



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Teixeira de Toledo, Mariana Tâmara; Abreu, Mery Natali; Souza Lopes, Aline Cristine
Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de
saúde

Revista de Saúde Pública, vol. 47, núm. 3, junio, 2013, pp. 540-548

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240206012>

- 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

Mariana Tâmara Teixeira de Toledo^I

Mery Natali Abreu^{II}

Aline Cristine Souza Lopes^{III}

Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde

Adherence to healthy ways of life through counselling by health care professionals

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência e fatores associados à adesão a modos saudáveis de vida.

MÉTODOS: Estudo transversal conduzido com usuários maiores de 19 anos de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, MG, entre 2009 e 2010. A amostra foi selecionada para estimar a proporção de pessoas que aderiram a modos saudáveis de vida (alimentação saudável e prática de atividade física) mediante aconselhamento realizado por profissionais de saúde e os fatores sociodemográficos, alimentares e de saúde associados. Adicionalmente, foram analisados os benefícios e dificuldades percebidas para a adesão a modos saudáveis de vida. Realizou-se análise descritiva, univariada (Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher) e multivariada mediante Regressão de Poisson.

RESULTADOS: Dos 417 participantes, apenas 40,8% recebeu o aconselhamento, dos quais 50,9% apresentaram adesão. Na análise multivariada, a adesão foi associada com a percepção de ser ter uma alimentação era saudável (RP = 1,67; IC95% 1,15;2,43) e a participação em serviço público de promoção da saúde (RP = 1,55; IC95% 1,18;2,03). Maior disposição e redução de peso foram referidas como principais benefícios da adesão, enquanto a dificuldade para mudar hábitos e falta de tempo foram as barreiras mais relatadas.

CONCLUSÕES: A adoção de modos de vida mais saudáveis requer a proposição de estratégias que favoreçam a adesão, bem como a participação dos profissionais na realização do aconselhamento como ação de promoção da saúde que gere maior autonomia e qualidade de vida, sustentado por políticas e programas de promoção da saúde.

DESCRIPTORIOS: Cooperação do Paciente. Comportamentos Saudáveis. Estilo de Vida. Promoção da Saúde.

^I Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Departamento de Nutrição. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Aline Cristine Souza Lopes
Escola de Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 sala 420 Santa Efigênia
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: alinelopesenf@gmail.com

Recebido: 9/11/2011

Aprovado: 18/10/2012

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of factors associated with adherence to healthy ways of life.

METHODS: This is a cross-sectional study carried out with users aged over 19 from a primary health care unit in Belo Horizonte, MG, Southeastern Brazil, from 2009 to 2010. The sample was selected to estimate the proportion of people who adhere to healthy ways of life (healthy eating and physical activity) through counseling conducted by health care professionals, and associated socio-demographic, dietary and health factors. Additionally, the perceived benefits from the adherence to healthy ways of life and their possible barriers were verified. Descriptive analysis, univariate (Chi-square Test or Fisher's Exact) and multivariate by Poisson Regression were performed.

RESULTS: Of the 417 users selected for the survey, only 40.8% received counseling, of which 50.9% demonstrated adherence. In multivariate Poisson regression, adherence was associated with the perception of food being healthy (PR = 1.67, 95%CI 1.15;2.43) and participation in the public service health campaigns (PR = 1.55, 95%CI 1.18;2.03). The main reported benefits of adherence were greater willingness and weight loss and, the most commonly reported barriers were difficulty of changing habits and lack of time.

CONCLUSIONS: Adopting healthier lifestyles requires the proposing of strategies that promote adherence, as well as the participation of professionals in implementing counseling as a health promoting action that generates greater autonomy and quality of life among those involved, supported by policies and programs promoting health.

DESCRIPTORS: Patient Compliance. Health Behavior. Life Style. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o cenário atual da saúde é marcado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como consequência do aumento da adoção de estilos de vida pouco saudáveis, com destaque para a alimentação inadequada e a inatividade física, decorrentes dos processos de industrialização e globalização.^a

Mesmo com o reconhecimento atual dos benefícios de uma alimentação adequada, rica em frutas, hortaliças, cereais integrais e fibras, bem como da prática regular de atividade física para a promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT,¹⁷ muitos brasileiros^b apresentam dificuldades em aderir a estilos de vida mais saudáveis em relação a esses fatores.¹⁹

A adesão média à terapia de longo prazo para DCNT em países em desenvolvimento é inferior a 50%, o que

é considerado baixo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).²¹

De acordo com estudo desenvolvido sobre a adesão de pacientes aos modos saudáveis de vida e os processos sociais e psicológicos que permeiam a relação médico-paciente, apenas 25% dos pacientes atendidos seguiam as condutas médicas relacionadas às mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares, abandono do fumo, entre outros.¹⁰ Adicionalmente, o estudo de Duran et al¹¹ revelou uma adequação da ingestão de macronutrientes por cerca de 60,0% dos indivíduos praticantes de exercícios físicos.

O comportamento relativo à adesão é um fenômeno complexo e multideterminado, não havendo um “padrão-ouro” para estimá-lo.²¹ Apesar das distintas

^a 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. Brasília (DF); 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde); (Série Pactos pela Saúde, 8).

^b Ministério da Saúde, 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 (DF); 2010. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

estratégias para mensurar a adesão relatada na literatura, em estudos observacionais, o autorrelato de pacientes por meio de entrevistas estruturadas é a opção mais utilizada devido à facilidade de aplicação, baixo custo e boa predição.¹⁶

Muitos pacientes apresentam dificuldades em adotar as orientações recebidas no aconselhamento realizado pelos profissionais de saúde visando à promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT, principalmente por demandarem mudanças no comportamento e estilos de vida.²¹ Entre os fatores relacionados à adesão estão os demográficos, psicológicos, sociais, os decorrentes da relação existente entre o paciente e o profissional de saúde, bem como os relacionados ao tratamento e ao sistema de saúde. Dessa forma, compreender as barreiras e oportunidades para a adesão aos modos saudáveis de vida nos diferentes contextos socioculturais constitui-se em estratégia útil para ampliar os benefícios advindos de ações de promoção da saúde e de controle das DCNT.⁹

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e fatores associados à adesão a modos saudáveis de vida.

MÉTODOS

Estudo transversal conduzido com usuários de uma unidade básica de saúde (UBS) em Belo Horizonte, MG, de 2009 a 2010. A atenção primária à saúde (APS) no município é estruturada em nove regiões e 147 UBS. Nessas unidades atuam as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), apoiadas matricialmente por profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, como assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, homeopatas, nutricionistas, psicólogos, entre outros. Cada equipe da ESF é responsável pela saúde de cerca de mil famílias, o que corresponde a uma média de 3.450 a 4.500 pessoas.

A UBS estudada está localizada em uma região de alta vulnerabilidade social da cidade, apresentando elevadas prevalências de DCNT, como hipertensão arterial (49,5%), diabetes mellitus (36,0%) e dislipidemias (15,7%).^c A forte associação dessas morbidades com modos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo e alimentação inadequada, somada ao padrão de vulnerabilidade e à presença de serviço de promoção da saúde na área de abrangência, foram fatores para a inclusão da UBS nesta investigação.

O tamanho da amostra do estudo foi definido em 206 participantes, com base nos critérios de intervalo com 95% de confiança, poder estatístico de 80,0% e

frequência esperada de adesão de 9,4% no grupo não exposto ao aconselhamento.^{10,11}

Foram elegíveis para o estudo indivíduos maiores de 19 anos que aguardavam atendimento na UBS. As entrevistas foram conduzidas por entrevistadores previamente treinados, escalados nos turnos da manhã e da tarde, no período de outubro de 2009 a janeiro de 2010. Excluíram-se do estudo gestantes e pacientes graves.

A coleta de dados foi realizada por acadêmicos de cursos da área de saúde integrantes do projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

Utilizou-se questionário estruturado e pré-testado desenvolvido a partir do instrumento proposto por Lopes et al.¹⁵ Foram incluídos dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade e renda), consumo de alimentos (sal, açúcar, óleo, carne sem gordura, frango sem pele, frutas e hortaliças), morbidade referida (hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e doenças coronarianas), uso de medicamentos e prática de atividade física. A participação em serviços de saúde voltados para a promoção de modos mais saudáveis de vida também foi investigada, a exemplo da Academia da Cidade, localizada na área de abrangência da UBS e que oferece prática regular de exercícios físicos e orientação nutricional, bem como acompanhamento nutricional individual desenvolvido na própria UBS.

Para avaliar o consumo alimentar, foram incluídas questões sobre a frequência e quantidade de alimentos consumidos nos últimos seis meses.¹⁵ Quando a frequência era “raro” ou “nunca”, considerou-se o alimento como não consumido. As frequências de consumo foram comparadas com base no Guia Alimentar para a População Brasileira.^d

Para mensurar o nível de atividade física dos usuários utilizou-se o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ),¹³ versão reduzida. Esse instrumento permite estimar o tempo gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes situações (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer), baseado na autorrecordação dos últimos sete dias. A partir do escore obtido, os usuários foram classificados como sedentários, irregularmente ativos, regularmente ativos ou ativos.

^c Lima AN. Fatores associados ao excesso de peso entre usuários do serviço de promoção à saúde: Academia da Cidade do distrito sanitário leste de Belo Horizonte - Minas Gerais [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

^d Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para população brasileira. Brasília (DF); 2006.

A avaliação antropométrica constou das medidas de peso, estatura, circunferências da cintura (CC) e do quadril (CQ), de acordo com o preconizado pela OMS.^e

A partir das medidas de peso e estatura, CC e CQ, realizou-se o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e a razão cintura/quadril (RCQ), respectivamente. Para classificar a CC, RCQ e IMC de adultos utilizaram-se as referências propostas pela OMS^e e para IMC de idosos utilizou-se a classificação proposta pela *Nutrition Screening Initiative*.^f

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 $> 0,85$.^f

Para definir a variável excesso de peso utilizaram-se os seguintes valores de IMC: adultos (IMC $\geq 25,0$ kg/m²) e idosos (IMC $\geq 27,0$ kg/m²).

A variável de desfecho – adesão dos usuários aos modos saudáveis de vida – foi definida como seguir o aconselhamento realizado verbalmente pelo profissional de saúde, mensurado por autorrelato.^{16,23} A partir das respostas obtidas, foram criadas duas categorias: indivíduos que aderiram e indivíduos que não aderiram ao aconselhamento. Foram incluídos no grupo que aderiu ao aconselhamento recebido os usuários que referiram realizar todas as orientações recebidas dos profissionais de saúde em qualquer época ou por algum tempo ou que seguiram apenas algumas orientações propostas. Aqueles que referiram tentar seguir as orientações, mas não conseguiram, e os que não tentaram seguir nenhuma orientação foram incluídos no grupo que não aderiu ao aconselhamento recebido.

As variáveis categóricas analisadas foram: sexo (feminino/masculino); diagnóstico referido de doenças e agravos (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doenças coronarianas, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia); uso de medicamentos (sim/não) e tipo de medicamento utilizado (anti-hipertensivo, insulina, hipoglicemiante oral, antidepressivo e outros); hábito de fumar (sim/não); conhecimento sobre Academia da Cidade (sim/não); consumo de pele de frango e gordura da carne (sim/não); percepção de alimentação saudável (sim/não); tentativa de emagrecer nos últimos seis meses (sim/não); recebimento de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida (sim/não); nível de adesão

às orientações (realiza todas as orientações recebidas, realiza todas as orientações por algum tempo e depois abandona, segue apenas algumas orientações propostas, tenta seguir as orientações, mas não consegue, e não tentou seguir nenhuma orientação); percepção de benefício após aderir ao aconselhamento (maior disposição, redução do peso, melhoria da saúde e outros); barreiras para adesão ao aconselhamento (dificuldade para mudar os hábitos, falta de tempo, dificuldades financeiras, falta de apoio da família e outras); participação em atividades de nutrição na comunidade (sim/não); nível de atividade física segundo classificação do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ (ativo, regularmente ativo, irregularmente ativo ou sedentário); classificação de índice de massa corporal (baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade); classificação da circunferência da cintura (sem risco, com risco elevado ou com risco muito elevado de complicações metabólicas associadas à obesidade); classificação da razão cintura/quadril (com ou sem risco de desenvolver doenças associadas à obesidade).

Quanto às variáveis quantitativas, foram analisados: idade (anos); renda familiar; renda *per capita* (renda familiar dividida pelo número de membros da família); anos de estudo; consumo *per capita* diário de sal, açúcar e óleo (consumo mensal/número de pessoas que realizam o almoço e jantar no domicílio); porções de frutas, verduras e legumes ingeridas (frequência e quantidade consumida transformadas em porções/dia); tempo gasto com atividades moderadas por semana (minutos); tempo gasto com atividades vigorosas por semana (minutos); peso (kg); altura (metros); circunferência da cintura (centímetros) e razão cintura/quadril.

Na análise descritiva, foram calculadas as distribuições de frequências das variáveis categóricas e das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas. Estas foram avaliadas com relação à sua distribuição pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Todas apresentaram distribuição assimétrica, sendo descritas por meio de medianas e valores mínimo e máximo.

Para verificar a associação entre a variável resposta e as variáveis explicativas foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher na presença de amostras pequenas. Foram estimados os valores de razão de prevalência (RP), com respectivo intervalo de confiança de 95%. Nessa análise, todas as variáveis quantitativas foram categorizadas.

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, e o ajuste foi realizado pela eliminação individual das

^eWorld Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Geneva; 1995. (Technical Report Series, 854).

^fNutrition Screening Initiative. Nutrition interventions manual for professionals caring for older Americans: project of the American Academy of Family Physicians, the American Dietetic Association and the National Council on the Aging. Washington (DC); 1992.

variáveis. No modelo final, permaneceram as variáveis significativas em nível de significância de 5%.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa Stata, versão 9.2.

Foram entrevistados 432 usuários, havendo perda de 3,5% (15), devido ao preenchimento incompleto do questionário (11), entrevistas com gestantes (2) e com menores de 20 anos (2). Assim, participaram do estudo 417 indivíduos, sendo maioria do sexo feminino (78,9%). A mediana *per capita* de renda foi de US\$ 158,23 (mínimo: US\$ 4,43; máximo: US\$ 800,63).

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais em 2009 (Parecer nº 037041020309).

RESULTADOS

Com relação à ocorrência de doenças, observou-se que 33,3% dos entrevistados relataram diagnóstico de hipertensão arterial, 17,3% hipercolesterolemia e 10,1% diabetes mellitus. Adicionalmente, 54,7% relataram fazer uso de algum medicamento, sendo os mais utilizados os anti-hipertensivos (27,6%) (Tabela 1).

Quanto ao estado nutricional, 58,9% dos indivíduos apresentavam excesso de peso, 53,6% risco para complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo a medida de CC, e 25,2% de desenvolvimento de doenças, de acordo com a RCQ (Tabela 1).

Sobre a participação em serviços de saúde voltados para a promoção de modos mais saudáveis de vida, apenas 8,6% relataram participar da prática de atividade física e de orientação nutricional na Academia da Cidade, e 2,9% do acompanhamento nutricional individual na UBS (Tabela 2).

Ademais, apesar de 56,8% considerarem sua alimentação saudável, menos da metade dos usuários (48,4%) consumia carne sem gordura, apenas 5,5% apresentaram consumo adequado de frutas e hortaliças, 5,5% de óleo vegetal e 19,7% de sal (Tabela 2).

Dos usuários entrevistados, 170 (40,8%) relataram receber aconselhamento em algum momento de sua vida na UBS, dos quais dois indivíduos não responderam sobre sua adesão, totalizando 168 indivíduos. Destes, 50,9% (n = 86) relataram adesão total ou parcial às orientações propostas (Tabela 3).

A partir da adesão a modos saudáveis de vida, 90,7% (n = 78) referiram sentir algum benefício para sua saúde. Os principais benefícios relatados pelos usuários foram maior disposição (66,7%), redução do peso (47,4%) e melhoria da saúde (25,6%). Foram citados também como

Tabela 1. Características sociodemográficas e prevalência de doenças e agravos entre os participantes. Belo Horizonte, MG, 2009-2010. (N = 477)

Variável	n	%
Idade – anos (mediana; mínimo, máximo)	417	39 (20,0;85,0)
Faixa etária		
Adulto	366	87,8
Idoso	51	12,2
Sexo feminino	329	78,9
Renda <i>per capita</i> mensal – US\$ (mediana; mínimo, máximo) ^a	387	US\$ 158,23 (4,43;800,63)
Anos de estudo (mediana; mínimo, máximo)	417	8 (0,0;18,0)
Morbididades referidas		
Hipertensão arterial sistêmica	139	33,3
Hipercolesterolemia	72	17,3
Diabetes mellitus	42	10,1
Doenças coronarianas	35	8,4
Hipertrigliceridemia	28	6,7
Uso de medicamentos ^b	228	54,7
Tipos de medicamentos		
Anti-hipertensivo	115	50,4
Antidepressivo	50	21,9
Hipoglicemiante oral	21	9,2
Insulina	13	5,7
Outros ^c	76	33,3
Excesso de peso (%) ^d	239	58,9
Risco de complicações metabólicas – Circunferência Cintura ^e		
Elevado	96	23,5
Muito elevado	123	30,1
Risco de desenvolvimento de doenças – Razão Cintura/Quadril ^e	103	25,2

^a 30 indivíduos sem informação

^b Dois indivíduos sem informação

^c Outros medicamentos consumidos foram: anticoncepcionais (n = 34), levotiroxina (n = 13), hipolipidêmicos (n = 13), anticonvulsivantes (n = 5) e antiulcerosos (n = 5), entre outros

^d 11 indivíduos sem informação

^e Nove indivíduos sem informação

benefícios a redução da ansiedade, a melhoria da autoestima e do raciocínio e a hipertrofia muscular, entre outros.

Entre aqueles que não aderiram ao aconselhamento recebido (n = 82), a principal barreira à adesão relatada foi a dificuldade para mudar os hábitos (36,2%), seguida pela falta de tempo (25,4%) e dificuldades financeiras (8,5%). Outras barreiras citadas foram problemas com a família, esquecimento, falta de paciência e a distância da Academia da Cidade.

Tabela 2. Prevalência de fatores relacionados a modos saudáveis de vida entre os participantes. Belo Horizonte, MG, 2009-2010. (N = 417)

Variável	n	%
Participação na Academia da Cidade	36	8,6
Participação no atendimento nutricional da UBS	12	2,9
Considerar sua alimentação saudável	237	56,8
Tentativa de emagrecer nos últimos seis meses	165	39,6
Consumo de frango sem pele	260	63,3
Consumo de carne sem gordura	196	48,4
Consumo adequado de frutas e hortaliças	23	5,5
Consumo adequado de açúcar	156	37,4
Consumo adequado de óleo vegetal	23	5,5
Consumo adequado de sal	82	19,7
Ativo ou regularmente ativo (IPAQ)	261	62,9
Não fumante	326	78,2

UBS: Unidade Básica de Saúde; IPAQ: *International Physical Activity Questionnaire*

Tabela 3. Nível de adesão ao aconselhamento realizado por profissionais da saúde. Belo Horizonte, MG, 2009-2010. (N = 170)

Nível de adesão às orientações	n	%
Realiza todas as orientações recebidas	30	17,6
Realiza todas as orientações por algum tempo e depois abandona	21	12,4
Segue apenas algumas orientações propostas	35	20,6
Tenta seguir as orientações, mas não consegue	44	25,9
Não tentou seguir nenhuma orientação	38	22,4
Não respondeu	2	1,2

A Tabela 4 apresenta as variáveis significativamente associadas à adesão ($p < 0,05$) na análise univariada. Com relação às variáveis sociodemográficas, observou-se maior referência de adesão ao aconselhamento recebido pelos indivíduos com 60 anos ou mais em comparação àqueles com idade entre 20 e 39 anos (RP = 1,59; IC95% 1,13;2,24). Usuários com hipercolesterolemia também apresentam maiores prevalências de adesão (RP = 1,48; IC95% 1,10;1,99), bem como aqueles que referiram participar das atividades da Academia da Cidade e do acompanhamento nutricional individual da UBS, os quais consideravam sua alimentação saudável e tentaram reduzir seu peso nos últimos seis meses ($p < 0,05$).

Na análise multivariada, mantiveram-se independentemente associadas à adesão a participação em atividades na Academia da Cidade (RP = 1,55; IC95% 1,18;2,03) e considerar sua alimentação saudável (RP = 1,67; IC95% 1,15;2,43) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Ainda que não se disponha de parâmetros específicos para a avaliação da adesão,^d os resultados deste estudo revelaram que cerca da metade dos usuários referiu algum grau de adesão ao aconselhamento recebido, porcentagem superior à estimada pela OMS para países emergentes^d e à verificada em outros estudos sobre o tema.^{10,12,18} Apesar de o grau de adesão refletir resultados positivos para a saúde dos indivíduos, conforme relatado, barreiras importantes para sua ampliação foram detectadas, indicando a possibilidade de sua expansão mediante ações adequadas.

Os benefícios à saúde por meio da adoção de hábitos mais saudáveis de vida relatados foram maior disposição, redução do peso e melhoria da saúde. De modo semelhante, estudo realizado com mulheres idosas obesas que aderiam a programa de intervenção nutricional associado à atividade física indicou melhora da saúde e da disposição nas atividades diárias, bem como no quadro de algumas doenças crônicas e da autoestima.⁸ Observa-se assim a importância da adoção de modos saudáveis de vida mediante o aconselhamento como forma de auxiliar os indivíduos na busca pela melhoria de sua saúde e qualidade de vida.

Entre aqueles que não aderiram ao aconselhamento, foram citadas como barreiras a dificuldade para mudar hábitos, falta de tempo e condições financeiras, de modo semelhante ao verificado em outros estudos.^{1,20}

O contexto sociodemográfico de baixa renda e escolaridade contribui para a percepção e existência de tais barreiras para adesão, haja vista serem esses fatores dificultadores à adoção de comportamentos mais saudáveis.^{3,19} Estudo de base populacional sobre fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos apresentou resultados semelhantes aos verificados neste estudo, como maior participação feminina, de indivíduos de classes econômicas mais baixas, com média de idade de 43 anos e de escolaridade de oito anos completos.⁶ Ressalta-se, portanto, que essas características não são incomuns entre usuários de serviços de atenção primária, devendo ser consideradas no desenvolvimento de ações de saúde, visando favorecer a adesão dos usuários às estratégias propostas.

Ao verificar os fatores associados à adesão, mantiveram-se no modelo multivariado final considerar sua alimentação saudável e participar das atividades na Academia da Cidade. Considerar a alimentação saudável foi provavelmente uma percepção obtida a partir da adoção de hábitos alimentares mais saudáveis entre os usuários. Entretanto, tal percepção pode sofrer influências de diversos fatores, fazendo com que o conceito de alimentação saudável se altere de acordo com as diferentes formas de construção social. Mesmo com as variações, é possível perceber a tendência de considerar como alimentação saudável

Tabela 4. Variáveis associadas à adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. Belo Horizonte, MG, 2009-2010. (N = 168)

Variável	n	Aderiu		RP	IC95%
		n	%		
Sexo					
Masculino	32	11	34,4	1	—
Feminino	136	75	55,1	1,60	0,96;2,65
Idade (anos)					
20 a 39	64	31	48,4	1	—
40 a 59	82	38	46,3	0,95	0,67;1,35
60 ou mais	22	17	77,3	1,59	1,13;2,24
Hipercolesterolemia (n = 155)					
Não	108	48	44,4	1	—
Sim	47	31	66,0	1,48	1,10;1,99
Uso de medicamentos					
Não	59	24	40,7	1	—
Sim	109	62	56,9	1,39	0,56;3,86
Participação na Academia da Cidade					
Não	142	66	46,5	1	—
Sim	26	20	76,9	1,65	1,25;2,18
Participação no atendimento nutricional da UBS					
Não	159	78	49,1	1	—
Sim	9	8	88,9	1,81	1,36;2,39
Considera sua alimentação saudável (n = 161)					
Não	66	23	34,8	1	—
Sim	95	58	61,1	1,75	1,21;2,53
Tentativa de emagrecer nos últimos seis meses					
Não	95	41	43,2	1	—
Sim	73	45	61,6	1,42	1,06;1,91

UBS: Unidade Básica de Saúde; RP: razão de prevalência
 Teste Qui-quadrado de Pearson

aquela que incluía alimentos com baixa densidade calórica, *light* e *diet*, que seja restrita em gordura e proteína de origem animal, sal e açúcar e rica em frutas, hortaliças, e complementos à base de fibras e micronutrientes.⁵

Tabela 5. Modelo final da regressão de Poisson de variáveis associadas à adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. Belo Horizonte, MG, 2009-2010.

Variável	RP	IC95%	p
Participação na Academia da Cidade			0,001
Não	1	—	
Sim	1,55	1,18;2,03	
Considerar sua alimentação saudável			0,006
Não	1	—	
Sim	1,67	1,15;2,43	

RP: razão de prevalência
 Teste de qualidade do ajuste: p = 0,99

A associação entre a participação na Academia da Cidade e adesão a modos saudáveis de vida sugere que indivíduos que participam de tal programa podem apresentar maior motivação, suporte social e de profissionais de saúde para adoção de tais hábitos. Nesse sentido, verificou-se em trabalho realizado em Campinas, SP, que frequentar centro de lazer, como as Academias da Cidade, aumentou a chance de praticar exercícios físicos de intensidade moderada ou vigorosa, em 11,4 vezes entre as mulheres entrevistadas.⁷

Entretanto, a participação na Academia da Cidade não se limita à prática de exercícios físicos, pois o espaço é também voltado para a realização do aconselhamento nutricional e engajamento social, o que pode resultar em maior autonomia e qualidade de vida dos envolvidos. Dessa forma, a participação no programa estaria relacionada tanto à melhora da adesão à prática de atividade física quanto a hábitos alimentares mais saudáveis.¹⁴

Corroborando tais achados, Araújo et al⁴ identificaram na literatura brasileira ações de promoção da saúde que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, uma vez que estimulam a participação, interação, integração, empoderamento dos indivíduos. Ademais, diversos programas de promoção da saúde mostraram benefícios para a saúde de pessoas idosas, bem como para a população geral.⁴

Apesar dos benefícios relacionados a programas como o da Academia da Cidade, verificou-se o conhecimento insuficiente dos usuários sobre esse programa, sugerindo sua reduzida divulgação na comunidade. Dessa forma, ampliar a divulgação do programa constituiu estratégia importante para o reforço da adesão ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida pelos usuários.

Ao considerar a importância da adesão a modos mais saudáveis de vida diante do perfil de saúde dos participantes, torna-se imprescindível a criação de estratégias que visem também maior participação dos profissionais na realização e incentivo à qualificação prática do aconselhamento em saúde. Para tanto, é necessário considerar tanto as barreiras à adesão referidas pelos usuários como as dificuldades vividas pelos profissionais de saúde para a sua implementação no cotidiano profissional e de vida. Frequentemente, tais dificuldades estão relacionadas à falta de tempo, motivação, conhecimentos teórico-práticos sobre o assunto, à própria dificuldade em adotar modos mais saudáveis de vida e à sua percepção sobre a adesão dos pacientes ao aconselhamento.^{2,22}

Apesar dos achados, o desenho transversal do estudo impossibilitou estabelecer relações temporais de causa-efeito entre a adesão a modos saudáveis de vida e características sociodemográficas, alimentares e de saúde dos usuários. Adicionalmente, outros fatores, como a disponibilidade e acesso a serviços de promoção da saúde, além da Academia da Cidade, o acesso a alimentos saudáveis no território, o tempo de diagnóstico das doenças e de uso de medicamentos, que não foram analisados, poderiam estar associados à adesão, constituindo possíveis efeitos residuais.

Considera-se também que, sendo o processo amostral realizado em apenas uma UBS, os resultados encontrados não podem ser extrapolados para a população em geral; entretanto, podem contribuir para o conhecimento acerca da temática.

Outra limitação do estudo é a inexistência na literatura de parâmetros específicos para se avaliar a adesão a modos saudáveis de vida, fatores esses que podem comprometer as conclusões produzidas. Contudo, para estimar os padrões de adesão em estudos observacionais, o autorrelato de pacientes, com base em entrevistas estruturadas, é a opção mais utilizada atualmente.¹⁶

Em conclusão, os achados deste estudo reforçam a necessidade de que ações no âmbito da atenção primária, que favoreçam a prática e adesão ao aconselhamento a modos saudáveis de vida, sejam sustentadas por políticas e programas de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. AlQuaiz AM, Tayel SA. Barriers to a healthy lifestyle among patients attending primary care clinics at a university hospital in Riyadh. *Ann Saudi Med*. 2009;29(1):30-5. DOI:10.4103/0256-4947.51818
2. Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, Taggart JR. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Fam Pract*. 2009;10:59. DOI:10.1186/1471-2296-10-59
3. Annear MJ, Cushman G, Gidlow B. Leisure time physical activity differences among older adults from diverse socioeconomic neighborhoods. *Health Place*. 2009;15(2):482-90. DOI:10.1016/j.healthplace.2008.09.005
4. Araújo LF, Coelho CG, Mendonça ET, Vaz AVM, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(1):80-6. DOI:10.1590/S1020-49892011000700012
5. Azevedo E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. *Rev Nutr*. 2008;21(6):717-23. DOI:10.1590/S1415-52732008000600010
6. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):436-43. DOI:10.1590/S0034-89102006000300011
7. Carvalho ED, Valadares ALR, Costa-Paiva LH, Pedro AO, Morais SS, Pinto-Neto AM. Atividade física e qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais: fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(9):433-40. DOI:10.1590/S0100-72032010000900004
8. Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Cavalcanti AL, Costa SFG, Ascitti LSR. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(5):2383-90. DOI:10.1590/S1413-81232011000500007
9. Delamater AM. Improving patient adherence. *Clin. Diabetes*. 2006;24(2):71-7. DOI:10.2337/diaclin.24.2.71
10. DiMatteo MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA*. 1994;271(1):79, 83. DOI:10.1001/jama.1994.03510250093050
11. Duran ACFL, Latorre MRDO, Florindo AA, Jaime, PC. Correlação entre consumo alimentar e nível de atividade física habitual de praticantes de exercícios físicos em academia. *Rev Bras Cienc Mov*. 2004;12(3):15-9.
12. 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;15(1):37-44. DOI:10.1590/S1415-52732002000100005
13. 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;21(2):573-80. DOI:10.1590/S0102-311X2005000200024
14. 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;26(1):70-8. DOI:10.1590/S0102-311X2010000100008
15. Lopes ACS, Santos LC, Ferreira AD. Atendimento nutricional na Atenção Primária à Saúde: proposição de protocolos. *Nutr Pauta*. 2010;18(101):40-4.
16. Nemes MIB, Santa Helena ET, Caraciolo JMM, Basso CR. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. *Cad Saude Publica*. 2009;25(Suppl 3):392-400. DOI:10.1590/S0102-311X2009001500005
17. Neumann AICP, Martins IS, Marcopito LF, Araujo EAC. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(5):329-39. DOI:10.1590/S1020-49892007001000006
18. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Context Enferm*. 2005;14(3):332-40. DOI:10.1590/S0104-07072005000300003
19. Schmidt I, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9
20. Thomaz PMD, Costa THM, Silva EF, Hallal PC. Fatores associados à atividade física em adultos, Brasília, DF. *Rev Saude Publica*. 2010;44(5):894-900. DOI:10.1590/S0034-89102010005000027
21. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.
22. Wynn K, Trudeau JD, Taunton K, Gowans M, Scott I. Nutrition in primary care: current practices, attitudes, and barriers. *Can Fam Physician*. 2010;56(3):e109-16.
23. Zolnieriek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-34. DOI:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc