

# Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG

doi: 10.5123/S1679-49742014000300010

## Health conditions and counseling on diet and physical activity in Primary Care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil

### Aline Cristine Souza Lopes

Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil

### Mariana Tâmara Teixeira de Toledo

Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte-MG, Brasil

### Ana Maria Chagas Sette Câmara

Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil

### Hans-Joachim Karl Menzel

Departamento de Esportes, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil

### Luana Caroline dos Santos

Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** investigar fatores associados ao recebimento de aconselhamento sobre alimentação e atividade física. **Métodos:** estudo transversal, realizado de outubro de 2009 a janeiro de 2010, com amostra de usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Foram coletados dados sociodemográficos, antropométricos, sobre consumo alimentar, uso de serviços e condições de saúde e relato de recebimento de aconselhamento. **Resultados:** a frequência média de aconselhamento foi de 51,1%, com variação de 16,5% a 36,0% entre as UBS. Foram variáveis associadas ao recebimento de aconselhamento ( $p < 0,05$ ): ter hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes, excesso de peso; usar medicamentos e participar do Programa Academia da Saúde (PAS). **Conclusão:** a presença de agravos e a participação do PAS foram as condições de saúde associadas ao recebimento do aconselhamento, evidenciando-se a importância deste programa e a necessidade de reforçar a prática do aconselhamento com caráter preventivo e promotor da saúde na Atenção Primária.

**Palavras-chave:** Aconselhamento; Atenção Primária à Saúde; Estudos Transversais; Hábitos Alimentares; Atividade Motora.

## Abstract

**Objective:** to investigate health factors associated with receiving counseling on diet and physical activity. **Methods:** cross-sectional study with a sample of Primary Health Care Centers service users in Belo Horizonte-MG. Sociodemographic, anthropometric and dietary intake data were collected, as were data on use of services, health conditions and reported receipt of counseling. **Results:** on average 51.1% received counseling, varying between 16.5% at Center A and 36.0% at Center D. After adjusting for Primary Health Care Center, variables associated with receiving counseling ( $p < 0.05$ ) were: having hypertension, hypercholesterolemia, diabetes, overweight, taking medication and taking part in the Health Fitness Academy Program (HEAP). **Conclusion:** health factors associated with counseling were the presence of disease and taking part in HEAP. These findings highlight the importance of HEAP and the need to strengthen preventive health promotion counseling in Primary Care.

**Key words:** Counseling; Primary Health Care; Cross-Sectional Studies; Food Habits; Motor Activity.

### Endereço para correspondência:

Aline Cristine Souza Lopes – Avenida Alfredo Balena, nº190, Escola de Enfermagem, sala 316, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP: 30130-100  
E-mail: alinelopesenf@gmail.com

## Introdução

O cenário epidemiológico da saúde no Brasil é marcado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus* (DM), que, em 2007, representaram 58% dos óbitos no país.<sup>1</sup> Este quadro é potencializado pela tendência pouco favorável dos principais fatores de risco envolvidos em sua etiologia, como a alimentação inadequada e a inatividade física.<sup>1</sup>

De modo a enfrentar essa situação, o Brasil vem implementando estratégias de vigilância às DCNT e seus fatores de risco, com destaque para o monitoramento dos fatores de risco mediante pesquisas nacionais e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).<sup>1</sup>

*O cenário epidemiológico da saúde no Brasil é marcado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (DM), que, em 2007, representaram 58% dos óbitos no país.*

A APS objetiva ampliar o acesso à saúde integral e positiva.<sup>3</sup> Para tal, o aconselhamento em saúde constitui importante estratégia de cuidado, sobretudo no que concerne à alimentação saudável e à prática de atividade física.<sup>4</sup>

O aconselhamento em saúde pode ser compreendido como um processo genérico de apoio aos usuários,<sup>5</sup> no qual o profissional considera o contexto biopsicossociocultural do indivíduo e o auxilia a explicitar os conflitos que permeiam seu cotidiano, visando construir estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas de saúde.<sup>5</sup>

Incorporar a prática do aconselhamento na APS tem sido um desafio, uma vez que estudos revelam proporção de aconselhamento variando de 20 a 40%.<sup>4,6</sup> O objetivo deste artigo foi investigar os fatores associados ao recebimento de aconselhamento sobre alimentação e atividade física na APS.

## Métodos

Estudo transversal realizado de outubro de 2009 a janeiro de 2010, em Belo Horizonte.

Em 2007, Belo Horizonte contava com população estimada de 2.412.937 habitantes, em nove regionais administrativas.<sup>7</sup> Este município tem implementado ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde de populações vulneráveis no âmbito da APS, como o Programa Academia da Saúde (PAS), que oferece prática regular de exercícios físicos e acompanhamento nutricional para indivíduos com 18 ou mais anos.<sup>8,9</sup>

Este estudo foi realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), aqui denominadas de UBS A, B, C e D, de diferentes regiões da cidade, que se distinguem pelo contexto social e presença de um polo do PAS. Devido a estas especificidades, as quatro Unidades foram incluídas na linha de pesquisa “Promoção de Modos Saudáveis de Vida”, do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), gerido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A UBS A não possuía PAS na regional, enquanto duas outras UBS apresentavam estes serviços em suas áreas de abrangência (UBS B – distância de 300m; e C – distância de 600m), e a última, situada na mesma regional, mas fora de sua área adstrita (UBS D – distância de 2.000m).

Estes serviços situavam-se em áreas com índices de vulnerabilidade social (IVS) baixos: 0,56 para a UBS A; 0,77 para a B; 0,60 para a C; e 0,76 para a D. O IVS é constituído por variáveis ambientais, culturais, econômicas e jurídicas, sendo que quanto mais próximo de 1,00, pior a situação de vulnerabilidade.<sup>10</sup>

A amostra do estudo foi composta por usuários de ambos os sexos, com 20 anos ou mais de idade, que aguardavam acolhimento ou procedimento eletivo e que aceitaram participar da pesquisa, excluindo aqueles com demanda aguda mais grave. O cálculo amostral baseou-se na população com 20 anos ou mais idade residente nas áreas de abrangência das UBS, em torno de 10 mil sujeitos por unidade, e na prevalência de obesidade (12,1%), em 2008, em Belo Horizonte.<sup>2</sup> Considerou-se para o cálculo poder de 80% e nível de significância de 5%, sendo estimada uma amostra proporcional ao número de usuários nos serviços, com margem de 5% de erro, sendo 135 indivíduos para a UBS A, 137 para a B e a C, e 141 para a D, utilizando-se

fórmulas de amostragem para fins descritivos.<sup>11</sup> Foram convidados a participar do estudo todos os usuários que aguardavam acolhimento ou atendimento eletivo na UBS durante o período da coleta de dados.

Todos os dados foram coletados por acadêmicos da área de saúde integrantes do PET-Saúde da UFMG e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os entrevistadores receberam treinamento com duração de 12 horas, sendo oito em campo simulando a entrevista e a realização de medidas físicas visando sua padronização. Destaca-se que, tanto durante o treinamento quanto na realização da coleta dos dados, os entrevistadores foram supervisionados pelos preceptores.

Os dados foram obtidos por meio de um questionário pré-testado,<sup>12</sup> constando de: 1) variáveis sociodemográficas – idade, sexo, escolaridade (anos de estudo) e renda (renda familiar mensal dividida pelo número de moradores do domicílio, convertida em dólares pela cotação do dia, visando sua comparabilidade temporal); 2) perfil alimentar – número de refeições diárias; consumo de alimentos, obtido a partir de Questionário de Frequência Alimentar (QFA);<sup>12</sup> ingestão de gordura aparente das carnes e pele do frango, e de frutas, legumes e verduras (FVL); 3) condições autorreferidas de saúde – presença de doenças, uso referido de medicamentos, atividade física e tabagismo (autorrelato atual do hábito de fumar). Ademais, foram aferidas as medidas antropométricas.

No QFA, os usuários foram questionados sobre a frequência (diária, semanal, mensal, rara/nunca) de consumo alimentar nos últimos seis meses de 20 alimentos. As quantidades de FLV foram transformadas em porções, sendo toda adequação do consumo alimentar realizada de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira.<sup>13</sup>

Para mensurar o nível de atividade física, empregou-se a versão reduzida do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), sendo os usuários classificados como sedentários, irregularmente ativos, regularmente ativos ou ativos.<sup>14</sup>

Para a realização de todas as medidas antropométricas, os usuários retiraram adornos, objetos dos bolsos, casacos e sapatos. A medida de peso foi obtida por tomada única em balança digital com capacidade para 180kg e precisão de 100g. 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. As medidas de peso e altura foram usadas para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), definido como peso (em kg) dividido pela estatura (em metros) ao quadrado. Para a mensuração da circunferência da cintura (CC), uma fita métrica inelástica e inextensível foi posicionada no ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela, sem comprimir tecidos. A classificação do IMC foi realizada conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>15</sup> para adultos e a *Nutrition Screening Initiative*<sup>16</sup> para idosos. Para CC utilizaram-se as referências preconizadas pela OMS.<sup>17</sup>

A informação desfecho deste estudo – recebimento ou não de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida – foi obtida pelo relato dos participantes à pergunta: “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?” Adicionalmente, foram questionados sobre os profissionais responsáveis pelo aconselhamento. Cabe ressaltar que todas as perguntas do questionário se relacionavam às atividades vivenciadas no centro de saúde em estudo, e que tal questão era explicitada ao entrevistado no início da entrevista e resgatada em seu decorrer.

As análises estatísticas foram efetuadas com o auxílio do programa *Statistical Software for Professionals* (Stata), versão 9.2. Aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados, sendo as variáveis com distribuição normal apresentadas como média e desvio padrão, e as demais, como mediana e percentis 25 (P25) e 75 (P75).

Para verificar a associação entre o desfecho e as variáveis explicativas foram utilizados os testes estatísticos Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, e estimada a Razão de Prevalência (RP), com respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC<sub>95%</sub>). As variáveis que apresentaram valor p inferior a 0,20 na análise univariada foram incluídas no modelo multivariado de Regressão de Poisson com variância robusta por meio do método *stepwise backward*. Para o ajuste do modelo, realizou-se eliminação individual das variáveis por meio do teste de Deviance, permanecendo no modelo final aquelas com nível de significância de até 5%.

Ressalta-se que o estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte (0037.0.410.203.09A) e da UFMG (ETIC

037.0.410.203-09). O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Participaram do estudo 1.616 indivíduos, com proporção de perda global de 8%, variando de 6 a 10% entre as UBS, sem diferenças significantes entre elas. A mediana de idade dos participantes foi de 44 anos (P25: 30,0; P75: 56,0), 8 anos de estudo (P25: 4,0; P75: 11,0) e a renda per capita mensal de US\$ 195,00 (P25: 118,0; P75: 314,50). Dos participantes, 78,9% eram mulheres, a maioria adulta (81,2%), e 33,3% regularmente ativos, sendo elevadas as prevalências de DCNT, mas com características distintas entre as UBS ( $p < 0,05$ ) (Tabela 1).

Dos entrevistados, 51,1% ( $n=823$ ) relataram ter recebido aconselhamento sobre alimentação e atividade física, com maiores prevalências nas UBS C e D ( $p < 0,001$ ) (Tabela 2). Os médicos (69,0%) foram os principais responsáveis pelo aconselhamento, seguidos por enfermeiros (6,1%), nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (3,0%) e estagiários de nutrição (2,6%), sendo dentistas, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pouco citados (0,5%).

A maioria (63,0%) referiu desconhecer o PAS. Entre os que conheciam, os principais informantes foram amigos, vizinhos ou parentes (60,6%), sendo os profissionais das UBS pouco citados (10,2% por médicos, enfermeiros ou ACS e 0,7% por nutricionistas/estagiários de nutrição). No que se refere à prática de atividade física e orientação nutricional no PAS, apenas 4,2% ( $n=67$ ) relataram participar.

Os resultados da análise bivariada encontram-se descritos nas Tabelas 2, 3 e 4. Ter recebido aconselhamento foi mais frequente entre os indivíduos com 50 a 59 anos; do sexo feminino; com maior renda e escolaridade; não fumantes; que possuíam doenças crônicas não transmissíveis, excesso de peso e de gordura abdominal; usavam medicamentos; que conheciam o PAS e frequentavam o atendimento nutricional da UBS e o PAS; e que possuíam hábitos alimentares adequados (não ingeriam líquidos às refeições principais, retiravam a pele do frango e a gordura aparente das carnes, e possuíam consumo adequado de refrigerantes e suco artificial).

Após ajuste para variáveis de confusão, permaneceram significativamente associadas ao desfecho possuir HAS (RP: 1,12; IC<sub>95%</sub>: 1,01; 1,26), hipercolesterolemia (RP: 1,29; IC<sub>95%</sub>: 1,17; 1,42), DM (RP: 1,16; IC<sub>95%</sub>: 1,04; 1,29), excesso de peso (RP: 1,35; IC<sub>95%</sub>: 1,20; 1,52), uso de medicamento (RP: 1,27; IC<sub>95%</sub>: 1,11; 1,46), não ingerir líquidos nas principais refeições (RP: 0,83; IC<sub>95%</sub>: 0,75; 0,91) e participar do PAS (RP: 1,21; IC<sub>95%</sub>: 1,02; 1,43) (Tabela 5).

## Discussão

Os resultados revelaram baixas prevalências de recebimento de aconselhamento sobre alimentação e atividade física, sendo superior entre os usuários com morbidades e em uso de medicamentos. Ao investigar os fatores associados ao recebimento de aconselhamento, ajustado por UBS, verificou-se associação com a presença de DCNT, uso de medicamentos e participação no Programa Academia da Saúde.

Ressalta-se que, apesar da baixa prevalência de aconselhamento, esta foi superior àquela verificada na maioria dos estudos que também trabalharam com o aconselhamento para atividade física e alimentação ao longo da vida, variando de 29,0 a 42,0%.<sup>4,18</sup> Por outro lado, em estudo realizado por meio de entrevistas telefônicas com médicos e enfermeiros de todas as regiões brasileiras sobre a percepção de sua prática de aconselhamento voltado exclusivamente para atividade física, a prevalência de realização de aconselhamento foi de 68,9%.<sup>19</sup>

As UBS que participaram da pesquisa apresentaram diferentes distribuições para as variáveis sociodemográficas – sexo, idade, renda e escolaridade dos usuários –, sendo as maiores proporções de mulheres e idosos, e pessoas com menor escolaridade verificadas na UBS D e menor renda na UBS A. A menor escolaridade apresentada pelos usuários da UBS D em contraponto à maior renda possivelmente pode ser explicada pela maior proporção de idosos, refletindo as dificuldades de acesso à escola no passado. Por outro lado, a UBS A, apesar de localizar-se em um ponto do município com menor índice de vulnerabilidade à saúde, atende os usuários que apresentam menor renda e baixa escolaridade. Tal fato advém possivelmente das diferenças vivenciadas nas grandes metrópoles, onde desigualdades compartilham o mesmo espaço geográfico, podendo o IVS da área ser distinto da comunidade ao redor. Na análise univariada, a variável

**Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e de saúde de usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte-MG, 2009-2010**

Variáveis	n	%	UBS A <sup>a</sup>		UBS B <sup>a</sup>		UBS C <sup>a</sup>		UBS D <sup>a</sup>		Valor p <sup>b</sup>
			n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Faixa etária</b>											
Adulto (20-59 anos)	1.313	81,2	297	95,2	366	87,8	305	79,0	345	69,1	<0,001
Idoso (60 anos ou mais)	303	18,8	15	4,8	51	12,2	81	21,0	154	30,9	
<b>Sexo</b>											
Feminino	1.275	78,9	232	74,1	329	78,9	301	78,0	413	82,6	0,036
Masculino	341	21,1	81	25,9	88	21,1	85	22,0	87	17,4	
<b>Renda per capita mensal</b>											
≤R\$195,00	769	47,6	208	66,7	239	57,3	157	40,7	162	32,5	<0,001
>U\$195,00	847	52,4	104	33,3	178	42,7	229	59,3	336	67,5	
<b>Escolaridade</b>											
≤8 anos	992	61,4	174	60,9	231	55,4	211	54,7	347	69,7	<0,001
>8 anos	624	38,6	112	39,1	186	44,6	175	45,3	151	30,3	
<b>Morbidades</b>											
Hipertensão arterial sistêmica	584	36,1	68	22,0	139	34,1	148	38,7	227	45,7	<0,001
Hipercolesterolemia	350	21,7	29	9,4	19	4,7	97	26,5	152	32,3	<0,001
Diabetes mellitus	206	12,7	23	7,4	42	10,2	47	12,3	94	19,1	<0,001
Hipertrigliceridemia	159	9,8	14	4,6	28	7,7	47	13,6	70	15,5	<0,001
<b>Uso de medicamentos</b>											
Anti-hipertensivo	509	52,1	47	36,4	115	27,6	129	41,6	216	58,4	<0,001
Antidepressivo	218	22,3	18	14,0	50	12,0	77	24,8	73	19,7	<0,001
Hipoglicemiante oral	129	13,2	6	4,7	21	5,0	29	9,4	73	19,7	<0,001
Insulina	48	4,9	4	3,1	13	3,1	12	3,9	19	5,1	0,495
Outros <sup>c</sup>	340	34,8	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Excesso de peso</b>											
Sim	925	58,9	138	48,1	247	60,8	222	58,6	316	63,7	<0,001
Não	691	41,1	149	51,9	159	39,2	154	41,4	181	36,3	
<b>Risco de complicações metabólicas - circunferência da cintura</b>											
Elevado	361	23,1	50	17,9	96	23,5	94	24,9	120	24,4	<0,001
Muito elevado	520	33,3	79	28,2	123	30,1	123	32,5	194	39,4	
<b>Nível de atividade física – IPAQ<sup>d</sup></b>											
Sedentários	144	9,0	16	5,2	43	10,4	26	7,0	59	11,8	
Insuficientemente ativos	356	22,3	66	21,3	111	26,4	76	20,5	103	20,6	<0,001
Regularmente ativos	850	33,3	166	53,5	205	49,4	198	53,5	279	55,9	
Ativos	246	15,4	62	20,0	56	13,5	70	18,9	58	11,6	
<b>Tabagismo</b>											
Sim	225	15,8	50	16,0	91	21,8	62	16,1	52	10,4	<0,001
Não	1.381	84,2	262	84,0	326	78,2	323	83,9	448	89,6	

a) UBS: Unidade Básica de Saúde.

b) Teste Qui-Quadrado de Pearson.

c) Anticoncepcionais (n=103), hipolipidêmicos (n=27), suplemento vitamínico/mineral (n=22), ansiolíticos (n=22), repositores hormonais (n=17), analgésicos (n=15), anticonvulsivantes (n=12) e antiulcerosos (n=13), entre outros.

d) IPAQ: *International Physical Activity Questionnaire*.

**Tabela 2 – Associação do recebimento de aconselhamento sobre alimentação e atividade física e variáveis sociodemográficas, nível de atividade física e uso de serviços de saúde entre usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte-MG, 2009-2010**

Variáveis	Recebeu aconselhamento				Valor p <sup>a</sup>	RP <sup>b</sup>	IC <sub>95%</sub>
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
<b>Unidade Básica de Saúde (n=1.616)</b>							
A	175	56,3	136	43,7		1,00	
B	247	59,2	170	40,8	<0,001	0,93	0,78; 1,10
C	161	42,3	220	57,7		1,32	1,13; 1,53
D	203	40,7	296	59,3		1,35	1,17; 1,56
<b>Idade (n=1.610)</b>							
20 a 29 anos	244	64,7	133	35,3		1,00	
30 a 39 anos	179	59,5	122	40,5	<0,001	1,15	0,95; 1,39
40 a 49 anos	142	44,4	178	55,6		1,58	1,33; 1,87
50 a 59 anos	108	34,6	204	65,4		1,85	1,58; 2,17
60 anos ou mais	114	38,0	186	62,0		1,75	1,49; 2,07
<b>Sexo (n=1.616)</b>							
Masculino	194	57,4	144	42,6		1,00	
Feminino	593	46,6	679	53,4	<0,001	0,80	0,70; 0,91
<b>Renda (n=1.609)</b>							
≤U\$195,00	410	53,7	353	46,3		1,00	
>U\$195,00	376	44,4	470	55,7	<0,001	1,20	1,09; 1,32
<b>Escolaridade (n=1.610)</b>							
>8 anos	440	45,0	537	55,0		1,00	
≤8 anos	347	54,8	286	45,2	<0,001	0,82	0,74; 0,91
<b>Nível de atividade física (n=1.593)</b>							
Sedentários	72	50,3	71	49,7		1,00	
Irregularmente ativos	190	53,7	164	46,3	0,186	0,93	0,76; 1,13
Regularmente ativos	398	46,8	452	53,2		1,07	0,89; 1,27
Ativos	121	49,2	125	50,8		1,02	0,83; 1,26
<b>Participar do atendimento nutricional da Unidade Básica de Saúde (n=1.609)</b>							
Não	778	50,6	760	49,4		1,00	
Sim	9	12,7	62	87,3	<0,001	1,77	1,60; 1,96
<b>Conhecer o Programa Academia da Saúde (n=1.610)</b>							
Não	531	25,3	485	47,7		1,00	
Sim	256	43,1	338	56,9	<0,001	1,19	1,08; 1,31
<b>Participar do Programa Academia da Saúde (n=1.610)</b>							
Não	769	49,9	773	50,1		1,00	
Sim	18	26,9	49	73,1	<0,001	1,46	1,25; 1,70

a) Teste Qui-Quadrado de Pearson.

b) RP: Razão de Prevalências

**Tabela 3 – Associação entre variáveis de saúde e recebimento de aconselhamento sobre alimentação e atividade física entre usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte-MG, 2009-2010**

Variáveis	Recebeu aconselhamento				Valor p <sup>a</sup>	RP <sup>b</sup>	IC <sub>95%</sub>
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
<b>Hipertensão arterial sistêmica (n=1.608)</b>							
Não	587	58,1	424	41,9		1,00	
Sim	187	32,1	396	67,9	<0,001	1,62	1,48; 1,77
<b>Hipercolesterolemia (n=1.609)</b>							
Não	646	55,2	525	44,8		1,00	
Sim	91	26,1	258	73,9	<0,001	1,65	1,51; 1,80
<b>Diabetes mellitus (n=1.610)</b>							
Não	729	52,6	656	47,4		1,00	
Sim	49	23,8	157	76,2	<0,001	1,61	1,46; 1,77
<b>Hipertrigliceridemia (n=1.609)</b>							
Não	679	52,2	622	47,8		1,00	
Sim	42	26,8	115	73,2	<0,001	1,52	1,36; 1,70
<b>Uso de medicamentos (n=1.605)</b>							
Não	402	63,6	230	36,4		1,00	
Sim	383	39,4	590	60,6	<0,001	1,67	1,49; 1,87
<b>Excesso de peso (n=1.566)</b>							
Não	394	61,3	249	38,7		1,00	
Sim	368	39,9	555	60,1	<0,001	1,55	1,39; 1,73
<b>Risco de complicações metabólicas – circunferência da cintura (n=1.556)</b>							
Sem risco	415	61,3	262	38,7		1,00	
Elevado	175	48,7	184	51,3		1,32	1,15; 1,52
Muito elevado	164	31,5	356	68,5	<0,001	1,77	1,58; 1,98
<b>Fumante (n=1.609)</b>							
Não	640	47,3	714	52,7		1,00	
Sim	147	57,6	108	42,4	0,002	0,80	0,69; 0,93

a) Teste Qui-Quadrado de Pearson.

b) RP: Razão de Prevalência.

UBS foi significativamente associada ao recebimento de aconselhamento, perdendo a significância no modelo multivariado, mas sendo mantida como variável de ajuste. Desta forma, objetivou-se atenuar as diferenças sociodemográficas identificadas entre os usuários das UBS, sendo fatores significativamente relacionados ao recebimento de aconselhamento as condições e os serviços de saúde.

O maior recebimento de aconselhamento entre usuários com doenças e em uso de medicamentos pode

sugerir uma possível dificuldade dos profissionais de saúde em lançar mão dessa estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde, dada a elevada demanda por assistência e procedimentos curativos apresentada pelos usuários, o que pode se configurar como limitante para o cuidado integral à saúde.

Apesar de positiva a iniciativa de aconselhar indivíduos com DCNT, em virtude de sua maior demanda por cuidados – o que caracteriza a equidade em saúde –, a necessidade de se aconselhar também para pro-

**Tabela 4 – Associação entre perfil alimentar e recebimento de aconselhamento sobre alimentação e atividade física entre usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte-MG, 2009-2010**

Variáveis	Recebeu aconselhamento				Valor p <sup>a</sup>	RP <sup>b</sup>	IC <sub>95%</sub>
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
<b>Número de refeições diárias (n=1.610)</b>							
1 a 4	542	52,6	488	47,4		1,00	
5 a 6	245	42,2	335	57,8	<0,001	1,22	1,11; 1,34
<b>Ingerir líquidos durante as refeições (n=1.606)</b>							
Não	287	40,8	417	59,2		1,00	
Sim	499	55,3	403	44,7	<0,001	0,75	0,69; 0,83
<b>Retirar a pele do frango (n=1.574)</b>							
Não	289	55,0	236	45,0		1,00	
Sim	487	46,4	562	53,6	0,001	1,19	1,07; 1,33
<b>Retirar a gordura aparente da carne (n=1.571)</b>							
Não	364	52,2	333	47,8		1,00	
Sim	410	46,9	464	53,1	0,021	1,11	1,01; 1,23
<b>Consumo de frutas, legumes e verduras (n=1.250)</b>							
Inadequado	469	48,4	500	51,6		1,00	
Adequado	123	43,8	158	56,2	0,171	1,09	0,97; 1,23
<b>Consumo de refrigerante comum (n=1.606)</b>							
Inadequado	263	59,0	183	41,0		1,00	
Adequado	520	44,8	640	55,2	<0,001	1,34	1,19; 1,52
<b>Consumo de suco artificial (n=1.608)</b>							
Inadequado	328	92,3	27,4	7,7		1,00	
Adequado	458	45,5	548	54,5	<0,001	1,20	1,19; 1,52
<b>Consumo de frituras (n=1.605)</b>							
Inadequado	235	53,0	208	47,0		1,00	
Adequado	548	47,2	614	52,8	0,035	1,13	1,00; 1,26
<b>Consumo de temperos industrializados (n=1.607)</b>							
Inadequado	612	50,7	594	49,3		1,00	
Adequado	173	43,1	228	56,9	0,008	1,15	1,04; 1,28

a) Teste Qui-Quadrado de Pearson.

b) RP: Razão de Prevalência.

mover a saúde é premente, dadas as características da APS. Ressalta-se seu papel como principal nível de atenção responsável pelas ações de prevenção e promoção da saúde, devendo, assim, garantir que o aconselhamento seja ofertado independentemente da presença de doenças.<sup>4,20</sup>

Além da universalização da prática do aconselhamento para os sujeitos, é necessário enfatizar a impor-

tância de sua realização por todos os profissionais de saúde. Os médicos serem citados predominantemente como responsáveis pelos aconselhamentos pode sugerir a influência do modelo biomédico na “realidade clínica” das unidades e na percepção dos usuários.<sup>21</sup>

Estudos nacionais também apontaram os médicos como os principais responsáveis pelo aconselhamento – 76,0 a 96,5% –,<sup>22,23</sup> enquanto nos trabalhos



**Tabela 5 – Modelo final da Regressão de Poisson<sup>a</sup> de variáveis associadas ao recebimento de aconselhamento sobre alimentação e atividade física entre usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte-MG, 2009-2010**

Variáveis	RP <sup>b</sup>	IC <sub>95%</sub>	Valor p <sup>c</sup>
<b>Unidade Básica de Saúde</b>			
A	1,00		
B	0,85	0,63; 1,13	0,277
C	1,06	0,79; 1,41	0,686
D	1,12	0,87; 1,43	0,375
<b>Diabetes mellitus</b>			
Não	1,00		
Sim	1,16	1,04; 1,29	0,006
<b>Hipertensão arterial sistêmica</b>			
Não	1,00		
Sim	1,12	1,01; 1,26	0,037
<b>Hipercolesterolemia</b>			
Não	1,00		
Sim	1,29	1,17; 1,42	<0,001
<b>Uso de medicamentos</b>			
Não	1,00		
Sim	1,27	1,11; 1,46	<0,001
<b>Ingestão de líquidos às principais refeições</b>			
Não	1,00		
Sim	0,83	0,75; 0,91	<0,001
<b>Excesso de peso</b>			
Não	1,00		
Sim	1,35	1,20; 1,52	<0,001
<b>Participação no Programa Academia da Cidade</b>			
Não	1,00		
Sim	1,21	1,02; 1,43	0,024

a) RP: Razão de Prevalência.

b) Regressão de Poisson com variância robusta.

c) Teste de Wald

internacionais os médicos foram os únicos citados.<sup>16,24</sup> Corroborando estes achados, Florindo e colaboradores,<sup>19</sup> também verificaram que os médicos foram os profissionais que referiram maior percentual de realização de aconselhamento regular, há pelo menos seis meses, sobre a prática de atividade física em relação aos enfermeiros (81,2 e 61,4%, respectivamente).

Salienta-se que a participação de todos os profissionais de saúde na realização do aconselhamento favorece o processo de aprendizagem e autonomia

dos sujeitos, uma vez que a equipe interdisciplinar identifica melhor os conflitos, propondo projetos terapêuticos mais efetivos.<sup>3</sup>

Participar do PAS também foi uma condição que favoreceu o recebimento de aconselhamento. No Brasil, o Programa Academia da Saúde tem sido proposto como pontos de atenção da APS propícios para ações de promoção da saúde, incluindo a prática de exercícios físicos e a alimentação saudável. Ademais, se configura como oportunidade de engajamento e

participação social voltado para o empoderamento e a construção da autonomia dos sujeitos em seu cuidado em saúde,<sup>9,25</sup> apresentando resultados positivos para a saúde dos participantes, como a melhoria dos hábitos alimentares e a redução da obesidade abdominal.<sup>26</sup> A maior prevalência de aconselhamento na UBS para aqueles participantes do PAS pode ser consequência desta proposta de empoderamento e autonomia dos sujeitos em seu cuidado em saúde, preconizada pelo programa. Isso pode ter como resultado um usuário mais crítico-reflexivo, que, de modo indireto, pode despertar mudanças na prática de aconselhamento dos profissionais, além de favorecer o cuidado em rede. Entretanto, apesar dos benefícios relacionados à participação no PAS, a maioria dos entrevistados relatou desconhecer-lo, denotando a necessidade de melhorar a comunicação em rede entre os serviços.

Em relação ao perfil alimentar dos usuários, ingerir líquidos durante as refeições principais, almoço e jantar, se configurou como fator associado a menor prevalência de aconselhamento. Na análise dos indivíduos que relataram possuir este hábito, verificou-se que estes apresentavam outras características que suscitavam o menor recebimento de aconselhamento, como menores prevalências de DM, hipercolesterolemia, excesso de peso e uso de medicamentos, bem como participavam menos do PAS, sugerindo ser esta uma possível variável de confundimento. Entretanto, cumpre destacar que esse hábito deve ser abordado em estratégias de aconselhamento nutricional, tendo em vista sua interface com o consumo de bebidas açucaradas e consequente incremento do consumo calórico, contribuindo para o excesso de peso e seus agravos.<sup>27</sup>

Uma das limitações deste estudo é o seu caráter transversal, que impossibilita estabelecer relações temporais de causa-efeito entre as variáveis. Entretanto, o delineamento utilizado se ajusta à proposta apresentada de melhor conhecer o recebimento de aconselhamento entre os usuários e apontar variáveis associadas. Ademais, os resultados apontam questões importantes a serem verificadas na prática do serviço, além de sugerirem a necessidade de estudos longitudinais que confirmem tais achados.

A utilização de medidas de autorrelato, que podem ser influenciadas pela cognição, linguagem e escolari-

dade dos participantes, pode também ter constituído uma limitação deste estudo. No entanto, o autorrelato tem sido amplamente empregado em estudos epidemiológicos, apresentando boa concordância com medidas objetivas.

Outros fatores não analisados neste estudo podem estar associados ao aconselhamento, constituindo-se em possíveis efeitos de confundimento residual e limitações. Ressalta-se, porém, que uma gama de variáveis relacionadas às condições sociodemográficas (idade, sexo, renda e escolaridade) e de saúde (morbidades referidas, estado nutricional, obesidade abdominal, uso de medicamentos, tabagismo, hábitos e consumo alimentar, e uso de serviços de saúde) foi analisada buscando caracterizar tais associações. Adicionalmente, os resultados encontrados contribuem para a compreensão da situação da realização do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde na APS, reforçando a importância desta prática, independentemente dos contextos sociais e condições de saúde vivenciadas.

Por fim, os achados evidenciam a associação entre as condições de saúde sobre a prática de aconselhamento para alimentação e atividade física, sobretudo na presença de doenças. No entanto, também expõem a necessidade que este aconselhamento seja realizado com caráter preventivo e promotor da saúde, visando garantir a cobertura de todos os usuários dos serviços, dada a importância da prática do aconselhamento para a saúde.

### Contribuição dos autores

Lopes ACS contribuiu para o delineamento do estudo, coordenou a coleta e a análise dos dados e participou da redação do artigo.

Toledo MTT participou da coleta e análise dos dados e redação.

Câmara AMCS, Menzel HJ K e Santos LC participaram do delineamento do estudo e coordenaram a coleta dos dados.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e foram responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

## Referências

- Schimid M, Egli K, Martin BW, Bauer G. Health promotion in primary care: evaluation of a systematic procedure and stage specific information for physical activity counseling. *Swiss Med Wkly*. 2009 Nov;139(45-46):665-71.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série G. Estatística e informação em saúde).
- Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. *Cienc Saude Colet*. 2011 jan;16(1):319-5.
- Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad Saude Publica*. 2009 jan;25(1):203-13.
- Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr*. 2005 jan-fev;18(1):119-28.
- Wynn K, Trudeau JD, Taunton K, Gowans M, Scott I. Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers. *Can Fam Physician*. 2010 Mar;56(3):e109-16.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem da população: Belo Horizonte - 2007*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
- Dias MAS, Giatti L, Guimarães VR, Amorim MA, Rodrigues CS, Lansky S, et al. BH Saúde: projeto promoção de modos de vida saudáveis. *Pensar BH Polit Soc*. 2006 out-dez;16:21-24.
- 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 (DF)*, 2011 abr 7; Seção 1:62.
- Nahas MIP. Metodologia de construção de índices e indicadores sociais como instrumentos balizadores da gestão municipal da qualidade de vida urbana: uma síntese da experiência de Belo Horizonte. In: Hogan RB, Baeninger R, Cunha JMP, Carmo RL, organizadores. *Migração e ambiente nas aglomerações urbanas*. Campinas: UNICAMP; 2001. p. 465-87.
- Browner WS, Cummings SR, Hulley SB. Estimando o tamanho da amostra e o poder estatístico: pontos básicos. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- Lopes ACS, Santos LC, Ferreira AD. Atendimento nutricional na atenção primária à saúde: proposição de protocolos. *Nutr Pauta*. 2010 mar-abr;18(101):40-4.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e manuais técnicos).
- Hallal PC, Matsudo SM, Matsudo VKR, Araújo TL, Andrade DR, Bertoldi AD. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. *Cad Saude Publica*. 2005 Mar-Apr;21(2):573-80.
- World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO; 1995 (Technical Report Series, 854).
- Nutrition Screening Initiative. *Nutrition interventions manual for professionals caring for older Americans*. Washington, DC: Nutrition Screening Initiative; 1992.
- World Health Organization. *Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation*. Geneva, 8-11 December 2008. Geneva: WHO; 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*. 2008 Mar;54(3):404-12.
- Florindo AA, Mielke GI, Gomes GAO, Ramos LR, Bracco MM, Parra DC, et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2013 Aug;13:794.
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet*. 2000;5(1):163-77.
- Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saude Soc*. 2004 jan-abr;13(1):14-24.
- Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o

- tratamento do portador de diabetes *mellitus* tipo 2. Rev Nutr. 2002 jan-abr;15(1):37-44.
23. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira-MG. Cienc Saude Colet. 2009 jul-ago;14(4):1251-60.
24. Kreuter MW, Scharff DP, Brennan LK, Lukwago SN. Physician recommendations for diet and physical activity: which patients get advised to change? Prev Med. 1997 Nov-Dec;26(6):825-33.
25. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. Cad Saude Publica. 2010 jan;26(1):70-8.
26. Mendonça RD, Lopes ACS. Efeitos de intervenções em saúde sobre os hábitos alimentares e medidas físicas. Rev Esc Enferm USP. 2012 jun;46(3):573-9.
27. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000 (Technical Report Series, 894).

Recebido em 20/11/2013  
Aprovado em 16/07/2014