

Recebimento de aconselhamento nutricional por adultos e idosos em um município do Sul do Brasil: estudo de base populacional

Adults and the elderly who received nutritional counseling in a city of southern Brazil: a population-based study

Milena de Oliveira Simões¹ , Samuel Carvalho Dumith¹ , Carla Vitola Gonçalves¹ 

RESUMO: *Introdução:* O aconselhamento nutricional vem desempenhando um papel de suma importância na prevenção e no tratamento de diversas doenças. *Objetivo:* Avaliar o recebimento de aconselhamento nutricional em adultos e idosos residentes na área urbana de um município do Sul do Brasil. *Métodos:* Estudo transversal de base populacional. Os dados foram coletados através de questionário aplicado em domicílio. O desfecho foi o recebimento de aconselhamento nutricional no último ano vinculado a diversos meios, até mesmo aos de comunicação. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, consulta médica no último ano, estado nutricional e outras variáveis de saúde. *Resultados:* Um total de 1.296 indivíduos compôs a amostra (taxa de resposta de 90,7%), sendo a maioria mulher (56,6%) e com idade entre 18 e 59 anos (75,3%). A prevalência do recebimento de aconselhamento nutricional foi de 19,9% (IC95% 17,3 – 22,5), sendo maior em mulheres do que em homens ($p = 0,01$). Na análise estratificada por sexo, nos homens houve associação significativa ($p < 0,05$) com o desfecho as variáveis: escolaridade ≥ 12 anos; consulta médica no último ano; baixo peso; obesidade; diabetes e hipertensão. Entre as mulheres, apresentaram associação com o desfecho as variáveis: plano de saúde; consulta médica no último ano; obesidade e diabetes. *Conclusão:* A baixa prevalência do aconselhamento nutricional e sua associação com doenças já instaladas expõem a necessidade de que o aconselhamento seja realizado não somente para o tratamento mas também como ações preventivas.

Palavras-chave: Epidemiologia nutricional. Estudos transversais. Prevalência. Orientação. Hábitos alimentares.

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande (RS), Brasil.

Autor correspondente: Milena de Oliveira Simões. Universidade Federal de Rio Grande, Campus Saúde (FURG). Rua Marechal Osório, s/n., Centro, CEP: 96203-900, Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: mih.simoies@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) – processo nº 16/2551-0000359-9 (Programa Primeiros Projetos – edital ARD/PPP 2014).

ABSTRACT: Introduction: Nutrition counseling has played a critical role in the prevention and treatment of various diseases. **Objective:** To evaluate how adults and elderly people, who are residents in an urban area of Southern Brazil, received nutritional counseling. **Methods:** This was a cross-sectional population based study. Data was collected through a questionnaire applied at home. The outcome was the prevalence of nutritional counseling received in the past year that came from different means, including means of communication. Sociodemographic variables, doctor visits in the past year, nutritional state and other healthcare variables were analyzed. **Results:** The sample included 1,296 individuals (rate of answer of 90.7%). The results indicate that the majority of the people interviewed were females (56.6%), with their age ranging from 18 to 59 years-old (75.3%). The prevalence of people receiving nutritional counseling was 19.9% (95%CI 17.3 –22.5). It was higher among women than men ($p = 0.01$). The sex-adjusted analyses showed a statistically significant ($p < 0.05$) association in men for the variables: schooling ≥ 12 years; medical consultation in the last year; low weight; obesity; diabetes and hypertension. Among the women, the following variables were associated with the outcome: health insurance; medical consultation in the last year; obesity and diabetes. **Conclusions:** The low prevalence of nutritional counseling and its association with diseases exposes the need for it to be implemented not only for treatment purposes but also as preventive health actions. **Keywords:** Nutritional epidemiology. Cross-sectional studies. Prevalence. Counseling. Food habits.

INTRODUÇÃO

A alimentação saudável é considerada um dos mais importantes meios de promoção da saúde¹. Sua realização contribui para a sensação de bem-estar físico e mental² e é fundamental na prevenção das doenças crônicas³. Contudo, nos últimos anos, a transição nutricional decorrente da urbanização e industrialização tem direcionado a hábitos alimentares inadequados e à diminuição progressiva da atividade física, contribuindo para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em todo o mundo⁴.

Dessa maneira, o aconselhamento ou a orientação nutricional — processo pelo qual os indivíduos são auxiliados a selecionar e a implementar comportamentos adequados de alimentação e estilo de vida, podendo ser expresso por diferentes agentes sociais, veículos e formatos — torna-se uma ferramenta eminente para o desenvolvimento de bons hábitos⁵. Estudos mostram que apesar de o aconselhamento nutricional ser uma ferramenta importante para a boa saúde, o seu uso ainda é insuficiente⁶⁻⁹. Além disso, a literatura associa a orientação nutricional à presença de excesso de peso^{7,9-11} ou à presença de doença crônica instalada^{9,10,12,13}.

Estudo realizado nos Estados Unidos (EUA) sobre o recebimento de orientação alimentar em consultas realizadas por médicos de cuidados primários detectou o aconselhamento sobre a prática de bons hábitos alimentares em 25% das consultas⁶. Quanto aos fatores associados ao recebimento de orientação nutricional, os estudos internacionais referem que as pessoas com idade entre 35 e 59 anos^{7,10,14}, portadoras de doenças^{10,12} e obesas^{7,10,14} recebem mais orientação.

No Brasil, estudos na atenção básica e de base populacional nacional mostram prevalência de aconselhamento nutricional em torno de 40 a 59%^{8,11,13} e de 29 a 38%⁹, respectivamente; sendo que possuir mais idade^{8,9}, ser do sexo feminino^{8,9}, estar com excesso de peso^{9,11} e ter doenças crônicas^{9,13} estão associados a um maior recebimento de orientação.

Apesar de a literatura evidenciar a grande importância da alimentação saudável, bem como outros hábitos de vida¹⁵, há escassez de estudos brasileiros que investigam a prevalência de aconselhamento nutricional. Uma vez que a assistência nutricional constitui numa estratégia de saúde pública importante no enfrentamento dos problemas alimentares¹⁶, este estudo objetivou avaliar o recebimento de aconselhamento nutricional, no último ano, por adultos e idosos residentes na área urbana de um município do Sul do Brasil. Também avaliou se os fatores socioeconômicos, ser portador de DCNT, o estado nutricional do indivíduo e a exposição ao serviço de saúde podem influenciar no recebimento de aconselhamento nutricional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de base populacional realizado na área urbana do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul. O estudo sobre recebimento de orientação nutricional integra o projeto “Saúde da População Riograndina”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande e que objetivou estudar as condições de saúde e os fatores associados na população de adultos e idosos residentes na zona urbana do município em 2016.

No cálculo do tamanho amostral foram utilizados os seguintes parâmetros: prevalência esperada de recebimento de aconselhamento nutricional de 30%, nível de confiança de 95%, 1,5 para efeito de delineamento amostral, margem de erro de 3,5 pontos percentuais e 10% para perdas e recusas. Nesse caso, a investigação deveria incluir pelo menos 1.086 indivíduos. Em relação aos fatores associados, para se trabalhar com erro alfa de 0,05, erro beta de 0,20, razão não expostos/ expostos de 9,0, prevalência de doença nos expostos de 75,87% e razão de riscos de 1,75, a pesquisa deveria incluir pelo menos 1.356 indivíduos. Já estando acrescidos nesse valor, 1,5 para efeito de delineamento, 15% para controle de potenciais fatores de confusão e 10% para perdas e recusas.

Para uma seleção representativa da população de adultos e idosos do município, o processo de amostragem ocorreu em múltiplos estágios, considerando o tamanho da população, os setores censitários e os domicílios, baseados nos dados do Censo Demográfico 2010¹⁷. No primeiro momento, foi realizada a seleção sistemática dos setores censitários da área urbana, seguida pela seleção, novamente sistemática, dos domicílios dentro de cada setor, obtendo assim um número final de 711 domicílios com uma média esperada de 2,08 indivíduos por domicílio¹⁷. Todos os indivíduos com idade ≥ 18 anos dos domicílios selecionados foram considerados elegíveis, exceto aqueles que no momento do estudo estavam institucionalizados em asilos, hospitais ou presídios e aqueles com incapacidade física e/ou mental para responder ao questionário.

A coleta de dados foi realizada com questionário único, pré-codificado e padronizado, aplicado entre os meses de abril e julho de 2016 por nove entrevistadoras selecionadas e treinadas. Os questionários foram revisados e codificados pelos supervisores da pesquisa e duplamente digitados para diminuição de eventuais erros. O controle de qualidade foi efetuado concomitantemente à coleta de dados, pela aplicação de um questionário reduzido em 10,5% da amostra, com índice de Kappa igual a 0,80¹⁸.

A variável desfecho foi construída pelo questionamento de todos os entrevistados sobre o recebimento ou não de orientação nutricional através da pergunta: “O(A) Sr.(a) recebeu alguma orientação sobre como deveria se alimentar desde <MÊS> do ano passado até agora?”, esse aconselhamento podendo estar vinculado a diversos meios, até mesmo aos de comunicação. Os que responderam positivamente a essa pergunta foram inquiridos sobre onde e de quem recebeu essa orientação; tipo de orientação nutricional recebida, tendo opções de respostas “não” ou “sim” para: “comer menos gorduras e frituras”; “comer menos doce ou açúcar”; “comer menos sal”; “comer mais frutas, legumes ou verduras”; “outra orientação”; e ainda, se recebeu alguma orientação por escrito e se considerava que suas dúvidas sobre alimentação foram esclarecidas.

As variáveis independentes estudadas foram: sexo; idade; cor da pele referida pelo entrevistado; estado civil; escolaridade, em anos; índice de bens, em tercil¹⁹, considerando características do domicílio (origem da água utilizada para beber, número de peças usadas para dormir e de banheiros na casa) e alguns bens domésticos (carro, computador, internet, telefone fixo, microondas, máquina de lavar roupa, máquina de secar roupa e DVD); plano de saúde; consulta médica no último ano; estado nutricional obtido através do cálculo do índice de massa corporal (IMC) utilizando o peso e a altura referidos pelo entrevistado; e dislipidemia, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, obtidos pelo questionamento sobre o recebimento de diagnóstico médico.

Para a realização dos cálculos estatísticos foi utilizado o *software* Stata[®] 11.2. Inicialmente foi realizada a análise bivariada com o cálculo do intervalo de confiança de 95% (IC95%), razão de prevalência e valor p. Após, as variáveis foram analisadas por modelo de regressão de Poisson, seguindo modelo hierárquico de três níveis, permanecendo no modelo apenas aquelas com $p \leq 0,20$. No primeiro (mais distal), foram incluídas as características sociodemográficas: idade; sexo; e cor da pele. No segundo, as variáveis foram: escolaridade; índice de bens; e possuir plano de saúde. No terceiro nível (mais proximal), foram utilizadas as variáveis referentes à saúde: consulta médica no último ano; estado nutricional; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; e dislipidemia.

Este trabalho faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Saúde da população rio-grandina”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob número de processo n^o 1.473.344 (CAAE: 52939016.0.0000.5324), parecer n^o 20/2016.

RESULTADOS

O estudo foi composto por 1.429 indivíduos, com taxa de resposta de 1.296 (90,7%) participantes, sendo contabilizados 9,3% de perdas e recusas. O efeito de delineamento para o desfecho do estudo foi igual a 1,35; sendo o coeficiente de correlação intraclasse igual a 0,017.

Dos 1.296 entrevistados, a maioria era do sexo feminino (56,6%), com idade entre 18 e 59 anos (75,3%), de cor da pele branca (82,9%), encontrava-se sem companheiro (53,8%), tinha escolaridade entre 0 e 11 anos de estudo (72,6%), possuía plano de saúde (52,6%), havia consultado um médico no último ano (80%) e encontrava-se com sobrepeso ou obesidade (61,6%). Quanto às doenças crônicas, 28,2% relataram hipertensão arterial, 16,3%, dislipidemia (colesterol e/ou triglicérides alto) e 7%, diabetes.

A prevalência do recebimento de aconselhamento nutricional, no último ano, foi de 19,9% (IC95% 17,3 – 22,5), sendo maior entre as mulheres (22,6%; IC95% 19,2 – 26,0) do que entre os homens (16,4%; IC95% 12,9 – 19,8), $p = 0,01$.

Na análise ajustada entre os homens (Tabela 1), observou-se que aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade receberam quase 3 vezes mais orientação nutricional do que os com escolaridade de até 8 anos, bem como aqueles que haviam consultado o médico no último ano (RP = 2,77; IC95% 1,34 – 5,70). Quanto ao estado nutricional, tanto os homens obesos quanto os de baixo peso receberam mais orientação do que os eutróficos. Entretanto, os homens abaixo do peso receberam 3 vezes mais orientação (RP = 3,33; IC95% 1,36 – 8,01). Em relação aos portadores de doença crônica, os homens diabéticos (RP = 2,55; IC95% 1,62 – 4,01) e hipertensos (RP = 1,98; IC95% 1,29 – 3,05) receberam cerca de 2 vezes mais orientações alimentares do que os que relataram não apresentar essas doenças.

Após a análise ajustada no grupo das mulheres (Tabela 2), identificou-se que aquelas com plano de saúde possuíam uma prevalência 67% (IC95% 30 – 116) maior de recebimento de aconselhamento alimentar do que as que não o possuíam. Aquelas que consultaram no último ano possuíam uma prevalência 2,8 (IC95% 1,48 – 5,30) vezes maior do que as que não consultaram. Para as mulheres com obesidade, essa taxa foi 82% (IC95% 16 – 185) maior, bem como para aquelas com diagnóstico de diabetes, que tiveram 2,29 (IC95% 1,60 – 3,25) vezes mais aconselhamento.

Quando questionados sobre qual tipo de orientação nutricional receberam, a mais referida foi consumir mais frutas, legumes e verduras (89,5%), seguida de consumir menos gorduras ou frituras (88,8%), doce ou açúcar (85,7%) e sal (81,4%). Dos 258 indivíduos que receberam orientação nutricional, 184 (71,3%) receberam todas essas 4 orientações. Ainda, 22,1% ($n = 57$) referiram recebimento de orientação abordando outros assuntos, tais como: fracionar as refeições, beber mais água, consumir menos carne vermelha e consumir mais alimentos integrais.

Avaliando o recebimento de orientação de acordo com o estado nutricional, observou-se semelhança entre os grupos (Figura 1). Sobre o recebimento de orientação nutricional por escrito, 41,5% afirmaram não ter recebido orientação alguma, seguido de 22,1% que receberam dieta e lista de alimentos, 15,5% somente lista de alimentos, 12,4% outros (como folders ou panfletos) e 8,5% somente dieta.

Avaliando os locais de recebimento das orientações alimentares, 50% dos indivíduos receberam orientação em clínica ou consultório privado, 19,4% em postos de saúde, 16% em outros locais como no trabalho, em casa e na academia, 11,6% em hospitais e 3,1% através da mídia. Quanto aos profissionais que forneceram essas orientações, os médicos vieram em primeiro lugar (50,8%), seguidos pelos nutricionistas (44,9%). Na percepção de mais de 92% dos entrevistados, a orientação recebida foi capaz de esclarecer as dúvidas existentes sobre alimentação e 84,1% alegaram que ela colaborou para a melhora do consumo alimentar.

DISCUSSÃO

No presente estudo apenas 1 a cada 5 entrevistados havia recebido alguma orientação nutricional (19,9%) no último ano. Essa prevalência foi similar àquelas encontradas em

Tabela 1. Análise bruta e ajustada do recebimento de orientação nutricional no último ano por indivíduos do sexo masculino com 18 anos ou mais, residentes na zona urbana de Rio Grande, RS, Brasil, 2016 (n = 562).

Variável	% que recebeu aconselhamento	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
Faixa etária (anos)			
18 a 39	17,8	1,00	1,00
40 a 59	14,8	0,84 (0,55 – 1,97)	0,65 (0,40 – 1,04)
≥ 60	16,4	0,92 (0,55 – 1,57)	0,63 (0,34 – 1,18)
Cor da pele			
Branca	17,1	1,00	1,00
Outras	12,3	0,72 (0,39 – 1,30)	0,71 (0,39 – 1,30)
Estado civil			
Solteiro	16,3	1,00	1,00
Casado	14,7	0,90 (0,61 – 1,33)	0,71 (0,45 – 1,11)
Separado/viúvo	25,0	1,53 (0,91 – 2,57)	1,67 (0,99 – 2,80)
Escolaridade (anos)			
0 a 8	9,1	1,00	1,00
9 a 11	16,4	1,80 (1,05 – 3,10)	1,63 (0,94 – 2,85)
≥ 12	28,9	3,18 (1,92 – 5,26)	2,74 (1,58 – 4,75)
Índice de bens (tercis)			
Menor	11,1	1,00	1,00
Intermediário	16,4	1,48 (0,89 – 2,45)	1,17 (0,69 – 1,96)
Maior	21,6	1,94 (1,20 – 3,14)	1,21 (0,74 – 2,01)
Plano de saúde			
Não	11,0	1,00	1,00
Sim	21,1	1,91 (1,22 – 2,99)	1,56 (0,97 – 2,51)
Consulta ao médico no último ano			
Não	5,2	1,00	1,00
Sim	20,0	3,88 (1,84 – 8,19)	2,77 (1,34 – 5,70)
Estado nutricional ^a			
Baixo peso	25,0	1,96 (0,29 – 13,3)	3,30 (1,36 – 8,01)
Eutrófico	12,8	1,00	1,00

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variável	% que recebeu aconselhamento	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
Sobrepeso	15,2	1,19 (0,73 – 1,96)	1,13 (0,71 – 1,80)
Obeso	24,8	1,94 (1,20 – 3,14)	1,61 (1,03 – 2,52)
Dislipidemia ^b			
Não	15,3	1,00	1,00
Sim	23,6	1,54 (0,98 – 2,44)	0,89 (0,54 – 1,47)
Diabetes mellitus ^b			
Não	14,5	1,00	1,00
Sim	43,2	2,98 (2,02 – 4,01)	2,55 (1,62 – 4,01)
Hipertensão arterial ^b			
Não	12,7	1,00	1,00
Sim	26,9	2,11 (1,45 – 3,08)	1,98 (1,29 – 3,05)

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; valores destacados em negrito foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$); ^acalculado através do peso e altura autorreferidos; ^bdiagnóstico médico autorreferido.

estudos realizados nos EUA e na Austrália^{14,20}. Dados da Pesquisa Nacional *Health Interview* 2000 (EUA), com 32.374 pessoas, encontraram prevalência de aconselhamento médico sobre dieta de 21,3%¹⁴. Já Booth e Nowson²⁰ entrevistaram 2.947 moradores do sul da Austrália, dos quais apenas 17% afirmaram ter recebido de seu médico alguma orientação como dieta e/ou exercício físico para perda de peso. Nos demais países, as prevalências de orientação encontradas foram maiores quando comparadas à deste estudo, como mostram os estudos realizados na Lituânia (26%)⁷, Polônia (40%)²¹ e França (42,4%)¹⁰.

Comparando o valor obtido nesta pesquisa com os estudos nacionais, este encontra-se abaixo do observado na literatura, variando de 29 a 59%^{8,9,11,13}. Porém, é importante ressaltar que, desses, apenas um estudo era de base nacional⁹, no qual a prevalência de aconselhamento nutricional, no último ano, variou entre 29 e 38%, de acordo com o tipo de orientação fornecida. Os demais foram restritos a amostras compostas de usuários de atenção primária à saúde (APS)^{8,11,13}.

A prevalência do recebimento de aconselhamento nutricional mostrou-se maior entre as mulheres do que entre os homens (22,6 *versus* 16,4%; $p = 0,01$), resultado também encontrado por outros estudos^{8,9}. Isso pode estar relacionado ao fato de as mulheres demonstrarem uma maior preocupação com a aparência corporal e com a saúde. Assim, solicitando mais orientações nutricionais dos profissionais de saúde do que os homens.

Quanto aos fatores associados ao recebimento de orientação nutricional, vários estudos mostram que a maior exposição ao atendimento médico pode influenciar positivamente a qualidade de vida e a mudança de hábitos do paciente^{22,23}. O presente estudo apontou que, em ambos os sexos, ter

Tabela 2. Análise bruta e ajustada do recebimento de orientação nutricional no último ano por indivíduos do sexo feminino com 18 anos ou mais, residentes na zona urbana de Rio Grande, RS, Brasil, 2016 (n = 734).

Variável	% que recebeu aconselhamento	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
Faixa etária (anos)			
18 a 39	20,9	1,00	1,00
40 a 59	21,3	1,02 (0,71 – 1,46)	1,02 (0,71 – 1,46)
≥ 60	27,0	1,29 (0,89 – 1,88)	1,29 (0,89 – 1,88)
Cor da pele			
Branca	22,5	1,00	1,00
Outras	23,5	1,04 (0,70 – 1,55)	1,08 (0,73 – 1,61)
Estado civil			
Solteiro	25,6	1,00	1,00
Casado	21,1	0,82 (0,59 – 1,15)	0,88 (0,61 – 1,27)
Separado/viúvo	21,2	0,83 (0,57 – 1,20)	0,76 (0,52 – 1,12)
Escolaridade (anos)			
0 a 8	19,4	1,00	1,00
9 a 11	23,5	1,21 (0,84 – 1,74)	1,24 (0,85 – 1,80)
≥ 12	26,3	1,36 (0,94 – 1,96)	1,33 (0,91 – 1,93)
Índice de bens (tercis)			
Menor	18,8	1,00	1,00
Intermediário	21,3	1,13 (0,76 – 1,69)	1,05 (0,69 – 1,59)
Maior	28,0	1,49 (1,06 – 2,08)	1,17 (0,80 – 1,71)
Plano de saúde			
Não	16,5	1,00	1,00
Sim	28,2	1,71 (1,33 – 2,19)	1,67 (1,30 – 2,16)
Consulta ao médico no último ano			
Não	7,3	1,00	1,00
Sim	25,7	3,51 (1,85 – 6,65)	2,80 (1,48 – 5,30)
Estado nutricional			
Baixo peso	28,6	1,52 (0,65 – 3,57)	2,75 (0,60 – 12,60)
Eutrófico	18,8	1,00	1,00

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Variável	% que recebeu aconselhamento	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
Sobrepeso	21,6	1,15 (0,80 – 1,65)	1,09 (0,66 – 1,81)
Obeso	33,5	1,79 (1,27 – 2,51)	1,82 (1,16 – 2,85)
Dislipidemia			
Não	21,3	1,00	1,00
Sim	29,0	1,36 (0,98 – 1,90)	0,92 (0,68 – 1,25)
Diabetes mellitus			
Não	20,4	1,00	1,00
Sim	52,8	2,60 (1,82 – 3,70)	2,29 (1,60 – 3,25)
Hipertensão arterial			
Não	21,0	1,00	1,00
Sim	26,4	1,26 (0,93 – 1,69)	0,97 (0,69 – 1,38)

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; valores destacados em negrito foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

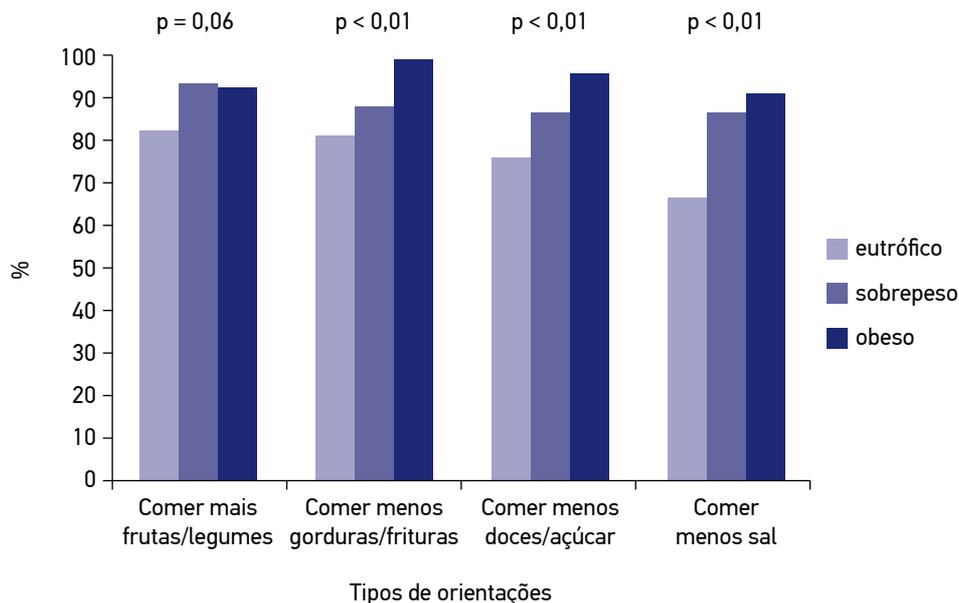


Figura 1. Tipos de orientações nutricionais recebidas, de acordo com o estado nutricional, por indivíduos com 18 anos ou mais, residentes na zona urbana de Rio Grande, RS, Brasil, 2016 (n = 258).

consultado o médico no último ano aumentou três vezes a probabilidade do indivíduo ter recebido alguma orientação nutricional. Através desses dados, pode-se enfatizar o papel do médico como disseminador do aconselhamento nutricional, fazendo da consulta uma oportunidade à sua prática.

Em ambos os sexos a obesidade foi um fator significativo para o recebimento de orientação nutricional. Um inquérito realizado na Lituânia entre 2000 e 2004 com três mil pessoas com idade entre 20 e 64 anos encontrou que apenas 26% dos indivíduos tinham sido aconselhados a mudar a dieta. Contudo, esse estudo identificou que quanto maior o IMC, maior a probabilidade de receber aconselhamento nutricional⁷. Esses resultados revelam uma preocupação dos profissionais quanto ao estado nutricional inadequado da população, porém ressalta a baixa utilização da orientação nutricional como ferramenta de prevenção.

Como visto em outros estudos, a presença de DCNT tem sido associada à maior probabilidade de receber orientação nutricional⁹⁻¹². Neste estudo, observou-se que os homens que referiam diabetes ou hipertensão, bem como as mulheres com diabetes, receberam cerca de duas vezes mais aconselhamento nutricional do que as pessoas autorreferidas sem doenças. No Canadá, um estudo realizado com 2.335 pacientes que referiam diabetes tipo II mostrou que 47,8% dos pacientes afirmaram ter recebido, a partir de um profissional de saúde no último ano, pelo menos um tipo de aconselhamento dietético²⁴. Estudo realizado EUA, com indivíduos diabéticos e/ou hipertensos, obteve prevalência de recebimento de aconselhamento sobre dieta e serviços de nutrição de 53%²⁵. Pesquisadores brasileiros analisaram as condições de saúde, aconselhamento alimentar e atividade física na APS e verificaram que 76,2% ($p < 0,001$) dos indivíduos com o diagnóstico de diabetes e 67,9% ($p < 0,001$) dos diagnosticados com hipertensão receberam aconselhamento, em comparação com os grupos sem essas doenças, que tiveram uma prevalência de 41,9 e 47,4%, respectivamente¹¹. Parece evidente que o aconselhamento nutricional tem sido utilizado como auxiliador no tratamento das DCNT, o que é um ponto positivo frente à importância dos hábitos alimentares saudáveis no prognóstico dessas doenças.

Ainda em relação aos fatores que influenciaram positivamente o recebimento de orientação nutricional, entre os homens pode-se observar que aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade tiveram quase 3 vezes mais probabilidade de serem aconselhados. Estudo realizado com 32.374 indivíduos com idade ≥ 18 anos nos EUA mostrou que possuir um grau de bacharel ou superior está associado à maior probabilidade de receber aconselhamento sobre dieta¹⁴. No grupo das mulheres, possuir plano de saúde aumentou em 67% a probabilidade de terem recebido aconselhamento nutricional. Ainda nos EUA, em estudo com 1.787 indivíduos obesos, possuir plano de saúde também foi significativamente associado ao recebimento de aconselhamento ($p < 0,001$)¹². O fato de possuir maior escolaridade ou ter plano de saúde estar associado ao maior recebimento de aconselhamento nutricional demonstra a inequidade existente quanto à exposição a essa medida de saúde.

Avaliando-se os locais de recebimento das orientações, metade dos indivíduos as recebeu em uma clínica ou consultório privado, o que talvez tenha influenciado positivamente o grupo de mulheres com plano de saúde. No entanto, estudo multicêntrico realizado no Brasil observou que as unidades básicas de saúde foram o local mais frequente de recebimento de orientações nutricionais⁹. Lopes *et al.*¹¹ ressaltam que a APS é o nível responsável

pelas ações de prevenção e promoção da saúde, devendo, assim, garantir a oferta do aconselhamento independentemente do estado de saúde dos indivíduos.

Quando investigamos os responsáveis pela orientação, os médicos foram citados por 50,8%, seguidos pelos nutricionistas, com 44,9%. Faz parte das atribuições do nutricionista, enquanto profissional e formador de hábitos alimentares, atentar para as crescentes modificações no consumo alimentar da população, atuando diretamente na adoção de hábitos que visam à promoção da saúde e à qualidade de vida dos indivíduos²⁶. No entanto, profissionais de saúde, em evidência os médicos, por terem um contato direto com pacientes, são apontados como os principais responsáveis pelo aconselhamento nutricional e estilo de vida saudável^{9,11,13,22,23}. Embora os nutricionistas sejam os profissionais mais preparados para realizar essa orientação, infelizmente o acesso a esses profissionais ainda é escasso, principalmente entre a população de menor renda.

Cabe evidenciar que orientar hábitos saudáveis é responsabilidade de todos os profissionais da saúde²⁷. Porém, considerando que o posto de saúde foi o segundo lugar mais prevalente para o recebimento de orientações, a atuação de outros profissionais de saúde, por exemplo enfermeiros e agentes de saúde, foi escassa. Ressalta-se a oportunidade perdida de prevenção à saúde e conscientização dos indivíduos em outros momentos que não a consulta.

Em relação aos tipos de aconselhamentos fornecidos, observou-se que quase 90% dos participantes relataram que consumir mais frutas, legumes ou verduras; menos gorduras ou frituras; menos doce, açúcar e sal foram as orientações recebidas. Silva et al.⁹, em estudo que investigou o recebimento de orientações, no último ano, para diminuição da ingestão de sal, açúcar e gorduras, observaram que o perfil de recebimento das diferentes orientações foi muito similar, sendo mais prevalente entre as mulheres e crescendo linearmente com a idade, independentemente do tipo de orientação. Embora a orientação alimentar não deva ser entendida apenas como a transmissão de orientações sobre alguns nutrientes, é de extrema importância a estimulação de um maior consumo de alimentos in natura, desestimulando o consumo de alimentos ultraprocessados ricos em açúcar, sódio, gorduras trans, entre outros componentes que, em excesso, são prejudiciais à saúde.

Os achados deste estudo mostram que, além da prevalência do aconselhamento nutricional ser baixa (19,9%), ela vem sendo empregada em decorrência de uma doença instalada ou em um estado nutricional de obesidade. Os médicos e os nutricionistas são a maior fonte de informação desses pacientes. Chama a atenção o fato de que em ambos os sexos os indivíduos saudáveis foram menos orientados, o que não deveria ocorrer.

Contudo, é necessário considerar algumas limitações deste estudo. Por apresentar delineamento transversal, leva à causalidade reversa, que impede o estabelecimento de relações de causa e efeito. Um exemplo é a variável consulta médica no último ano, em que fica difícil afirmar se a consulta por si só aumenta a chance de receber aconselhamento ou se é a busca de aconselhamento que acarreta a realização de consulta. Ainda, a obtenção de dados do histórico de saúde e do recebimento do aconselhamento foram autorreferidas, criando a possibilidade de viés recordatório, visto que alguns participantes podem ter esquecido ou omitido alguns dados durante a entrevista. Apesar das limitações, os resultados sugerem a viabilidade da metodologia utilizada, já que outros estudos^{8,9,13} sobre aconselhamento nutricional utilizaram esse método.

Ressalta-se que os estudos brasileiros abordando o recebimento de aconselhamento nutricional são raros, sendo em amostra de base populacional⁹ mais raros ainda. Dessa forma, é importante destacar que os dados primários, a abrangência da amostra, bem como a sua representatividade populacional e a baixa taxa de não resposta permitem que os resultados desta pesquisa sejam menos limitados ao local da coleta e a características específicas do indivíduo.

CONCLUSÃO

A baixa prevalência do recebimento de aconselhamento nutricional, principalmente entre os indivíduos saudáveis, com baixa escolaridade, sem plano de saúde e que não realizaram consulta médica no último ano deixa evidente a não utilização dessa prática como prevenção da saúde e conscientização sobre a importância de uma alimentação saudável.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a concessão de bolsa de mestrado a MOS; e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a concessão de bolsa de produtividade em pesquisa a SCD.

REFERÊNCIAS

1. USDA, DHHS. Dietary guidelines for Americans. 7ª ed. Washington, D.C.: Government Printing Office; 2010.
2. Shepherd J, Harden A, Rees R, Brunton G, Garcia J, Oliver S, et al. Young people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Educ Res* 2006; 21(2): 239-57. <https://doi.org/10.1093/her/cyh060>
3. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Genebra: World Health Organization; 2014.
4. Popkin BM. Contemporary nutritional transition: determinants of diet and its impact on body composition. *Proc Nutr Soc* 2011; 70(1): 82-91. <https://doi.org/10.1017/S0029665110003903>
5. Rodrigues EM, Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr* 2005; 18(1): 119-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000100011>
6. Anis NA, Lee RE, Ellerbeck EF, Nazir N, Greiner KA, Ahluwalia JS. Direct observation of physician counseling on dietary habits and exercise: patient, physician, and office correlates. *Prev Med* 2004; 38(2): 198-202. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.09.046>
7. Klumbiene J, Petkeviciene J, Vaisvalavicius V, Miseviciene I. Advising overweight persons about diet and physical activity in primary health care: Lithuanian health behaviour monitoring study. *BMC Public Health* 2006; 6(30): 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-30>
8. Andrade KA, Toledo MTT, Lopes MS, Carmo GES, Lopes ACS. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(5): 1117-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500012>
9. Silva SM, Facchini LA, Tomasi E, Piccini R, Thumé E, Silveira DS, et al. Recebimento de orientação sobre consumo de sal, açúcar e gorduras em adultos: um estudo de base nacional. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(4): 995-1004. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400019>
10. Covi-Crochet A, Cittée JC, Letrilliart L. Frequency, modes, and determinants of patients' nutritional education in family medicine: the Nutrimege study. *Rev Prat* 2010; 60(6 Supl.): 4-8.

11. Lopes ACS, Toledo MTT, Câmara AMCS, Menzel H-JK, Santos LC. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23(3): 475-86. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300010>
12. Nguyen HT, Markides KS, Winkleby MA. Physician advice on exercise and diet in a U.S. sample of obese Mexican-American adults. *Am J Health Promot* 2011; 25(6): 402-9. <https://doi.org/10.4278/ajhp.090918-QUAN-305>
13. Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida LMR, et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(4): 14-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400002>
14. Honda K. Factors underlying variation in receipt of physician advice on diet and exercise: applications of the behavioral model of health care utilization. *Am J Health Promot* 2004; 18(5): 370-77. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-18.5.370>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
16. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Supl. 2): S332-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400018>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
18. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33(1): 159-74.
19. Filmer D, Pritchett LH. Estimating wealth effects without expenditure data--or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography* 2001; 38(1): 115-32. <https://doi.org/10.1353/dem.2001.0003>
20. Booth AO, Nowson CA. Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their General Practitioner. *BMC Family Practice* 2010; 11: 8. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-8>
21. Pajak A, Szafranec K, Janion M, Szpak A, Wizner B, Wolfshaut-Wolak R, et al. The impact of the Polish national Programme of Cardiovascular Disease Prevention on the quality of primary cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Kardiol Pol* 2010; 68(12): 1332-40.
22. Hemiö K, Pölonen A, Ahonen K, Kosola M, Viitasalo K, Lindström J. A Simple Tool for Diet Evaluation in Primary Health Care: Validation of a 16-Item Food Intake Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11(3): 2683-97. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph110302683>
23. Milder IEJ, Blokstra A, Groot J, Dulmen VS, Bemelmans WJE. Lifestyle counseling in hypertension-related visits-analysis of video-taped general practice visits. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 58. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-58>
24. Baillot A, Pelletier C, Dunbar P, Geiss L, Johnson JA, Leiter LA, et al. Profile of adults with type 2 diabetes and uptake of clinical care best practices: results from the 2011 Survey on Living with Chronic Diseases in Canada - Diabetes component. *Diabetes Res Clin Pract* 2014; 103(1): 11-9. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.11.022>
25. Aparasu RR, Aparasu A. Hypertension management in outpatient visits by diabetic patients. *Res Social Adm Pharm* 2008; 4(3): 284-29. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2007.07.001>
26. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência por ares de atuação e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas; 2005.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Recebido em: 13/03/2018

Revisado em: 22/09/2018

Aceito em: 27/09/2018

Contribuição dos autores: MOS supervisionou o trabalho de campo e redigiu o artigo. SCD coordenou o estudo e revisou criticamente o artigo. CVG coordenou o estudo e revisou criticamente o artigo.

