



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Vieira de Lima Costa, Bruna; de Deus Mendonça, Raquel; dos Santos, Luana Caroline; Viana Peixoto,
Sérgio; Alves, Marília; Souza Lopes, Aline Cristine

Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de
Saúde

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 1, enero, 2013, pp. 95-102

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025587011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde

City Academy: a health promotion service in the healthcare network of the Unified Health System

Bruna Vieira de Lima Costa ¹

Raquel de Deus Mendonça ¹

Luana Caroline dos Santos ¹

Sérgio Viana Peixoto ²

Marília Alves ²

Aline Cristine Souza Lopes ¹

Abstract *This is an analysis of the health and nutritional profile of users of the Unified Health System admitted to a City Academy in Belo Horizonte, Minas Gerais during a triennium. It is a cross-sectional study with users > 20 years and socio-demographic characteristics, health habits, food intake and anthropometrics were gathered. Kolmogorov-Smirnov tests, ANOVA, Kruskal-Wallis test, chi-square and Fisher exact test were applied. There was a high prevalence of hypertensive subjects (41.6%), overweight (70.6%) and metabolic risks associated with obesity (67.6%). About 40% of entrants had 1-3 chronic diseases and over 65% used medication daily. There was an imbalance in daily consumption of fruits and vegetables (75.3%), fatty meat (72.4%) and sweetened drinks (54.2%). They had low education and income, and inadequate eating habits and high prevalence of hypertension, overweight and metabolic risks associated with obesity, which suggests users seeking health care services for treatment of diseases. This illustrates the perceived quest for cure, further demonstrating the lack of health-care initiatives in the population. This reveals the need to review the actions at different levels of health care, to promote greater comprehensiveness of care provided.*

Key words *Anthropometrics, Food consumption, Health promotion, Health services*

Resumo *Analisar o perfil de saúde e nutricional dos usuários do Sistema Único de Saúde ingressantes em uma Academia da Cidade, de Belo Horizonte, Minas Gerais durante triênio. Estudo transversal com usuários > 20 anos. Coletaram-se dados sociodemográficos, de saúde, hábitos e consumo alimentar, e antropometria. Realizado testes Kolmogorov-Smirnov, ANOVA, Kruskal-Wallis, Qui-Quadrado e Exato de Fisher. Observou-se elevada prevalência de indivíduos hipertensos (41,6%), com excesso de peso (70,6%) e riscos metabólicos associados à obesidade (67,6%). Cerca de 40% dos ingressantes apresentavam de 1 a 3 doenças crônicas e mais de 65% utilizavam medicamentos diariamente. Houve inadequação no consumo diário de frutas e hortaliças (75,3%), gordura aparente da carne (72,4%) e bebidas açucaradas (54,2%). Apresentavam baixa escolaridade e renda, além de inadequações alimentares e elevadas prevalências de HAS, excesso de peso e riscos metabólicos o que sugere a busca, dos usuários, pelo serviço de promoção da saúde para o tratamento de doenças. O que ilustra a percepção curativista demonstrando ainda a escassez de iniciativas de cuidado à saúde na população. Denota-se a necessidade de se rever as ações nos diferentes níveis de atenção à saúde, visando promover maior integralidade do cuidado prestado.*

Palavras-chave *Antropometria, Consumo alimentar, Promoção da saúde, Serviços de saúde*

¹ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av Prof Alfredo Balena 190/420, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG. brunavlc@hotmail.com

² Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Introdução

As desigualdades sociais interferem na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos, podendo estar presentes no ambiente em que as pessoas trabalham e vivem, bem como nas situações vivenciadas durante os ciclos de vida. Dependendo da natureza desses ambientes, diferentes grupos sociais terão experiências distintas relativas às condições materiais, apoio psicossocial e opções comportamentais, que as tornarão mais ou menos vulneráveis a situações de saúde¹.

Nos 20 anos iniciais do Sistema Único de Saúde (SUS), em que se priorizaram ações biomédicas, individuais e curativas, pôde-se ter um melhor reconhecimento sobre a interação dos fatores individuais, como alimentação e atividade física, e fatores sociais e estruturais, como pobreza e prestação de serviços, na determinação dos padrões de saúde e doença². Dentre estes determinantes tem-se o reconhecimento da relevância epidemiológica do sedentarismo³. No entanto, pessoas menos favorecidas geralmente são acometidas por doenças cujo tratamento depende de acesso aos serviços de saúde, sempre dificultado, o que determina a necessidade, do poder público, de se criar estrategicamente equipamentos de saúde para solucionar os problemas da população.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda aos serviços públicos de saúde o desenvolvimento de reformas estruturais que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública na Atenção Primária, capazes de atuar nas desigualdades¹. Para isto, propõe-se que a promoção da saúde seja exercida nos espaços onde as pessoas vivem, trabalham, estudam e se divertem, buscando a construção de um município saudável.

Seguindo esta recomendação, em Belo Horizonte, foi criado, em 2002, o Programa BH-Cidadania, com o objetivo de promover a inclusão social de famílias em situação de elevada vulnerabilidade social e pessoal⁴. O Projeto BH-Mais-Saudável, implantado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em parceria com outras secretarias e Universidade, apresenta, dentre os três eixos prioritários, o de Núcleos de Atividade Física, no qual estão inseridas as Academias da Cidade⁵.

As Academias da Cidade foram criadas a partir da concepção de integralidade da atenção à saúde, ampliando as estratégias de atendimento à população usuária do SUS no que diz respeito às ações de promoção da saúde⁶. Implantadas, em 2006, apresentam o objetivo de propiciar

melhoria da qualidade de vida da população por meio de ações integradas de incentivo à prática de atividade física e da alimentação saudável. A inserção ao serviço se dá por demanda espontânea ou por encaminhamentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde de referência⁵.

Ademais, se assemelha às Academias da Saúde, modelo proposto pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, em 2011⁷.

Observa-se, neste contexto, a necessidade de privilegiar a investigação das condições de saúde dos indivíduos no âmbito dos serviços de saúde, objetivando gerar informações que possam propiciar ações mais adequadas às necessidades da população em diferentes níveis de atenção, principalmente ao considerar as situações de vulnerabilidade social. Como o serviço das Academias da Cidade é relativamente novo e passível de ajustes torna-se necessária avaliação sistemática do perfil do usuário que a procura para se avaliar e redirecionar a prática do atendimento no serviço. Assim, este estudo teve como objetivo analisar o perfil de saúde e nutricional dos usuários do SUS ingressantes em uma Academia da Cidade da região Leste de Belo Horizonte, Minas Gerais, nos anos de 2008 a 2010.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal com obtenção dos dados por fonte secundária, cujas informações foram coletadas no banco de dados do projeto de pesquisa “Desenvolvimento de Intervenções Nutricionais realizadas nas Academias da Cidade pertencentes ao Projeto BH Saúde Belo Horizonte-MG”.

A Academia da Cidade em estudo foi inaugurada em 2006 e constitui referência para todos os moradores da região Leste de Belo Horizonte, um das nove regiões administrativas do município. Está localizada em uma área de elevada vulnerabilidade social (IVS = 0,77) e baixo índice de qualidade de vida urbana (0,38 a 0,42). Destaca-se que o IVS é uma medida que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente num indicador sintético para avaliar as características de grupos populacionais⁸.

Os participantes do estudo foram todos os usuários com 20 ou mais anos de idade, ingressantes na Academia da Cidade predominantemente por demanda espontânea e, em alguns casos, por encaminhamento das Equipes de Saú-

de da Família, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010.

Os dados foram coletados no momento do ingresso dos usuários ao serviço por meio da aplicação de um protocolo de avaliação das condições socioeconômicas e demográficas, do perfil de saúde e nutricional, incluindo-se análise do consumo alimentar e antropometria⁹.

Os dados sociodemográficos e econômicos avaliados foram: sexo, idade, renda *per capita* e escolaridade em anos.

O perfil de saúde dos usuários foi investigado tendo em vista a presença de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) autorreferidas, como diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica (HAS), uso de medicamentos/suplementos, autopercepção de saúde, e tentativa de redução de peso nos últimos seis meses. Com referência às DANT, foram adotados critérios similares aos utilizados por pesquisa nacional¹⁰, sendo o número de doença contabilizado pela soma das doenças referidas. O uso de serviços de saúde foi avaliado pelo número de consultas médicas e internações realizadas nos últimos 12 meses.

Para a identificação do perfil alimentar, os usuários foram questionados quanto aos seus hábitos alimentares e a frequência de consumo de alimentos, sendo analisados neste estudo a ingestão de pele de frango e gordura aparente da carne, o consumo de frutas e hortaliças, tipo de leite consumido, ingestão de bebidas açucaradas e de feijão. A frequência do consumo de alimentos foi investigada pela aplicação de Questionário de Frequência Alimentar qualitativo, referente aos últimos seis meses, composto por uma lista de 30 alimentos⁹.

Para a avaliação do consumo alimentar utilizaram-se as recomendações preconizadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira¹¹, sendo considerada adequada, a ingestão de cinco ou mais porções ao dia de frutas e hortaliças; 1 porção ao dia de feijão; e ingestão menor ou igual a duas porções semanais de bebidas açucaradas (refrigerante comum e suco em pó com açúcar).

A avaliação antropométrica constou da aferição do peso, estatura, e circunferências da cintura (CC) e do quadril (CQ) de acordo com as técnicas preconizadas pela OMS¹². A partir das duas primeiras medidas obteve-se o índice de massa corporal [IMC=(peso(kg)/altura(m)²], enquanto a CC e CQ possibilitaram o cálculo da razão cintura/quadril [RCQ=CC(cm)/CQ(cm)].

A classificação do estado nutricional, a partir do IMC, foi realizada de acordo com os pontos de corte da OMS¹² para adultos e do *Nutrition*

*Screening Initiative*³ para os idosos. Devido às diferenças de classificação do estado nutricional entre as faixas etárias, os graus de desnutrição I a III entre adultos foram agrupados em baixo peso, enquanto o sobrepeso somado aos graus de obesidade de I a III denotaram o excesso de peso.

A CC e a RCQ foram classificadas utilizando os critérios preconizados pela OMS¹⁴.

Os dados foram analisados com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 19.0, adotando-se nível de significância de 5,0% ($p < 0,05$).

Realizou-se análise descritiva e avaliação do comportamento de distribuição das variáveis por meio do teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov*. Adicionalmente, aplicaram-se testes *ANOVA* para comparação de médias e *Kruskal-Wallis* para comparação de medianas, além do Qui-Quadrado ou Exato de *Fisher* para comparação das proporções.

Os resultados estão apresentados sob a forma de média e desvio-padrão para as variáveis que apresentaram distribuição normal e na forma de mediana e Percentis (P_{25} ; P_{75}) para as demais.

Quanto às questões éticas, o estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, conforme os preceitos estabelecidos pela Resolução n° 196/96¹⁵ do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O triênio avaliado refere-se ao período compreendido entre o segundo e o quarto ano de funcionamento do serviço. Neste período observou-se o ingresso de 560 indivíduos, sendo que 29,8% entraram em 2008, 37,0% e 33,2% em 2009 e 2010, respectivamente. Os ingressantes eram em sua maioria mulheres (89,6%), com idade média de $48,7 \pm 13,1$ anos.

Com relação às condições socioeconômicas, nota-se que a renda *per capita* sempre esteve abaixo do salário mínimo do ano corrente ($p < 0,001$), mas apresentou incremento com o avançar dos anos, assim como a escolaridade ($p = 0,02$) (Tabela 1).

No tocante às condições de saúde verificou-se que aproximadamente 54,0% apresentavam de 1 a 3 doenças e agravos não transmissíveis (DANT), sendo que 41,6% relataram diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 9,3% diabetes *mellitus*. Ademais, 68,4% declararam uso diário de medicamentos.

Quanto ao uso de serviços de saúde, 54,4% relataram realizar mais de três consultas médicas no ano anterior. Já sobre as internações hospitalares no mesmo período, observou-se menor frequência entre os ingressantes do segundo ano ($p = 0,039$). Contrastando com este perfil, aproximadamente 70,0% percebiam sua saúde como muito boa ou boa e, somente 2,0% a relataram como ruim ou muito ruim (Tabela 2).

Adicionalmente, a maioria dos ingressantes (70,6%) apresentava excesso de peso, sendo identificado o aumento da razão cintura/quadril ($p = 0,026$) ao longo do triênio. Tentativas de emagrecimento nos seis meses anteriores ao ingresso no serviço foram citadas por cerca 50,0% dos participantes (Tabela 2).

No que se refere ao perfil alimentar, verificou-se que a maioria dos ingressantes apresentava consumo inadequado de frutas e hortaliças (75,3%), de bebidas açucaradas (55,0%) e de gordura aparente da carne (72,4%), no entanto, ao longo do triênio observou-se redução deste hábito ($p < 0,001$). Ademais, a maioria dos ingressantes (76,4%) ingeria leite do tipo integral (Tabela 3).

Discussão

Os ingressantes na Academia da Cidade eram em sua maioria mulheres, com baixa escolaridade e renda, apresentando importantes inadequações alimentares e elevadas prevalências de HAS, excesso de peso e riscos metabólicos associados à obesidade, perfil contrastante com o que se espera de um serviço de promoção da saúde.

A predominância do sexo feminino também foi observada em outros estudos realizados em

Academias da Cidade¹⁶. Isto se deve provavelmente às mulheres serem mais presentes nos serviços de saúde em virtude de maior autocuidado e disponibilidade de tempo¹⁷. Entretanto, iniciativas como a Política Nacional de Saúde do Homem objetivam romper com esta barreira, buscando maior aproximação do sexo masculino com os serviços de saúde¹⁸.

O excesso de peso identificado entre os participantes pode ser considerado um importante problema de saúde, atingindo mais da metade dos entrevistados, valor bastante superior ao encontrado em estudo nacional¹⁰. No cenário internacional também se observa a ocorrência do sobrepeso e da obesidade, mas em menor proporção^{19,20}.

Associado a esta alta taxa de excesso de peso detectou-se elevada prevalência de HAS, cerca de duas vezes superior ao observado em estudos epidemiológicos brasileiros¹⁰. Outra DANT de relevância detectada foi o diabetes *mellitus* (DM), atualmente, considerado uma epidemia mundial. No Brasil 6,3% e 23,3% dos indivíduos com 18 ou mais anos referiram apresentar DM e HAS, respectivamente, valores bastante inferiores aos encontrados neste estudo¹⁰.

Ademais, ao avaliar a razão cintura/quadril (RCQ) percebeu-se o ingresso de indivíduos com maiores indicadores de risco de doenças cardiovasculares ao longo do triênio avaliado. O estudo de Hotchkiss e Leyland²¹, com uma amostra representativa da população Escocesa, também observou um aumento na prevalência dos indivíduos com maior risco desta doença ao longo dos anos de análise 1995, 1998 e 2003. No entanto, o resultado do estudo foi inferior ao encontrado no estudo de Amer et al.²², com usuários do programa Estratégia Saúde da Família, no

Tabela 1. Características sociodemográficas de ingressantes no serviço de promoção da saúde.

	Total (n = 560)	2008 (n = 167)	2009 (n = 207)	2010 (n = 186)	Valor p
Sexo (%)					
Feminino	89,6	88,6	92,3	87,6	0,282 ¹
Masculino	10,4	11,4	7,7	12,4	
Idade (anos)	48,7 (13,1)	48,7 (12,2)	47,4 (13,1)	50,0 (13,7)	0,142 ²
Renda <i>per capita</i> (R\$)	349,38 (225,00; 510,00)	275,83 (190,00; 450,00)	348,75 (232,50; 500,00)	465,00 (255,00; 652,50)	<0,001 ²
Escolaridade (anos)	8,0 (4,0;11,0)	7,0 (4,0;11,0)	8,0 (4,0;11,0)	9,0 (4,0;11,0)	0,02 ³

¹Qui-quadrado; ²Anova; ³Kruskal-Wallis

Tabela 2. Perfil de saúde e uso de serviços de saúde de ingressantes no serviço de promoção de saúde.

	Total (n = 560)	2008 (n = 167)	2009 (n = 207)	2010 (n = 186)
Diabetes autorreferido (%)	9,3	8,4	6,5	13,1
Hipertensão arterial autorreferido (%)	41,6	44,3	39,0	41,9
Número de doenças crônicas autorreferidas (%)				
0	41,6	38,9	45,4	39,8
1 a 3	54,1	56,3	50,2	56,5
4 ou mais	4,3	4,8	4,3	3,8
Uso referido de medicamentos (%)	68,4	67,7	64,7	73,1
Percepção da saúde (%)				
Muito boa e boa	69,8	68,9	72,0	68,1
Regular/ruim/muito ruim	30,2	31,1	28,0	31,9
Tentativa de redução do peso nos últimos 6 meses (%)	52,6	54,2	49,7	54,1
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses (%)				
0	8,9	9,2	7,8	9,8
1	19,1	15,3	19,6	21,9
2	17,6	16,6	18,8	17,5
3 ou mais	54,4	58,9	53,9	50,8
Internações hospitalares nos últimos 12 meses (%)	10,5	13,8	6,3	12,4
Índice de Massa Corporal	28,0	27,4	28,0	28,7
	(24,8; 31,7)	(24,4; 32,1)	(24,0; 31,2)	(25,5; 31,5)
Classificação do Estado Nutricional (%)				
Baixo peso	1,3	1,2	0,5	2,2
Eutrofia	28,1	30,3	30,8	23,0
Excesso de peso	70,6	68,5	68,7	74,7
Circunferência de Cintura	87,1(12,1)	86,3 (11,4)	86,1 (12,3)	88,9 (12,3)
Classificação – Risco de complicações metabólicas (%)				
Sem risco	32,4	37,6	33,0	26,9
Elevado	26,3	24,8	29,5	24,0
Muito elevado	41,3	37,6	37,5	49,1
Razão Cintura/Quadril	0,83	0,82	0,83	0,84
	(0,78;0,88)	(0,78;0,88)	(0,77;0,87)	(0,79;0,90)
Classificação – Risco de doenças cardiovasculares (%)				
Sem risco	65,3	68,3	67,0	60,6
Com risco	34,7	31,7	33,0	39,2

¹Qui-quadrado; ²Exato de Fisher; ³Anova; ⁴Kruskal-Wallis

qual 84% dos indivíduos apresentaram RCQ elevada, observando 2,5 vezes mais chances destes indivíduos apresentarem sobrepeso.

Este resultado revela uma possível progressão negativa das condições de saúde dos usuários ao ingressarem no serviço, sugerindo uma maior procura por atenção à saúde na esperança de se identificar os problemas e a forma de curá-los ou melhorá-los²³.

Por outro lado, as elevadas prevalências de excesso de peso, HAS, diabetes *mellitus* e risco para doenças cardiovasculares entre os ingressantes do serviço pode se relacionar ao próprio local de estudo. A Academia da Cidade constitui

serviço de referência para a prática de exercício físico e orientação nutricional do Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte, recebendo encaminhamentos das Equipes de Saúde da Família para o atendimento de pacientes que necessitam de redução do peso e controle de DANT. Entretanto, na Academia em estudo o acesso dos usuários ao serviço é realizado predominantemente por demanda espontânea. Tal fato corrobora a hipótese de que indivíduos procuram serviços de saúde mediante situações de doença, sendo ainda escassas as iniciativas de cuidado à saúde na população. Esta percepção curativista, por vezes, encontrada entre os usuários do SUS, pos-

Tabela 3. Hábitos alimentares de ingressantes no serviço de promoção da saúde.

	Total (n = 560)	2008 (n = 167)	2009 (n = 207)	2010 (n = 186)	Valor p
Frutas e Hortaliças (%)					
Inadequado	75,3	76,5	77,7	71,6	0,363
Adequado	24,7	23,5	22,3	28,4	
Pele de frango (%)					
Inadequado	39,7	34,5	45,8	37,7	0,071
Adequado	60,3	65,5	54,2	62,3	
Gordura aparente da carne (%)					
Inadequado	72,4	89,0	66,0	64,7	<0,001
Adequado	27,6	11,0	34,0	35,3	
Bebidas açucaradas (%)					
Inadequado	54,2	49,4	55,7	56,8	0,328
Adequado	45,8	50,6	44,3	43,2	
Feijão (%)					
Inadequado	13,1	12,0	12,2	15,1	0,605
Adequado	86,9	88,0	87,8	84,9	
Tipo de leite (%)					
Baixo teor de gordura	23,6	18,5	28,1	23,6	0,190
Integral	76,4	81,5	71,9	76,4	

Nota: Teste Qui-quadrado

sivelmente reflete o modelo biomédico ainda praticado nos serviços de saúde, apesar dos avanços nos últimos 20 anos²⁴.

Apesar destas elevadas prevalências de doenças e uso de medicamentos, observou-se que aproximadamente 30% classificaram sua saúde como regular, ruim e muito ruim. No entanto, pondera-se que esse indicador está fortemente correlacionado com medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo importante preditor de mortalidade¹⁰.

Outro importante condicionante da morbimortalidade por DANT durante a vida é o padrão alimentar. Desigualdades sociais têm imposto um padrão de alimentação inadequado aos sujeitos. As dificuldades em se adquirir alimentos com baixa densidade energética e alta qualidade nutricional, como frutas e hortaliças, tem propiciado o aumento do consumo de alimentos mais baratos e calóricos, e também prejudiciais à saúde²⁵.

Este fato pode ser percebido ao analisar o baixo consumo de frutas e hortaliças (F&H) entre os ingressantes do serviço, similar aos dados nacionais¹⁰ e a estudos nacionais e internacionais realizados por Ferreira e Magalhães²⁵ e Cohen et al.²⁶, respectivamente. Pondera-se, no entanto, que o consumo deste grupo alimentar é fortemente influenciado pela renda, a qual se apresentou insu-

ficiente neste estudo, diminuição de seu preço e aumento do preço de outros alimentos²⁷.

No que se refere à ingestão de alimentos com alta densidade calórica, como aqueles ricos em gorduras, o tipo de leite mais ingerido pela maioria dos entrevistados foi o integral, sendo a ingestão da gordura aparente da carne inadequada em grande parte dos ingressantes. As frequência destes hábitos foram superiores aos valores encontrados em estudo nacional (56,4% e 34,2%, respectivamente)¹⁰.

Diante deste perfil apresentado pelos ingressantes durante os três anos de ingresso na Academia da Cidade questiona-se se um serviço de promoção da saúde conseguirá produzir resultados satisfatórios, haja vista que a maioria de seus usuários necessita de uma atenção voltada para o controle de DANT.

Locais de promoção da saúde, como as Academias da Cidade, devem incorporar medidas que não se direcionam a uma determinada enfermidade ou desordem, mas objetivam propiciar saúde e bem estar. Portanto, o objetivo da promoção da saúde, enquanto um processo que possibilita os indivíduos e as coletividades a aumentarem o controle sobre os determinantes de saúde pode estar desvirtuado diante de próprias dificuldades de sustentabilidade do serviço revelada pela predominância de indivíduos doentes. E, desta for-

ma, impossibilitar a concretização da proposta de Cidades Saudáveis com práticas de educação à saúde, conforme proposto pelo município.

Neste sentido a saúde no município de Belo Horizonte, assim como no Brasil, busca configurar-se na lógica da promoção da saúde, objetivando a integralidade da assistência prestada ao usuário, família e comunidade. A integralidade da assistência é o alicerce para se alcançar uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação. Por esta razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido de provocar mudanças e colocar em prática os princípios doutrinários deste sistema, principalmente na Atenção Primária à Saúde²⁸.

Por conseguinte, observa-se a necessidade de reorganização da rede básica de saúde para o atendimento dos indivíduos, conforme suas necessidades. A complexidade dos problemas no âmbito da saúde demanda reflexões significativas com objetivo de se determinar alternativas coerentes com seu enfrentamento, principalmente diante dos novos cenários vivenciados com o avanço das DANT²⁹.

Na relação entre os níveis de atenção um componente importante é a instituição de redes integradas e regionalizadas com definição de linhas de cuidado baseadas na demanda e necessidade do usuário, o que caracteriza uma das interfaces da integralidade²⁸. Desta forma, torna-se possível delimitar melhor as responsabilidades que cabem a cada serviço, possibilitando uma melhor articulação, entre as redes e os setores, e maior atuação sob os determinantes de saúde³⁰. Denota-se, portanto, a necessidade de uma reestrutu-

ração da atuação das Unidades Básicas de Saúde no contexto de prevenção e tratamento das DANT, visando que a Academia da Cidade, enquanto serviço de promoção da saúde possa atingir os objetivos almejados.

Ressalta-se que, apesar de não apresentar interferência externa, estudos como esses são importantes por demonstrarem o perfil de pessoas que ingressam em Serviços de Promoção, suscitando a crítica sobre a construção da promoção saúde no âmbito dos serviços de saúde. Os resultados revelaram que o serviço tem recebido elevado percentual de indivíduos com DANT, e, portanto, o seu objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, construindo a possibilidade de modos mais saudáveis de vida pode não estar sendo plenamente atingido, haja vista a necessidade prioritária de se recuperar a saúde dos usuários.

Conclusão

Constatarem-se elevadas prevalências de DANT, bastante superiores aos valores encontrados na população brasileira, sugerindo a busca dos usuários pelo serviço para a recuperação da saúde mediante a prática de exercícios físicos e orientação nutricional. Portanto, reforça-se a importância de se rever as ações de saúde direcionadas para o controle e a prevenção das DANT no âmbito dos serviços, visando assegurar uma maior integralidade e efetividade do cuidado prestado, segundo as necessidades dos usuários, famílias e comunidades, nos diferentes níveis de atenção de saúde.

Colaboradores

BVL Costa trabalhou no delineamento do estudo, na interpretação dos dados e redação do artigo; RD Mendonça trabalhou no delineamento do estudo, na análise e interpretação dos dados e redação do artigo; LC Santos participou do delineamento do estudo e revisão do manuscrito; SV Peixoto participou da análise e interpretação dos dados; M Alves contribuiu com a revisão e redação do artigo; ACS Lopes participou do delineamento do estudo, na análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Closing the Gap in a Generation*. Commission on Social Determinants of Health Final Report Geneva: WHO Press; 2008.
2. Putland C, Baum FE, Ziersch AM. From causes to solutions - insights from lay knowledge about health inequalities. *BMC Public Health* 2011; 11(67):1-11.
3. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, Morais Neto OL, Temporão JG. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2009; 18(1):79-86.
4. Rocha MCG. Exclusão social e gestão local intersectorial: desafios do Programa BH-Cidadania. *Pensar BH/Política Social* 2006; 25:8-11.
5. Dias MAS, Giatti L, Guimarães VR, Amorim MA, Rodrigues CS, Lansky S, Oliveira MGR, Fonseca S, Ishitani LH, Moreira M, Souza RE. Grupo de Promoção da saúde da Secretaria Municipal de Saúde. BH-Saúde: Projeto Promoção de Modos de Vida Saudável. *Pensar BH/Política Social* 2006; 16:21-24.
6. Magalhães Júnior HM. *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza; 2010.
7. 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 União* 2011; abr 8.
8. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. *Índice de Qualidade de Vida Urbana, 1994*. [acessado 2011 out 10]. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=19777&chPlc=19777&termos=A-ndice de vulnerabilidade social](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=19777&chPlc=19777&termos=A-ndice%20de%20vulnerabilidade%20social).
9. Lopes ACS, Ferreira AD, Santos LC. Atendimento Nutricional na Atenção Primária à Saúde: Proposição de Protocolos. *Nutrição em Pauta* 2010; 18(101):40-44.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigil Brasil 2010*. vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS; 2011. [acessado 2011 jun 19]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral de *Política de Alimentação e Nutrição*. *Guia Alimentar para População Brasileira*. Brasília: MS; 2005.
12. World Health Organization (WHO). *Physical status*. The use and Interpretation of Anthropometry. Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series 854.
13. Nutrition Screening Initiative. *Nutrition interventions manual for professionals caring for older Americans*. Washington DC: Nutrition Screening Initiative; 1992.
14. World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO; 2000. (Obesity Technical Report Series n.894).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; out 16.
16. Simoes EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W, Perez DP, Hoehner CM, Gilbert D, Malta DC, Brownson RC. Effects of a Community-Based, Professionally Supervised Intervention on Physical Activity Levels Among Residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health* 2009; 99(1):68-75.
17. Gomes R, Moreira MC, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):983-992.
18. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2008. [acessado 2011 nov 18]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf.
19. Stecker T, Sparks S. Prevalence of Obese Patients in a Primary Care Setting. *Obesity* 2006; 14(3):373-376.
20. Kain J, Vio F, Albala C. Obesity trends and determinant factors in Latin America. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl. 1):S77-S86.
21. Hotchkiss JW, Leyland AH. The relationship between body size and mortality in the linked Scottish Health Surveys: cross-sectional surveys with follow-up. *Int J Obes* 2011; 35(6):838-851.
22. Amer NM, Marcon SS, Santana RG. Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial em Indivíduos Adultos no Centro-Oeste do Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2011; 96:47-53.
23. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface Comun Saude Educ* 2006; 10(20):347-362.
24. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia MK, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl.1):881-892.
25. Ferreira VA, Magalhães R. Práticas alimentares cotidianas de mulheres obesas moradoras da Favela da Rocinha (Rio de Janeiro, RJ, Brasil). *Cienc Saude Colet* 2011; 16(6):2983-2991.
26. Cohen DA, Sturm R, Scott M, Farley TA, Bluthenthal R. Not Enough Fruit and Vegetables or too many cookies, candies, salty snacks, and soft drinks? *Public Health Reports* 2010; 125(1):88-95.
27. Claro RM, Carmo HCE, Machado FMS, Monteiro CA. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. *Rev Saude Publica* 2007; 41(4):557-564.
28. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Rev. Esc. Enferm* 2010; 44(3):649-656.
29. Santos ERR, Araújo Júnior JLAC. Ações de promoção à saúde: caminho para a construção de uma cidade saudável? O caso do Recife. *Revista Adm Facul Mauricio de Nassau* 2006; 1:181-198.
30. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2753-2762.

Artigo apresentado em 05/03/2012

Aprovado em 10/04/2012

Versão final apresentada em 17/04/2012