

A importância do fortalecimento dos quatro elos de saúde para uma garantia de visão integral do profissional nutricionista a partir do método o poder da saúde aplicado na população de Burarama – ES.

Karla Cristina Gomes de Landes Cypreste – cyprestekarla@gmail.com
Paula Regina Lemos de Almeida Campos – pcampos@ucv.edu.br

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo principal avaliar a rotina, hábitos e nível de conhecimento na promoção de saúde de forma ampla da população do distrito de Burarama, Cachoeiro do Itapemirim -ES. Os critérios para fazer parte do estudo foram: possuir mais que 16 anos e ser inscrito previamente no programa. A amostra foi selecionada para estimar a proporção de pessoas que poderiam aderir a hábitos de vida saudáveis (alimentação equilibrada, prática de atividade física, sono de qualidade e técnicas de controle emocional) mediante aconselhamento promovido pelo responsável, através de palestras realizadas quinzenalmente durante quatro meses, monitoradas e posteriormente acompanhadas por oito meses. Conclui-se que com os achados deste estudo, houve uma melhora significativa de todos os critérios avaliados. Esses resultados reforçam a necessidade de que ações no âmbito da atenção primária, que favoreçam a prática e a adesão ao aconselhamento a modos saudáveis de vida, sejam sustentadas por políticas e programas de promoção da saúde.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Estado Nutricional; Alimentação Saudável

The importance of strengthening the four links of health to guarantee a comprehensive vision of the professional nutritionist from the method for the power of health applied to the population of Burarama – ES

ABSTRACT

The main objective of the present work was to evaluate the routine, habits and level of knowledge in health promotion in a broad way of the population of the district of Burarama, Cachoeiro do Itapemirim -ES. The criteria for taking part in the study were: being over 16 years old and being previously enrolled in the program. The sample was selected to estimate the proportion of people who could adhere to healthy lifestyle habits (balanced eating, physical activity, quality sleep and emotional control techniques) through counseling provided by the person responsible, through lectures held every two weeks for four months , monitored and subsequently followed up for eight months. It is concluded that with the findings of this study, there was a significant improvement in all evaluated criteria. These results reinforce the need for actions in the scope of primary care, which favor the practice and adherence to counseling for healthy ways of life, to be supported by health promotion policies and programs.

Keywords: Quality of life; Nutritional status; Healthy diet.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento está vinculado a uma rotina com bom nível de saúde, a menos que exista doença. Enfermidade não é consequência de forma imprescindível da terceira idade. O envelhecimento deve estar ligado a longevidade de forma planejada aos hábitos implementados ainda na fase inicial da vida. Ainda que seja notório avanços nas pesquisas de saúde e tecnologias, pode se perceber que doenças crônicas tiveram um destaque com essa crescente. No entanto, os sistemas de saúde encontram dificuldades para transformar tais tratamentos acessíveis a população em sua maioria. Todos esses fatores são responsáveis para a busca de novas táticas para o enfretamento dos bloqueios aqui mencionados. (KALACHE, 2008).

Analisando este cenário, conclui-se que é preciso criar uma estrutura que incentive os municípios brasileiros a criação de programas para a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e incentivarem a população para que tais sejam capazes de aderirem tal melhoria em sua rotina e estilo de vida. De forma ampla e facilitada. Mantendo as estruturas das políticas praticadas pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 1988).

A partir desses estudos bibliográficos levantados dos padrões de promoção de saúde, constatamos uma brecha presente em sua dimensão metodológica, isto é, em vivências que demonstrem ser relacionados ao discurso da promoção de saúde. Segundo a OMS, as doenças crônicas e os seus agravos constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo à cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda (WHO, 2009).

Entre os fatores sociais de tais doenças crônicas, estão relatadas as desigualdades sociais, as diferenças e oposições no acesso aos serviços e admissão dos projetos, a baixa escolaridade, além de fatores de risco variáveis, como o tabagismo, o consumo de bebida alcoólica, o sedentarismo e a má alimentação. Estima-se que, em 2005, foram gastos, no Brasil, em torno de 3 bilhões de dólares em decorrência de mortes prematuras por doença cardiovascular e diabetes. Sabe-se, também, que 80% desses óbitos poderiam ser evitados pela adoção de uma alimentação saudável e de prática de atividade física (WHO, 2005). A OMS (2005) estima que, ao longo de dez anos, a redução de 2% ao ano na taxa de mortalidade por doenças crônicas pode resultar em um ganho de 4 bilhões de dólares para o país (WHO, 2005).

A obesidade pode ser visualizada como um dos maiores problemas de saúde pública nos países industrializados. A obesidade é uma doença multifatorial global e fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial entre outras. Tem interferência na

qualidade de vida e na aceitação social. O comportamento alimentar inadequado e sedentarismo contribuem significativamente para o excesso de peso, assim como o estilo de vida, sendo que os fatores genéticos influenciam de 24 a 40% nas alterações do IMC (índice de massa corpórea) que pré-dispõe no desequilíbrio energético desencadeando o excesso de peso (CUPPARI, 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 2016, 39% das mulheres e 39% dos homens com 18 anos ou mais tinham excesso de peso, sendo assim, a obesidade é considerada uma pandemia mundial.

A prática de atividade física é imprescindível para qualquer indivíduo e tem sido considerado um meio de promover saúde, melhorando a qualidade de vida do ser humano. O sedentarismo tem relação com as mudanças no estilo de vida das pessoas, associadas às facilidades da vida moderna, como a utilização de automóveis, elevadores, escadas rolantes e pelo lazer, como assistir TV, usar computadores e vídeo games. Nesse sentido, a atividade física é considerado importante fator de risco para as DCNT (FREIRE et al., 2014).

Nesse contexto, a adesão da atividade física organizada pode contribuir para prevenir inúmeras DCNT, além de colaborar na diminuição das complicações desse mal. Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de investigar a eficácia de um programa de saúde, por meio da observação da adesão ao método “O Poder da Saúde”, que inclui orientações teóricas e práticas a respeito de exercícios físicos, alimentação saudável, sono de qualidade e técnicas para melhorar o controle emocional, baseados nos preceitos do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre variáveis relacionadas à saúde de pessoas residentes no distrito de Burarama, Cachoeiro do Itapemirim - ES.

2 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal conduzido com moradores do distrito Burarama de agosto de 2018 a agosto de 2019. O distrito estudado está localizado em uma região de baixa vulnerabilidade social do município.

Os critérios para fazer parte do estudo foram: possuir mais que 16 anos e ser inscrito previamente no programa. A amostra foi selecionada para estimar a proporção de pessoas que poderiam aderir a hábitos de vida saudáveis (alimentação equilibrada, prática de atividade física, sono de qualidade e técnicas de controle emocional) mediante aconselhamento promovido pelo Médico Dr. Thanguy Friço em palestras realizadas quinzenalmente durante quatro meses, monitoradas e posteriormente acompanhadas por oito meses.

A coleta de dados foi realizada por profissionais da área de saúde integrantes do projeto “O Poder da Saúde”. Utilizou-se questionário estruturado e pré-testado desenvolvido a partir do instrumento proposto por Lopes et. al. (2010). O protocolo proposto contempla as informações da anamnese inicial com o questionamento de mudança da variável nos últimos

seis meses, como por exemplo: “Nos últimos seis meses houve mudança na sua prática de atividade física?”. Além disso, neste instrumento avalia-se a satisfação do usuário com o atendimento nutricional por meio da solicitação que o mesmo pontue de 0 (zero) a 10 (dez) os seguintes parâmetros: cordialidade dos acadêmicos de nutrição/profissionais; clareza nas orientações; satisfação nos atendimentos nutricionais; confiança despertada acadêmicos de nutrição/profissionais; explicações sobre as orientações nutricionais; facilidade em seguir as orientações nutricionais propostas; facilidade de acesso ao atendimento nutricional; tempo dos atendimentos da nutrição; e satisfação em relação ao agendamento.

Em todos os momentos (M1, M2 e M3), a taxa metabólica e o percentual de gordura foram aferidos através de aparelho de bioimpedância R20. Para avaliar o consumo alimentar, foram incluídas questões sobre a frequência e a quantidade de alimentos consumidos nos últimos seis meses. Quando a frequência era “rara” ou “nunca”, considerou-se o alimento como não consumido. As frequências de consumo foram comparadas com base no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).

Para mensurar o nível de atividade física dos usuários, utilizou-se o Internacional Physical Activity Questionnaire (IPAQ), 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”.

Para mensurar o nível de tempo de sono e a prevalência da insônia entre os participantes, utilizou-se a autorrecordação dos últimos sete dias. Aplicou-se o questionário Índice de Qualidade do sono de Pittsburg (PSQI) e a escala de sonolência de Epworth. A partir do escore obtido, os usuários foram classificados como “dormem < 6 horas” e “dormem > 6” horas; também foi verificada a presença de problemas no sono ou não.

Para mensurar o nível de controle emocional, o nível de felicidade e a prevalência de Ansiedade e Depressão entre os participantes, utilizou-se o questionário DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale): um teste de depressão, ansiedade e estresse que mede os níveis desses transtornos a partir de comportamentos e sensações experimentados nos últimos sete dias. O DASS-21 possui capacidade de mensurar simultaneamente e distinguir a depressão, a ansiedade e o estresse. A partir dos dados obtidos, os usuários foram classificados a partir da “presença de Ansiedade ou não”, “presença de Depressão ou não”; também foi mensurado o nível de felicidade dos participantes.

Os dados estão expressos em frequência absoluta e relativa. Para a comparação entre a frequência de cada variável categórica foi utilizado o teste de Qui-quadrado, em que os valores de ajuste residual maiores que 1,96 e menores que -1,96 representam a área de rejeição da hipótese nula. O nível de significância preestabelecido foi $p < 0,05$.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os avaliados participantes do programa, foi observada associação entre os momentos de avaliação e a horas de sono [$\chi^2(2) = 12,101$; $p = 0,002$]. O percentual de pessoas que relataram dormir mais de 6 horas aumentou de M1 à M2, e também de M2 à M3 (Tabela 1).

Foi observada também a associação entre os momentos de avaliação e a qualidade do sono [$\chi^2(2) = 8,577$; $p = 0,014$]. O percentual de pessoas que relataram problemas com sono diminuiu a partir de M2 (Tabela 2).

Tabela 1 - Frequência observada, frequência esperada pelo teste de hipóteses, percentual observado e ajuste residual do teste de hipótese para a variável categórica “horas de sono”.

		Momento		
		M1	M2	M3
Dorme < 6 horas	Contagem observada	41	22	15
	Contagem esperada	27,9	26,2	24,0
	Percentual observado	22,78%	13,02%	9,38%
	Ajuste residual	3,4*	-1,1	-2,4*
Dorme > 6 horas	Contagem observada	139	147	140
	Contagem esperada	152,1	142,8	131,0
	Percentual observado	77,22%	86,98%	90,32%
	Ajuste residual	-3,4*	1,1	2,4*

Fonte: Dados da pesquisa (2019). * = diferença significativa entre a frequência observada e esperada.

Tabela 2 - Frequência observada, frequência esperada pelo teste de hipóteses, percentual observado e ajuste residual do teste de hipótese para a variável categórica “qualidade do sono”.

		Momento		
		M1	M2	M3
Problemas com sono	Contagem observada	105	75	70
	Contagem esperada	89,3	83,8	76,9
	Percentual observado	58,33%	44,38%	45,16%
	Ajuste residual	2,9	-1,7	-1,3
Sono de qualidade	Contagem observada	75	94	85
	Contagem esperada	90,7	85,2	78,1
	Percentual observado	41,67%	55,62%	54,84%
	Ajuste residual	-2,9	1,7	1,3

Fonte: Dados da pesquisa (2019). * = diferença significativa entre a frequência observada e esperada.

Uma relação entre sono e ingestão alimentar vem sendo postulada pela literatura atual. Segundo Ordóñez et al. (2017), 8 horas de sono por dia, no mínimo, é o necessário e o adequado para uma boa qualidade de vida, e que o sono, é considerado um importante regulador fisiológico e elemento chave em todo processo metabólico, poderia ter impacto direto sobre a performance física.

Dados prévios já demonstraram que a frequente restrição do sono (<8h/noite) diminui a sensibilidade à insulina em adolescentes (DE BERNARDI et al., 2016). Além disso, alguns estudos sugerem também que a falta de sono também afeta negativamente o perfil lipídico os indivíduos (KRUISBRINK et al., 2017; LIN et al., 2017). Ainda, acredita-se que a piora da qualidade do sono, por diferentes mecanismos, promove a elevação da ingesta alimentar (GISSONI et al., 2020), colaborando então para o aumento da ingestão da energia e consequentemente o acréscimo do tecido adiposo, cuja característica inflamatória é amplamente evidenciada pela literatura (VACHHARAJANI et al., 2020).

Em relação à prática de atividade física, foi observada associação entre os momentos de avaliação e a prática de atividade física [$\chi^2(2) = 102,673$; $p < 0,001$]. O percentual de pessoas sedentárias diminuiu a partir de M2, enquanto o percentual de pessoas fisicamente ativas aumentou também a partir de M2. Já o percentual de pessoas irregularmente ativas não se alterou (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência observada, frequência esperada pelo teste de hipóteses, percentual observado e ajuste residual do teste de hipótese para a variável categórica de classificação do nível de atividade física.

		Momento		
		M1	M2	M3
Sedentários	Contagem observada	5	7	0
	Contagem esperada	0,7	7,6	3,7
	Percentual observado	2,78%	5,98%	2,90%
	Ajuste residual	9,2*	4,3*	5,1*
Irregularmente ativos	Contagem observada	45	35	34
	Contagem esperada	0,7	8,2	5,1
	Percentual observado	5,00%	0,71%	1,94%
	Ajuste residual	1	0,7	0,2
Ativos	Contagem observada	40	107	101
	Contagem esperada	8,6	3,2	6,3
	Percentual observado	2,22%	3,31%	5,16%
	Ajuste residual	9*	,5*	,8*

Fonte: Dados da pesquisa (2019). * = diferença significativa entre a frequência observada e esperada.

A atividade física desempenha papel importante na qualidade de vida dos indivíduos estando à frente nas ações e programas desenvolvidos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) como promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas permitindo à população longevidade e bem-estar (DE FARIAS CAMBOIM, et al., 2017). Diante disso, é indispensável incentivar a prática do exercício físico, pois é uma das formas de melhorar e manter uma boa qualidade de vida dos indivíduos.

Já em relação ao peso, foi observada associação entre os momentos de avaliação e o peso [$\chi^2(2) = 27,179$; $p < 0,001$]. O percentual de pessoas acima do peso ideal diminuiu de M1 à M2, e também de M2 à M3 (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência observada, frequência esperada pelo teste de hipóteses, percentual observado e ajuste residual do teste de hipótese para a variável categórica “peso”.

		Momento		
		M1	M2	M3
Acima do peso ideal	Contagem observada	133	95	72
	Contagem esperada	107,1	100,6	92,3
	Percentual observado	73,89%	56,21%	46,45%
	Ajuste residual	4,9*	-1,1	-4,0*
Dentro do peso ideal	Contagem observada	47	74	83
	Contagem esperada	72,9	68,4	62,7
	Percentual observado	26,11%	43,79%	53,55%
	Ajuste residual	-4,9*	1,1	4,0*

Fonte: Dados da pesquisa (2019). * = diferença significativa entre a frequência observada e esperada.

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 (SANTOS et al., 2005).

Foi observada associação entre os momentos de avaliação e a alimentação [$\chi^2(2) = 85,856$; $p < 0,001$]. O percentual de pessoas que se alimentam bem aumentou a partir de M2 (Tabela 5).

Nota-se que após o momento 1, aumentou-se a quantidade de indivíduos que passaram a alimenta-se bem, em relação à alimentar errado. O acesso às informações sobre hábitos alimentares saudáveis é essencial para a melhora da alimentação e na motivação dos indivíduos favorecendo a adoção de uma alimentação saudável (VAZ et al., 2014). Outro fator observado entre os participantes da pesquisa foi à associação entre os momentos de

avaliação e a prevalência de ansiedade [$\chi^2(2) = 26,815$; $p < 0,001$]. O percentual de pessoas que relataram ansiedade diminuiu de M1 à M2, e também de M2 à M3 (Tabela 6).

Tabela 5: Frequência observada, frequência esperada pelo teste de hipóteses, percentual observado e ajuste residual do teste de hipótese para a variável categórica “alimentação”.

		Momento		
		M1	M2	M3
Alimenta-se bem	Contagem observada	98	159	132
	Contagem esperada	38,9	30,4	19,6
	Percentual observado	4,55%	94,08%	5,16%
	Ajuste residual	9,1*	6,4*	2,8*
Alimenta-se errado	Contagem observada	82	10	23
	Contagem esperada	1,1	8,6	5,4
	Percentual observado	5,56%	5,92%	4,84%
	Ajuste residual	9,1*	6,4*	2,8*

Fonte: Dados da pesquisa (2019). * = diferença significativa entre a frequência observada e esperada.

Dentro desse contexto, à exposição e explicação de receitas e do modo do preparo de refeições saudáveis são ótimas alternativas, uma vez que uma alimentação rica em alimentos como as frutas, legumes e verduras são excelentes escolhas dos indivíduos. É fundamental conhecer os alimentos e evitar o exagero no consumo (BRASIL, 2014). Ademais, a prática de uma alimentação saudável pode reduzir a busca de uma alimentação rica em alimentos industrializados, ricos em açúcares, sódio e gordura, além do elevado teor calórico. Uma alimentação rica em alimentos in natura e com menor consumo de industrializados são recomendações para a promoção da saúde e prevenção das DCNT (BERNARDO et al., 2011; SOLIAH et al., 2012).

Tabela 6: Frequência observada, frequência esperada pelo teste de hipóteses, percentual observado e ajuste residual do teste de hipótese para a variável categórica de prevalência de ansiedade.

		Momento		
		M1	M2	M3
Possui ansiedade	Contagem observada	145	122	85
	Contagem esperada	125,7	118,0	108,3
	Percentual observado	80,56%	72,19%	54,85%
	Ajuste residual	3,9*	0,8	-4,9*
Não possui ansiedade	Contagem observada	35	47	70
	Contagem esperada	54,3	51,0	46,7
	Percentual observado	19,44%	27,81%	45,16%
	Ajuste residual	-3,9*	-0,8	4,9*

Fonte: Dados da pesquisa (2019). * = diferença significativa entre a frequência observada e esperada.

Não foi observada associação [$\chi^2(2) = 4,887$; $p = 0,087$] entre os momentos de avaliação e a prevalência de depressão (Tabela 7). Já em relação ao controle emocional, foi observada associação [$\chi^2(2) = 14,150$; $p = 0,001$] entre os momentos de avaliação e a autoafirmação de bom controle emocional. O percentual de pessoas que declararam possuir bom controle emocional diminuiu a partir de M2 (Tabela 8).

Tabela 7: Frequência observada, frequência esperada pelo teste de hipóteses, percentual observado e ajuste residual do teste de hipótese para a variável categórica de prevalência de depressão,

		Momento		
		M1	M2	M3
Possui depressão	Contagem observada	22	11	10
	Contagem esperada	15,4	14,4	13,2
	Percentual observado	12,22%	6,51%	6,45%
	Ajuste residual	2,2*	-1,2	-1,1
Não possui depressão	Contagem observada	158	158	145
	Contagem esperada	164,6	154,6	141,8
	Percentual observado	87,78%	93,49%	93,55%
	Ajuste residual	-2,2*	1,2	1,1

Fonte: Dados da pesquisa (2019). * = diferença significativa entre a frequência observada e esperada.

Tabela 8: Frequência observada, frequência esperada pelo teste de hipóteses, percentual observado e ajuste residual do teste de hipótese para a variável categórica “controle emocional”.

		Momento		
		M1	M2	M3
Possui bom controle emocional	Contagem observada	112	75	70
	Contagem esperada	91,8	86,2	79,0
	Percentual observado	66,22%	44,38%	45,16%
	Ajuste residual	3,8*	-2,1	-1,7
Não possui bom controle emocional	Contagem observada	68	94	85
	Contagem esperada	88,2	82,8	76,0
	Percentual observado	37,78%	55,62%	54,84%
	Ajuste residual	-3,8*	2,1	1,7

Fonte: Dados da pesquisa (2019). * = diferença significativa entre a frequência observada e esperada.

Foi observada associação [$\chi^2(2) = 39,865$; $p < 0,001$] entre os momentos de avaliação e a autoafirmação de felicidade. O percentual de pessoas que relataram serem felizes aumentou de M1 à M2, e também de M2 à M3 (Tabela 9).

O comportamento alimentar pode ser bastante afetado pelas emoções, visto que as suas escolhas alimentares, as quantidades ingeridas e a frequência das refeições dependem de

vários fatores, sendo um deles as emoções e não apenas as suas necessidades fisiológicas (LOURENÇO, 2016).

Tabela 9: Frequência observada, frequência esperada pelo teste de hipóteses, percentual observado e ajuste residual do teste de hipótese para a variável categórica “felicidade”.

		Momento		
		M1	M2	M3
É feliz	Contagem observada	122	145	145
	Contagem esperada	147,1	138,2	126,7
	Percentual observado	67,78 %	85,80%	93,55%
	Ajuste residual	-6,1*	1,7	4,6*
Não é feliz	Contagem observada	58	24	10
	Contagem esperada	32,9	30,8	28,3
	Percentual observado	32,22,0%	14,20%	6,45%
	Ajuste residual	6,1*	-1,7	-4,6*

Fonte: Dados da pesquisa (2019). * = diferença significativa entre a frequência observada e esperada.

A alimentação emocional (emotional leating) é um conceito que explana a tendência para comer em resposta a emoções negativas e sugere uma associação positiva entre emoções intensas, especialmente as emoções negativas, e a incidência da Perturbação de Ingestão Compulsiva em sujeitos obesos e não obesos (LANDEIRO et al., 2012). Um fator considerado importante nas escolhas alimentares são as emoções (KAUFMAN et al., 2012). Os indivíduos que sofrem de depressão e ansiedade tendem a consumir alimentos que satisfaçam momentaneamente sua vontades, como é o caso dos alimentos ricos em açúcares (WANG et al., 2020).

Ainda que não se disponha de parâmetros específicos para a avaliação da adesão, os resultados deste estudo revelaram que mais da metade dos usuários referiu algum grau de adesão ao aconselhamento recebido, porcentagem superior à estimada pela OMS para países emergentes e à verificada em outros estudos sobre o tema, como o estudo realizado por Toledo et al., 2013. Apesar do grau de adesão refletir resultados positivos para a saúde dos indivíduos, conforme relatado, barreiras importantes para a 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 segundo a literatura são: benefícios ao sistema cardiovascular/metabólico (PITANGA et al., 2017) e imunológico (NOGUEIRA et al., 2018).

Entre aqueles que não aderiram ao aconselhamento recebido (n = 52), 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 falta de uma Academia na cidade. 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.

Dessa forma, ampliar a divulgação do programa constituiu-se como 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 no incentivo à qualificação prática do aconselhamento em saúde (SCHMIDT et al., 2011).

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 percepção sobre a adesão dos pacientes ao aconselhamento.

4 CONCLUSÕES

Conclui-se que com os achados deste estudo, houve uma melhora da prática de atividades físicas regulares pelos participantes do que era praticada antes do método, a melhora do peso em praticamente 50% dos participantes, a melhora do sono em praticamente 30% dos participantes,

a melhora do controle emocional e do nível de percepção da felicidade em 25%, a redução da ansiedade em 25% e a redução dos sintomas de depressão em 50% – reforçam a necessidade de que ações no âmbito da atenção primária, que favoreçam a prática e a adesão ao aconselhamento a modos saudáveis de vida, sejam sustentadas por políticas e programas de promoção da saúde.

Dessa forma, ampliar a divulgação do programa constituiu-se como estratégia importante para o reforço da adesão ao aconselhamento sobre modos saudáveis de vida pelos usuários. O acesso às informações sobre hábitos alimentares saudáveis é essencial para a melhora da alimentação e na motivação dos indivíduos favorecendo a adoção dos hábitos corretos.

Ademais, é de fundamental importância a criação de um pacto social relativo ao ensino da saúde no Brasil. Na realidade brasileira, este pacto tem características próprias, pois implica também um pacto de cidadania, de inclusão e de respeito às leis, como aquelas aplicáveis aos doentes amontoados nos ambulatórios, UPAs e corredores de hospital do Brasil e que servem apenas para enfeitar discursos vazios dos sócios do poder.

REFERÊNCIAS

- BERNARDO, G. L. et al. **Índices de diversidade alimentar para avaliação da dieta.** CERES: Nutrição & Saúde, v. 6, n. 2, p. 105-120, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar.** Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira.** Brasília: Distrito Federal, 2014.
- BRUM, P. C., et. al. **Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular.** Revista Paulista de Educação Física. São Paulo, 2004.
- CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. **Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil.** Cad Saúde Pública, v.27, n.6, p. 1143-53, 2011.
- CUPPARI, L. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da EMP - UNIFESP - Clínica no Adulto,** São Paulo. 3ª edição, 2014.
- DE BERNARDI, R.A.M.; DA SILVA, C.D.E.; VASQUES, A.C. et al. **Association of Sleep Deprivation With Reduction in Insulin Sensitivity as Assessed by the Hyperglycemic Clamp Technique in Adolescents.** JAMA Pediatric, v.170, n.5, p.487-494, 2016.
- DE FARIAS CAMBOIM, Francisca Elidivânia et al. **Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida.** Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 11, n. 6, p. 2415-2422, 2017.
- FREIRE, Rafael Silveira et al. **Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 20, p. 345-349, 2014.
- GISSONI, N.B.; DOS SANTOS, Q.V.L. **Short sleep duration and food intake: an overview and analysis of the influence of the homeostatic and hedonic system.** Nutrire, v.1, n.1, p. 45-48, 2020.
- HALLAL, P. C.; MATSUDO S. M.; MATSUDO, V. K. R.; ARAÚJO, T. L.; ANDRADE, D.R.; BERTOLDI, A. D. **Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences.** Cad Saude Publica, v. 21, n. 2, 2005, p. 573-80.
- KALACHE, A. **O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social.** Ciênc. Saúde Coletiva v. 13, n. 4, 2008, p. 1107-11.
- KRUISBRINK, M.; ROBERTSON, W.; MILLER, M.A.; GELEIJNSE, J.M.; CAPPUCIO, F.P. **Association of sleep duration and quality with blood lipids: a systematic review and meta-analysis of prospective studies.** BMJ Open, v.147, n.12, 2017.
- LANDEIRO, E. **Os distúrbios alimentares em modo “fastfood”.** Portal dos Psicólogos, 2012.
- LIN, P.M.D.; CHANG, K.T.; LIN, Y.A.; TZENG, I.S.; CHUANG, H.H.; CHEN, J.Y. **Association between self-reported sleep duration and serum lipid profile in a middle-aged and elderly population in Taiwan: a community-based, cross-sectional study.** BMJ Open, v.7, n.10, 2017.
- LOPES, A.C.S.; SANTOS, L.C.; FERREIRA A.D. **Atendimento nutricional na Atenção Primária à Saúde: proposição de protocolos.** Nutr Pauta., v. 18, n. 101, p. 40-4, 2010.
- NIEMAN, D.C. **Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como se medicamento.** São Paulo: Manole, 1999
- NOGUEIRA, H.S.R; LIMA, W.P. **Câncer, sistema imunológico e exercício físico: uma revisão narrativa.** Corpoconsciência, p. 40-52, 2018.
- ORDÓÑEZ, F. M. et al. **Mejora del sueño en deportistas: uso de suplementos nutricionales.** Archivos de Medicina del Deporte, v. 34, n. 2, p.93-99, 2017.

PITANGA, F.J. G. et al. **Physical activity in Brazil: lessons from ELSA-Brasil.** Narrative review. Sao Paulo Medical Journal, v. 135, p. 391-395, 2017.

SANTOS, Z.M.S.A; FROTA, M.A.; CRUZ, D.M.; HOLANDA, S.D.O. **Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar.** Texto Context Enfermagem, v.14, n.3, p. 332-40, 2005.

SOLIAH, L. A. L.; WALTER, J. M.; JONES, S. A. **Benefits and barriers to healthful eating: what are the consequences of decreased food preparation ability?.** American Journal of Lifestyle Medicine, v. 6, n. 2, p. 152-158, 2012.

TOLEDO, M. T. T.; ABREU, M. N.; LOPES, A. C. S. **Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde.** Revista de Saúde Pública, v. 47, p. 540-548, 2013.

VACHHARAJANI, V., GRANGER, D.N. **Adipose tissue: a motor for the inflammation associated with obesity.** IUBMB Life, v.61, n.4, p.424-30, 2009.

VAZ, D. S. S.; BENNEMANN, R. M. **Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão.** Revista UNINGÁ v. 20, n. 1, 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Discussion document on the concept and principles. Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles.** Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984, p.20-3.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Chronic Diseases.** A Vital Investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva: World Health Organization, 2009.