

Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários

COUNSELING REGARDING HEALTHY LIFESTYLES IN PRIMARY HEALTHCARE AND THE DIETARY PRACTICES OF CLIENTS

CONSEJOS SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ATENCIÓN BÁSICA Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS PACIENTES

Karine Amorim de Andrade¹, Mariana Tâmara Teixeira de Toledo², Mariana Souza Lopes³, Glaucilene Eliane Silva do Carmo⁴, Aline Cristine Souza Lopes⁵

RESUMO

Trata-se de estudo seccional para verificar a realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde e sua associação com a adoção de práticas alimentares saudáveis em serviço de Atenção Primária à Saúde. Participaram 417 usuários, a maioria mulheres (78,9%), com mediana de idade de 39 anos, elevada prevalência de excesso de peso (59,1%) e inadequações alimentares importantes, contrastando com a baixa frequência de aconselhamento (40,8%). Mas, ainda assim, os usuários aconselhados apresentaram maior adequação no consumo de balas/goma de mascar ($p=0,031$), refrigerante comum ($p=0,036$), salgados ($p=0,037$), temperos industrializados ($p=0,005$) e ovos ($p=0,010$). A adoção de práticas alimentares saudáveis foi mais frequente entre os mais velhos e as mulheres ($p<0,05$). Apesar da importância de aconselhamento frente ao perfil alimentar e de saúde identificado, este foi pouco frequente, sugerindo a necessidade de maior atuação dos profissionais de saúde, visando à prevenção, ao controle de agravos e à promoção da saúde.

DESCRIPTORIOS

Aconselhamento
Hábitos alimentares
Atenção Primária à Saúde
Equipe de Assistência ao Paciente
Programa Saúde da Família

ABSTRACT

This cross-sectional study examines a counseling program on healthy lifestyles run by health care professionals to establish the adoption of healthy dietary practices by patients attending a primary health care unit. Participants in the study included 417 clients of the unit, the majority of whom were women (78.9%), with an average age of 39 years, a high incidence of excessive weight, (59.1%), important dietary inadequacies, and with a contrastingly low frequency of receiving counseling (40.8%). Clients receiving counseling displayed more appropriate consumption of candy/gum ($p=0.031$), softdrinks ($p=0.036$), salty foods ($p=0.037$), artificial flavorings ($p=0.005$) and eggs ($p=0.010$). Adoption of healthy dietary practices was more common among older individuals and women ($p < 0.05$). Despite the importance of nutritional counseling in dealing with such health problems, this was not prevalent, suggesting the need for greater intervention by health care professionals aimed at preventing and controlling disease and promoting good health.

DESCRIPTORS

Counseling
Food habits
Primary Health Care
Patient Care Team
Family Health Program

RESUMEN

Estudio seccional que apunta a verificar la efectivización de consejos sobre hábitos de vida saludables por profesionales de salud y su asociación con la adopción de prácticas alimentarias saludables en Servicio de Atención Básica de Salud. Participaron 417 pacientes, mayoritariamente mujeres (78,9%), con mediana etaria de 39 años, alta prevalencia de exceso de peso (59,1%) y alimentación inadecuada, contrastándose con la baja frecuencia de aconsejado (40,8%). Aún así, los pacientes aconsejados presentaron mayor adecuación en el consumo de caramelos/chicles ($p=0,031$), refrescos gasificados ($p=0,036$), pasteles fritos ($p=0,037$), condimentos industrializados ($p=0,005$) y huevos ($p=0,010$). La adopción de prácticas alimentarias saludables fue más frecuente entre los de mayor edad y las mujeres ($p<0,05$). A pesar de la importancia de aconsejarse en función del perfil alimentario y de salud identificado, éste fue poco frecuente, sugiriéndose la necesidad de mayor actuación profesional, apuntando a prevenir y controlar problemas derivados y a la promoción de salud.

DESCRIPTORIOS

Consejo
Hábitos alimenticios
Atención Primaria de Salud
Grupo de Atención al Paciente
Programa de Salud Familiar

¹ Nutricionista pela Universidade Federal de Minas Gerais. Monitora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Membro do Grupo de Pesquisas de Intervenções em Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil. krine_ama@yahoo.com.br ² Nutricionista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Voluntária do PET-Saúde. Membro do Grupo de Pesquisas de Intervenções em Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil. mariana3t@gmail.com ³ Graduanda do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais. Monitora do PET-Saúde. Membro do Grupo de Pesquisas de Intervenções em Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil. marianalopes@nut.grad.ufmg.br ⁴ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG. Preceptora do PET-Saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil. glaucileeliane@gmail.com ⁵ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Tutora do PET-Saúde. Membro do Grupo de Pesquisas de Intervenções em Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil. aline@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) como as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus e a obesidade foram responsáveis por, aproximadamente, 35 milhões de mortes no mundo em 2005⁽¹⁾. No Brasil, nas últimas décadas, as doenças e agravos não transmissíveis também passaram a determinar grande parte das causas de óbito⁽²⁾. Destacam-se como os principais fatores determinantes que propiciaram este avanço, os estilos de vida⁽³⁾, principalmente, a alimentação inadequada e o sedentarismo.

O atual perfil alimentar da população brasileira caracteriza-se pelo elevado consumo de alimentos industrializados, ricos em gorduras, açúcares e sódio. Adicionalmente, houve redução da ingestão de alimentos como cereais, leguminosas, frutas e verduras nas últimas décadas⁽¹⁾. Em contraste, tem-se o fato de que a adoção de uma alimentação saudável poderia reduzir o risco de mortes por doenças e agravos não transmissíveis em 47% a 58%⁽³⁾.

Referente à prática de atividade física, estimativas apontam que de 26,3% dos adultos brasileiros são inativos fisicamente, considerando quatro domínios de atividade: trabalho, deslocamento para o trabalho, deveres domésticos e lazer⁽⁴⁾.

Nesse cenário, torna-se fundamental o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, com destaque para o aconselhamento, proposto pela Política Nacional de Promoção da Saúde como componente indispensável na Atenção Primária à Saúde - APS^(3,5), principalmente voltado para a promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física⁽⁵⁾.

O aconselhamento em saúde consiste em um processo genérico de ajuda e uma forma específica de trabalho que envolve desde orientações até estratégias de intervenção realizadas por profissionais de saúde⁽⁶⁾. Apesar de o aconselhamento voltado para a adoção de uma alimentação mais saudável e prática regular de atividade física apresentar boa relação custo-benefício, como redução do peso corporal, colesterol e triglicérides sanguíneos, bem como aumento da energia gasta em atividades físicas⁽⁷⁾, sua realização ainda é insuficiente.

Em estudo conduzido nas regiões Sul, Norte e Nordeste do país, adultos e idosos que utilizaram alguma vez na vida a Unidade Básica de Saúde, o aconselhamento à prática de atividade física apresentou-se reduzido diante da necessidade de estímulo a modos saudáveis de vida⁽⁸⁾. No mesmo sentido, um estudo⁽⁹⁾ verificou baixa realização de aconselhamento nutricional em Serviços de Atenção Primária diante dos indivíduos que se beneficiariam com a intervenção.

Diante do exposto, este estudo objetivou verificar a frequência de realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde e sua associação com a adoção de práticas alimentares saudáveis entre usuários de Serviço de Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de estudo seccional desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte - Minas Gerais, em amostra composta por seus usuários, de ambos os sexos, com 20 anos ou mais, que aguardavam acolhimento ou procedimento eletivo, no período de outubro de 2009 a janeiro de 2010 e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos questionários incompletos e aqueles aplicados em indivíduos menores de 20 anos e gestantes.

A coleta de dados foi realizada por bolsistas e voluntários do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, alunos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional.

Aplicou-se questionário semi-estruturado e pré-testado constando de dados sociodemográficos, hábitos alimentares, morbidade referida e avaliação de medidas antropométricas, baseado no instrumento proposto por Lopes et al.⁽¹⁰⁾. Adicionalmente, os usuários foram questionados sobre o recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na UBS por meio da 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?*. Em caso afirmativo, era também questionado sobre qual(quais) o(s) profissional(is) de saúde responsável(is) por realizar este aconselhamento.

Para a coleta dos dados, realizou-se treinamento durante dois dias nas dependências da Universidade. Na sequência, houve treinamento em campo por duas semanas consecutivas com profissional capacitado. Este treinamento foi realizado em grupos de quatro pessoas por turno (manhã e tarde). Os alunos com maior habilidade para aplicação do questionário permaneceram com essa função e aqueles cujos resultados das avaliações antropométricas mais se aproximaram dos resultados obtidos pelo treinador foram selecionados como avaliadores antropométricos. Do total de acadêmicos, oito foram selecionados para a aplicação do questionário e quatro para a avaliação antropométrica, sendo que os últimos trabalhavam em duplas e os demais, individualmente, seguindo uma escala ao longo da semana. Toda a etapa de coleta

de dados foi supervisionada pelo profissional que efetuou o treinamento e por profissionais de saúde que participaram do projeto, seguindo também uma escala semanal.

Avaliou-se a ingestão alimentar dos usuários pelo consumo mensal de açúcar, óleo e sal, e por meio de um Questionário de Frequência Alimentar (QFA). Desta forma, os usuários foram questionados sobre a frequência de consumo alimentar nos últimos seis meses (consumo diário, semanal, mensal, raro ou nunca) de 30 alimentos. Quando a frequência era *raro* ou *nunca*, considerou-se o alimento como não consumido. As frequências de consumo foram comparadas com o preconizado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira⁽¹¹⁾.

Para avaliação do consumo de sal, açúcar e óleo utilizaram-se as recomendações de 840g de açúcar cristal/mês, 240mL de óleo/mês e de 150g de sal/mês⁽¹¹⁾.

Verificou-se também o número de refeições diárias, o consumo de gorduras das carnes, o hábito de *beliscar* alimentos entre as refeições e ingestão de líquidos durante as refeições principais.

A avaliação antropométrica foi realizada a partir da aferição de peso, estatura, circunferências da cintura (CC) e do quadril (CQ), de acordo com o preconizado pela World Health Organization (WHO)⁽¹²⁾. A medida de peso foi obtida em balança eletrônica com capacidade para 180 quilogramas (kg) e precisão de 100 gramas. A estatura foi verificada por estadiômetro portátil, com fita métrica milimetrada de 220 cm de extensão. Já as circunferências

foram aferidas por fita métrica inelástica e obtidas três vezes consecutivas, sendo considerada a média aritmética.

A partir das medidas de peso e estatura, CC e CQ, calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) e a Razão Cintura/Quadril (RCQ), respectivamente. Para classificar o IMC de adultos utilizou-se a referências da OMS⁽¹²⁾: IMC < 18,5 kg/m² baixo peso, de 18,5 a 24,9 kg/m² eutrofia, 25 a 29,9 kg/m² sobrepeso e ≥ 30 kg/m² obesidade. Para o IMC de idosos (indivíduos com 60 anos ou mais) utilizou-se a classificação proposta por Lipschitz⁽¹³⁾: IMC $\leq 21,9$ kg/m² baixo peso, de 22,0 a 26,9 kg/m² eutrofia e $\geq 27,0$ kg/m² sobrepeso.

Considerando a CC, foram classificados com risco elevado para complicações metabólicas associadas à obesidade homens com CC ≥ 94 cm a 101,9 cm e mulheres com CC ≥ 80 cm a 87,9 cm, e com risco muito elevado homens com CC ≥ 102 cm e mulheres com CC ≥ 88 cm. Para a RCQ foram classificados com risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares homens cuja razão foi $>1,00$ e mulheres com valor $>0,85$ ⁽¹²⁾.

Realizou-se análise da adequação da frequência de consumo de 20 alimentos relacionados ao desenvolvimento de doenças e agravos não transmissíveis, obtidas pelo Questionário de Frequência Alimentar, além do consumo *per capita* de óleo, sal e açúcar, analisados de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira⁽¹¹⁾. Devido à subjetividade de algumas recomendações contidas no Guia Alimentar, foram propostos critérios utilizados para determinar a adequação do consumo de alguns alimentos (Quadro 1).

Quadro 1 - Critérios de adequação para a frequência do consumo de alguns alimentos⁽¹¹⁾.

Alimentos	Recomendação	Critério adotado
Biscoito recheado	Reduzir o consumo – utilizou-se a referência para ingestão de doces	2x/semana ou menos
Refrigerantes comuns	Reduzir o consumo – utilizou-se a referência para ingestão de doces	2x/semana ou menos
Sucos artificiais comuns	Reduzir o consumo – utilizou-se a referência para ingestão de doces	2x/semana ou menos
Frituras	Evitar ou reduzir o consumo	2x/semana ou menos
Molhos industrializados	Evitar o consumo	Raro/ nunca
Temperos industrializados	Evitar ou reduzir o consumo	Raro/ nunca
Embutidos	Consumir ocasionalmente	Até 2x/mês
Ovos	Restringir o consumo*	Até 2x/semana*
Carnes	Consumir diariamente	De 5 a 7x/semana
Gordura e pele de frango	Retirar toda gordura aparente antes da preparação	Preparado sem gordura
Banha de porco	Consumir ocasionalmente	Até 2x/mês
Macarrão instantâneo com tempero	Evitar o consumo	Raro/ nunca
Salgados, salgadinhos e sanduíches	Consumir ocasionalmente	Até 2x/mês

*Recomendação das III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia⁽¹⁴⁾.

Para fins deste estudo, considerou-se alimentação saudável como aquela que, de forma geral, continha quantidades adequadas de frutas, verduras e legumes, e

reduzida em alimentos com alta densidade calórica, ricos em gorduras, açúcares e sal, e com baixo teor de fibras, como os alimentos industrializados⁽¹¹⁾.

As análises estatísticas foram efetuadas com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (versão 17.0, SPSS inc., Chicago, 2008). Realizou-se análise descritiva, além dos testes Kolmogorov-Smirnov, Qui-quadrado, Qui-Quadrado de tendência linear, Exato de Fisher e Mann-Whitney, considerando nível de significância de 5%.

As variáveis não paramétricas foram apresentadas em medianas e valores mínimo e máximo e as paramétricas por média e desvio padrão.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte (CAAE 0037.0.410.000-09) e da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 037.0.410.203-09). Ao início de cada entrevista, os participantes receberam as informações devidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistados 417 usuários, sendo que a maioria era de adultos (87,8%) e mulheres (78,9%). Observaram-se elevadas prevalências de excesso de peso (59,1%), acompanhadas de risco importante para complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo medida de CC e para doenças cardiovasculares, segundo índice RCQ, bem como de hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia e diabetes *mellitus* (Tabela 1).

Referente ao perfil alimentar, apenas 27,8% realizavam de 5 a 6 refeições diárias, 59,2% omitiam o lanche da manhã e 66,2% normalmente não realizavam lanche no período da tarde. Além disso, 46,6% possuíam o hábito de *beliscar* alimentos entre as refeições e 64,3% de ingerir líquidos durante as refeições principais.

Em relação ao consumo *per capita* diário de sal, açúcar e óleo verificaram-se medianas de consumo diário de 5,5g (0,5-111,1g), 55,5g (0,0-333,3g) e 24,0mL (0,0-133,3mL), respectivamente, sendo que 80,4%, 62,7% e 94,6% consumiam quantidades superiores ao recomendado⁽¹⁰⁾.

O consumo alimentar também se apresentou bastante inadequado, com destaque para o baixo consumo diário de frutas (40,5%), verduras (52,9%), legumes (61,6%), leite (42,2%) e derivados (23,5%), bem como o consumo semanal de peixes (10,3%). Por outro lado, alimentos como doce/chocolate (13,4%), balas/gomas de mascar (13,9%), frituras (13,0%), refrigerante comum (22,3%), suco artificial (33,8%) e temperos industrializados (52,8%) apresentaram ingestão diária elevada.

Quanto à prevalência de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, verificou-se que 40,8% (n=170) dos usuários já haviam sido aconselhados na UBS, sendo 81,2% mulheres e 87,1% adultos. Os usuários que receberam aconselhamento possuíam maior mediana de idade (45 vs. 36 anos; p<0,001), contudo, a prevalência de realização do aconselhamento não foi diferente entre adultos e idosos (≥ 60 anos).

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados - Belo Horizonte, MG, 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 - R\$ (mediana; mínimo, máximo)*	387	250,00 (7,00; 1.265,00)
Anos de estudo (mediana; mínimo, máximo)	417	8 (0; 18)
Estado nutricional (%)*	-	-
Magreza	10	2,5
Eutrofia	156	38,4
Sobrepeso	139	34,2
Obesidade	101	24,9
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
Morbidades referidas (%)	-	-
Hipertensão Arterial Sistêmica	139	33,3
Constipação intestinal	122	29,3
Hipercolesterolemia	72	17,3
Diabetes <i>mellitus</i>	42	10,1
Doenças Coronarianas	35	8,4
Hipertrigliceridemia	28	6,7
Insuficiência renal	16	3,8

*Indivíduos sem informação=30 **Indivíduos sem informação=9
*Indivíduos sem informação=11

Entre os profissionais de saúde mencionados como responsáveis pela realização do aconselhamento, as categorias mais citadas foram médicos (87,6%), seguidos de enfermeiros (10,0%), estagiários de Nutrição (7,6%), nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (1,8%), auxiliar de enfermagem (0,6%) e dentistas (0,6%). Não houve referência aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A Tabela 2 apresenta a adequação da frequência do consumo de alimentos de acordo com a realização de aconselhamento, com destaque para as maiores prevalências de consumo adequado de balas/goma de mascar (p=0,031), refrigerante comum (p=0,036), temperos industrializados (p=0,005), ovos (p=0,010) e salgados (p=0,037) entre os indivíduos aconselhados.

Não houve diferença significativa da adequação do consumo alimentar e a prática de aconselhamento entre os sexos, mas se observou que mulheres aconselhadas apresentaram maior adequação do consumo de doces (p=0,047), ovos (p=0,027), salgados (p=0,040), sanduíches (p=0,044), banha de porco (p=0,029), temperos industrializados (p=0,002) e sal (p=0,034), quando comparadas às não aconselhadas (Tabela 3).

Tabela 2 - Adequação do consumo alimentar mediante a realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida - Belo Horizonte, MG, 2009/2010.

Variável	Aconselhado (n=170)				Não aconselhado (n=247)				Valor p ^a
	Adequado		Inadequado		Adequado		Inadequado		
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Frutas	71	41,8	99	58,2	98	39,7	149	60,3	0,669
Verduras	92	54,1	78	45,9	128	52,0	118	48,0	0,675
Legumes	104	61,2	66	38,8	153	61,9	94	38,1	0,874
Doces	140	82,4	30	17,6	186	75,3	61	24,7	0,087
Bala e/ou goma de mascar	147	86,5	23	13,5	193	78,1	54	21,9	0,031
Biscoito recheado	159	93,5	11	6,5	222	89,9	25	10,1	0,190
Leite	69	40,6	101	59,4	107	43,3	140	56,7	0,579
Refrigerante comum	117	68,8	53	31,2	145	38,7	102	41,3	0,036
Suco artificial	92	54,1	78	45,9	129	52,2	118	47,8	0,704
Frituras*	119	70,4	50	29,6	182	73,7	65	26,3	0,464
Salgados	129	75,9	41	24,1	164	66,4	83	33,6	0,037
Embutidos	112	65,9	58	34,1	156	63,2	91	36,8	0,568
Temperos industrializados	52	36,6	118	69,4	46	18,6	201	81,4	0,005
Molhos industrializados	105	61,8	65	38,2	144	58,3	103	41,7	0,478
Sanduíches*	132	77,6	38	22,4	174	70,7	72	29,3	0,116
Ovos*	152	89,9	17	10,1	199	80,6	48	19,4	0,010
Carnes*	128	75,3	42	24,7	190	77,2	56	22,8	0,646
Peixes*	4	2,4	166	97,6	14	5,7	232	94,3	0,141 ^b
Retirar pele do frango ⁺	16	51,6	151	39,7	15	48,4	229	60,3	0,195
Retirar gordura da carne ⁺⁺⁺	15	41,7	148	40,1	21	58,3	221	59,9	0,856

*Indivíduos sem informação = 1 +Indivíduos que não comem frango = 6 ++Indivíduos que não comem carne = 12
^aTeste Qui-Quadrado ^bTeste Exato de Fisher.

Tabela 3 - Adequação do consumo alimentar e aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, de acordo com o sexo dos entrevistados - Belo Horizonte, MG, 2009/2010.

Consumo	Mulheres (n=329)				Valor p ^a	Homens (n=88)				Valor p ^a
	Aconselhado		Não aconselhado			Aconselhado		Não aconselhado		
	Adeq	Inadeq	Adeq	Inadeq		Adeq	Inadeq	Adeq	Inadeq	
Frutas	47,8	52,2	44,0	56,0	0,489	15,6	84,4	25,0	75,0	0,304
Verduras*	59,4	40,6	56,0	44,0	0,538	31,3	68,8	38,2	61,8	0,515
Legumes	65,2	34,8	67,0	33,0	0,734	43,8	56,3	44,6	55,4	0,935
Doces	82,6	17,4	73,3	26,7	0,047	81,3	18,8	82,1	17,9	0,917
Bala e/ou goma de mascar	84,8	15,2	77,5	22,5	0,099	93,8	6,3	80,4	19,6	0,122 ^b
Biscoito recheado	93,5	6,5	90,6	9,4	0,344	93,8	6,2	87,5	12,5	0,294 ^b
Leite	41,3	24,6	45,5	54,5	0,444	37,5	62,5	35,7	64,3	0,867
Refrigerante comum	72,5	27,5	63,9	36,1	0,101	53,1	46,9	41,1	54,5	0,275
Suco artificial	55,1	44,9	50,3	49,7	0,389	50,0	50,0	58,9	41,1	0,417
Ovos	92,0	8,0	83,8	16,2	0,027	80,6	19,4	69,6	30,4	0,265
Frituras	73,9	26,1	75,9	24,1	0,679	54,8	45,2	66,1	33,9	0,301
Salgados	79,7	20,3	69,6	30,4	0,040	59,4	40,6	55,4	44,6	0,714
Embutidos	68,1	35,3	62,3	37,7	0,276	62,5	37,5	66,1	33,9	0,360
Banha de porco	96,4	3,6	90,1	9,9	0,029	81,3	18,8	87,5	12,5	0,427
Molhos	63,0	37,0	59,2	40,8	0,477	56,3	43,8	55,4	44,6	0,935
Sanduíches	80,4	19,6	70,7	29,3	0,044	65,6	34,4	70,9	29,1	0,607
Temperos industrializados	30,4	69,6	16,2	83,8	0,002	31,3	68,8	26,8	73,2	0,655
Per capita diário de sal	46,1	53,9	34,1	65,9	0,034	25,0	75,0	31,1	68,9	0,594
Carnes	77,5	22,5	75,9	24,1	0,732	65,6	34,4	81,8	18,2	0,089
Peixes	2,2	97,8	6,8	93,2	0,053	3,1	96,9	1,8	98,2	0,598 ^b

Adeq: Adequado; Inadeq: Inadequado *Indivíduo do sexo masculino sem informação = 1. ^aTeste Qui-quadrado ^bTeste Exato de Fisher.

Com relação à faixa etária, em geral, a adequação de frutas, legumes e verduras, aumentou com a idade do consumo dos alimentos analisados, com exceção (p<0,05) (Tabela 4).

Tabela 4 - Percentual de adequação do consumo alimentar, segundo aconselhamento e faixa etária dos entrevistados - Belo Horizonte, MG, 2009/2010.

Variável	Aconselhamento										Valor p ^a
	20 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		≥ 60 anos		
Consumo adequado	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Porções diárias de frutas (n=16)	16,7	20,0	0,0	30,0	16,7	20,0	50,0	10,0	16,7	20,0	0,345
Porções diárias de legumes e verduras (n=59)	31,8	21,6	18,2	27,0	22,7	27,0	13,6	21,6	13,6	2,7	0,945
Porções diárias de FLV (n=23)	20,0	15,4	10,0	23,1	20,0	30,8	40,0	7,7	10,0	23,1	0,862
Doces (n=326)	11,4	29,0	20,7	27,4	26,4	16,1	26,4	15,1	15,0	12,4	<0,001
Bala e/ou goma de mascar (n=340)	14,3	28,5	19,0	27,5	25,9	16,1	27,2	14,5	13,6	13,5	0,001
Biscoitos recheados (n=381)	17,0	28,4	18,2	27,5	25,8	18,0	25,2	14,0	13,8	12,2	0,001
Ovos (n=351)	18,4	31,2	17,8	25,6	25,7	17,1	23,7	13,6	14,5	12,6	0,001
Leite (n=176)	17,4	27,1	13,0	27,1	21,7	14,0	29,0	15,0	18,8	16,8	0,020
Refrigerante comum (n=262)	11,1	23,4	19,7	25,5	26,5	18,6	24,8	13,8	17,9	18,6	0,018
Suco artificial (n=221)	16,3	25,6	12,0	25,6	28,3	14,7	26,1	17,8	17,4	16,3	0,025
Frituras (n=301)	9,2	28,0	20,2	29,7	25,2	15,9	28,6	13,2	16,8	13,2	<0,001
Macarrão instantâneo (n=324)	16,7	28,5	18,1	26,9	25,4	17,2	26,8	12,9	13,0	14,5	0,005
Embutidos (n=268)	10,7	33,3	19,6	25,0	26,8	10,9	27,7	15,4	15,2	15,4	<0,001
Salgados (n=293)	12,4	26,2	16,3	26,8	27,9	17,1	27,1	14,0	16,3	15,9	0,001
Sanduíches (n=306)	10,6	24,1	18,2	26,4	28,0	18,4	26,5	14,9	16,7	16,1	0,002
Molhos industrializados (n=249)	14,3	30,6	19,0	25,7	23,8	13,2	24,8	15,3	18,1	15,3	0,003
Banha de porco (n=380)	18,9	33,0	19,5	27,1	24,5	16,3	23,9	12,7	13,2	10,9	<0,001
Per capita diário de sal (n=139)	15,4	27,0	20,0	35,1	27,7	20,3	24,6	5,4	12,3	12,2	0,009

^a Teste Qui-quadrado de Tendência Linear. FLV = frutas, legumes e verduras

DISCUSSÃO

Observaram-se elevadas prevalências de excesso de peso e morbidades, bem como de hábitos alimentares pouco saudáveis. No entanto, a realização de aconselhamento pelos profissionais de saúde foi baixa, mas ainda assim, refletiu em resultados positivos sobre os aspectos alimentares adotados pelos participantes.

Os percentuais de excesso de peso e obesidade foram elevados quando comparados a dados nacionais⁽⁴⁾. Acompanhando estas taxas observaram-se altas prevalências de obesidade abdominal, a qual constitui importante fator de risco para as doenças e agravos não transmissíveis, como visto neste estudo⁽¹⁵⁾.

O perfil alimentar dos usuários também parece contribuir para as altas taxas de excesso de peso encontradas, como a omissão de refeições, o hábito de “beliscar” alimentos entre as refeições e o consumo elevado de açúcar e óleo. O fracionamento insuficiente das refeições, ocasionado pela omissão das mesmas relaciona-se ao ganho de peso⁽¹⁶⁾. Da mesma forma, ingerir alimentos em horários esporádicos pode elevar a ingestão calórica diária, predispondo ao aumento de peso corporal⁽¹⁷⁾. Adicionalmente, o elevado consumo diário de açúcar e óleo, este último com mediana de consumo observada três vezes superior à recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira⁽¹¹⁾, também se relaciona com o sobrepeso e a obesidade.

Quanto ao consumo de sal, embora a mediana *per capita* de ingestão estivesse próxima à recomendação para a população saudável, ao considerar as altas prevalências de hipertensão arterial entre os participantes, o consumo foi excessivo. Além disso, verificou-se consumo importante de alimentos ricos em sódio como embutidos, molhos

e temperos industrializados; de alimentos ricos em gorduras saturadas (carnes vermelhas com gordura e pele de frango); e consumo insuficiente de frutas, verduras, legumes e peixes. Este padrão alimentar, juntamente com a ingestão excessiva de açúcar, também foi destacado no estudo⁽¹⁸⁾ e pode contribuir para o aumento do risco e o agravamento de doenças e agravos não transmissíveis, já bastante prevalentes no grupo^(11,16).

Diante desse perfil alimentar e de saúde, a realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida pelos profissionais do serviço de APS é prioritária, entretanto, este se apresentou insuficiente. Achado semelhante foi observado estudo realizado em Chicago, Estados Unidos⁽¹⁹⁾, que verificou que 40% ou menos dos pacientes, segundo relato dos médicos entrevistados, receberam aconselhamento sobre alimentação. No Brasil, observou-se prevalência de aconselhamento sobre atividade física de 28,9% entre adultos e 38,9% entre idosos⁽⁸⁾.

As baixas prevalências de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida realizado por profissionais de saúde, principalmente, médicos e enfermeiros, têm sido descritas como consequências das dificuldades na abordagem de questões sobre alimentação e atividade física. Essas dificuldades possivelmente devem-se ao conhecimento restrito sobre o assunto adquirido na graduação, na residência médica ou em capacitações específicas; além do pouco tempo das consultas e das possíveis dificuldades para implementar mudanças no próprio comportamento alimentar⁽⁹⁾.

Ressalta-se que a orientação sobre hábitos alimentares é responsabilidade de todos profissionais da saúde⁽¹¹⁾, contudo, neste estudo, os Agentes Comunitários de Saúde não foram referidos como responsáveis pelo aconselhamento, embora orientar os indivíduos quanto ao auto-

cuidado e a medidas de proteção à saúde constitua papel central de sua prática profissional⁽²⁰⁾.

Estes dados sugerem a necessidade urgente de capacitação dos profissionais de saúde, visando assegurar o aconselhamento sobre a promoção da saúde em sua prática⁽¹¹⁾. Pois, no que se refere especificamente à alimentação e atividade física, o aconselhamento pode promover a redução do peso corporal, aumento do consumo diário de frutas e hortaliças, com consequente redução do risco e agravamento de doenças e agravos não transmissíveis⁽⁷⁾.

Apesar da baixa frequência de realização de aconselhamento pelos profissionais de saúde, observou-se seu efeito benéfico sobre os hábitos alimentares dos usuários. Indivíduos aconselhados apresentaram maior adequação do consumo de balas/gomas de mascar, temperos industrializados, refrigerantes comuns, salgados e ovos em comparação àqueles não aconselhados. Esta redução do consumo de alimentos com alta densidade calórica e ricos em sódio pode contribuir para a prevenção de doenças e controle do peso saudável, o que poderá refletir positivamente sobre a saúde dos usuários, reforçando a importância do aconselhamento durante a prática profissional.

Quanto às diferenças alimentares entre os sexos mediante o aconselhamento, pode-se dizer que as mulheres responderam mais positivamente ao aconselhamento, apresentando maior cuidado com a própria saúde⁽²¹⁾, refletindo por sua vez em um padrão alimentar mais saudável. Por outro lado, o aconselhamento sobre alimentação e atividade física foi mais frequente entre os usuários com mediana de idade superior, provavelmente devido à maior probabilidade de ocorrência das doenças e agravos não transmissíveis com o aumento da idade⁽²²⁾. Nesse aspecto, ressaltam-se as maiores prevalências de consumo

adequado de alimentos, principalmente, entre aqueles na faixa etária dos 40 anos.

Destaca-se a necessidade de realização de ações preventivas nas faixas etárias mais jovens e entre os homens, bem como maior controle das doenças e agravos não transmissíveis entre os idosos, principalmente ao considerar que estes agravos apresentam longo período de latência, e, portanto, sua origem dá-se, majoritariamente, em idades mais jovens⁽²⁾. Torna-se, assim, fundamental reforçar a prática do aconselhamento de forma equitativa nos diferentes ciclos de vida.

Apesar dos achados, limitações decorrentes do delineamento transversal do estudo impedem o estabelecimento de relações temporais de causa-efeito entre as variáveis analisadas. Além disso, ocorreram perdas de dados por questionários inválidos e, tendo o processo amostral sido realizado em uma UBS, os resultados encontrados não podem ser extrapolados para a população em geral. Ressalta-se, entretanto, a importância dos achados para repensar a prática de promoção da saúde realizada pelos profissionais de saúde no âmbito da Atenção Primária.

CONCLUSÃO

Apesar da importância do aconselhamento frente ao perfil alimentar e de saúde identificado, esta prática foi pouco frequente, sugerindo a necessidade de maior atuação dos profissionais de saúde, visando a prevenção e controle de agravos, e promoção da saúde. Ademais, a realização do aconselhamento sobre modos saudáveis de vida é fundamental, inclusive entre homens e jovens, considerando sua influência favorável sobre o padrão alimentar e, consequentemente, sobre a saúde e a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Preventing chronic diseases: a vital investments [Internet]. Geneva; 2005 [cited 2010 Dec 17]. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2010 dez. 17]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Brasil 2006. Brasília; 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2008: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília; 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006.
6. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. Rev Nutr. 2005;18(1):119-28.
7. Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counseling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. Patient Educ Couns. 2008;70(1):31-9.

8. 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 Saúde Pública*. 2009;25(1):203-313.
9. Wynn K, Trudeau JD, Taunton K, Gowans M. Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers. *Can Fam Physician*. 2010;56(3):109-6.
10. Lopes ACS, Santos LC, Ferreira AD. Atendimento nutricional na Atenção Primária à Saúde: proposição de protocolos. *Nutr Pauta*. 2010;18(101):40-4.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília; 2006.
12. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva; 2000. (Technical Report Series, 894).
13. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Nutr Old Age*. 1994;21(1):55-67.
14. Santos RD, Giannini SD, Fonseca FH, Moriguchi EH, Maranhão RC, Luz PL, et al. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2001;77(3):1-48.
15. Ferreira MG, Valente JG, Silva RMVG, Sichieri R. Acurácia da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril como preditores de dislipidemias em estudo transversal de doadores de sangue de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):307-14.
16. World Health Organization (WHO). Diet nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva; 2003. (Technical Report Series, 916).
17. Francis LA, Lee Y, Birch LL. Parental weight status and girls' television viewing, snacking, and body mass indexes. *Obes Res*. 2003;11(1):143-51.
18. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):530-40.
19. Kusnher RF. Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med*. 1995;24(6):546-52.
20. Santos LPGS, Fracolli LA. Community Health Aides: possibilities and limits to health promotion. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2010 Dec 17];44(1):76-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a11v44n1.pdf
21. 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1251-60.
22. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr*. 2004;17(4):523-33.

Agência Financiadora: Ministério da Saúde, número: 25000.217993/2008-43.