entre os usuários, bem como fortalecer o trabalho em conjunto, como estratégias efetivas para o incremento da prática do aconselhamento na APS.

Quanto aos hábitos alimentares, apenas o consumo adequado de temperos ultraprocessados manteve-se associado ao relato de aconselhamento no modelo multivariado. No entanto, deve-se ponderar que indivíduos hipertensos também foram mais aconselhados, grupo este que provavelmente apresenta consumo com maior nível de

adequação de alimentos ricos em sódio, como os temperos ultraprocessados, para o controle da doença. Tal aspecto sugere um possível viés de estudo transversal, no qual a temporalidade não pode ser avaliada.

Estes achados são oriundos apenas a uma UBS e, portanto, não podem ser extrapolados para a população em geral. Entretanto, os resultados contribuem para a compreensão da prática de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais na APS, principalmente frente à implantação de políticas de promoção da saúde e de controle do avanço das DCNT.

CONCLUSÃO

A realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde da APS foi insuficiente. Os sujeitos que relataram receber aconselhamento foram os que possuíam morbidades e que participavam de serviço de promoção da saúde. Os fatores associados à realização do aconselhamento, bem como o perfil de saúde dos usuários, revelam

a importância da atuação multiprofissional e em rede na APS, tendo como referência a equidade e o cuidado integral de indivíduos, famílias e comunidades. É necessário repensar a prática de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida entre os profissionais, tendo em vista o papel da APS no desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

FINANCIAMENTO: Ministério da Saúde, protocolo número: 25000.217993/2008-43.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt MD, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377 (9781): 1949-1961.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2014.
3. Neumann AICP, Martins IS, Marcopito LF, Araujo E AC. Dietary patterns associated with risk factors for cardiovascular disease in a Brazilian city. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 2(5): 329-339.
4. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Household food availability in Brazil: distribution and trends (1974-2003). *Rev. Saude Publica*. 2005; 39 (4): 530-540.
5. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Hallal PC. Counseling for physical activity as a health education strategy. *Cad. Saude Publica*. 2009; 25 (1): 203-213.
6. Ribeiro MA, Martins MA, Carvalho CRF. The role of physician counseling in improving adherence to physical activity among the general population. *Sao Paulo Med. J*. 2007; 125 (2): 115-121.
7. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system history advances and challenges. *Lancet*. 2011; 377 (9779): 1778-1797.
8. Kreuter MW, Scharff D P, Brennan LK, Lukwago SN. Physician Recommendations for Diet and Physical Activity: Which Patients Get Advised to Change? *Prev Med*. 1997; 26 (6): 825-33.
9. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Advices received from health service by patients for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Rev. Nutr*. 2002; 15 (1): 37-44.
10. Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida LMR, Santos LC. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33 (4): 14-21.
11. Kusner R F. Barriers to providing nutrition counseling by physicians: A survey of Primary Care practitioners. *Prev Med*. 1995; 24

(6): 546-52.

12. 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*. 2008; 54 (3): 404-412.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília*, 2011 abr 7; Seção 1:62.
14. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SWV, Alves M, Lopes AS. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2012; 18(1):95-102.
15. Lopes ACS, Santos LC, Ferreira AD. Nutritional Assistance in Primary Health Care: A Proposal of Protocols. *Nutr Pauta*. 2010; 101(1): 40-44.
16. Hallal PC, Matsudo SM, Matsudo VK, Araujo TL, Andrade D, Bertoldi AD. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. *Cad Saude Publica*. 2005; 21 (2): 573-80.
17. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. (Report of a WHO Consultation on Obesity). Geneva: WHO. 1998, 275 p.
18. Lipstchitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994; 21(1):55-67.
19. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas RCG, Castro FAF. Dietary habits of hypertensive and diabetic patients: rethinking patient care through primary care. *Rev. Nutr*. 2009; 22(6): 823-835.
20. Monticelli M, Elsen I. Culture as an obstacle: perceptions in nursing towards care for the family in multiple-patient rooms. *Texto contexto - enferm*. 2006; 15 (1): 26-23.
21. Alves G, Aerts D. Health education practices and Family Health Strategy. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(1): 329-325.
22. Buss PM. Health promotion and quality of life. *Cien Saude Colet*. 2000; 5(1):163-177.
23. Menezes MC, Mingoti SA, Cardoso CS, Mendonça RD, Lopes ACS. Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements - A randomized controlled trial. *Eating Behaviors*. 2015; 17: 37-44.
24. Mendonça, R. D. ; Lopes, A. C. S. . The effects of health interventions on dietary habits and physical measurements. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46:573-579.