

PERCEPÇÕES SOBRE ADOÇÃO E ACONSELHAMENTO DE MODOS DE VIDA SAUDÁVEIS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

VIEWS ON THE ADOPTION OF AND ADVICE ON HEALTHY LIFESTYLES BY HEALTH PROFESSIONALS

PERCEPCIONES SOBRE ADOPCIÓN Y ASESORAMIENTO CON RELACIÓN A MODOS DE VIDA SALUDABLES POR PARTE DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Taís Rocha Figueira¹
Nakita Agostini Davis²
Mariana Nunes Morais³
Aline Cristine Souza Lopes⁴

Resumo O artigo teve como objetivo comparar a percepção de profissionais da atenção primária sobre aconselhamento de modos de vida saudáveis antes e depois de uma intervenção educativa. Trata-se de estudo qualitativo desenvolvido com 22 profissionais de um centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. A entrevista estruturada foi aplicada antes e depois da intervenção educativa, e os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados mostram a dificuldade dos profissionais em adotar e aconselhar modos de vida saudáveis, com poucas mudanças em suas percepções após a intervenção educativa. As dificuldades estavam relacionadas a questões financeiras, culturais, de vida e de trabalho, bem como a concepções conservadoras. Predominou a prática curativista com responsabilização individual e o enfoque sobre hábitos alimentares e de atividade física. Identificou-se que, após a intervenção educativa, um número maior de profissionais estava sensibilizado quanto às atividades educativas coletivas e lúdicas e à importância da atuação multiprofissional. Assim, é vista a necessidade de continuidade da educação permanente dos profissionais de modo que permita a reflexão sobre concepções de saúde possíveis no contexto contemporâneo, favorecendo a produção do cuidado e da autonomia.

Palavras-chave aconselhamento; estilo de vida; atenção primária à saúde; promoção da saúde.

Abstract This article aims to compare the primary care professionals' views on advice on healthy lifestyles before and after an educational intervention. It is a qualitative study conducted with 22 professionals at a health center in Belo Horizonte, state of Minas Gerais, Brazil. A structured interview was applied before and after the educational intervention, and the data were subjected to content analysis. The results show the difficulty professionals have to adopt and provide counseling on healthy lifestyles, with little change in their views after the educational intervention. The difficulties were related to financial and cultural issues, matters related to life and work, and to conservative views. The curative practice with individual accountability and the focus on eating habits and physical activity predominated. It was noted that, after the educational intervention, more professionals was sensitized with the collective educational and recreational activities and with the need for multidisciplinary work. As such, continuity in the professionals' continuing education is seen as necessary to allow for reflection on possible views on health in the contemporary context, encouraging the production of care and autonomy.

Keywords counseling; lifestyle; primary health care; promotion of health.

Introdução

As doenças e os agravos não transmissíveis (DANT), como obesidade, diabetes, hipertensão arterial e neoplasias, são responsáveis pela maior parcela de óbitos e incapacidades prematuras no Brasil e vêm apresentando tendência crescente. As DANTs determinam efeitos adversos importantes na qualidade de vida dos indivíduos afetados e graves consequências sociais e econômicas para o sistema de saúde. Dessa forma, torna-se necessária a adoção de estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dessas doenças, focadas em seus principais fatores de risco modificáveis: sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e consumo de álcool (Lessa, 2004; World Health Organization, 2005).

O desenvolvimento de ações direcionadas aos fatores de risco modificáveis no âmbito da atenção primária demanda a presença de profissionais que detenham o domínio de métodos adequados para abordar os problemas de saúde e dialogar sobre as mudanças de estilo de vida (Boog, 1999), reconhecendo-se a subjetividade e as necessidades dos usuários e promovendo a ampliação de sua autonomia (Malta e Merhy, 2010). A forma como a abordagem sobre modos de vida saudáveis é realizada dependerá não só dos conhecimentos técnicos e metodológicos, mas também da experiência pessoal, visto que os profissionais não são uma 'caixa vazia'; agem de acordo com seus valores ou interesses (Boog, 1999; Helman, 2003).

A promoção de modos de vida saudáveis por profissionais da atenção primária foi objeto de estudo de um grupo tutorial do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (PET-Saúde UFMG/SMSA-PBH). Este grupo identificou dificuldades por parte dos profissionais em aconselhar e adotar modos de vida saudáveis (Coelis et al., 2010), o que motivou o desenvolvimento de uma intervenção educativa sobre o tema.

É importante destacar que o grupo tutorial PET-Saúde UFMG/SMSA-PBH empregou em suas pesquisas e intervenções o conceito de modos de vida desenvolvido por Possas (1989). Foi entendido, então, como uma instância determinante dos processos saúde-enfermidade, mediada pelas dimensões estilo de vida e condições de vida. As condições de vida compreendem as condições materiais necessárias à subsistência, à nutrição, à convivência, ao saneamento e às condições ambientais. O estilo de vida se refere às formas sociais e culturalmente determinadas de viver, que se expressam em condutas tais como atividade física, dieta, consumo de tabaco e álcool.

Diante do contexto apresentado, o presente trabalho⁵ teve como objetivo comparar a percepção de profissionais da atenção primária sobre aconselhamento de modos de vida saudáveis antes e depois de uma intervenção educativa. Para o estudo da percepção, utilizou-se o conceito elaborado por

Bergson (1999), no qual a percepção é concebida como uma seleção de imagens relacionadas à ação possível do corpo sobre as coisas, que, ao integrar lembranças análogas à experiência presente, permite escolher uma reação apropriada (prática e útil à vida) nas circunstâncias que se impõem.

Percurso metodológico

Foi delineada uma pesquisa de caráter qualitativo, em que se realizou uma análise comparativa cronológica. De acordo com Gibbs (2009), a comparação cronológica de dados qualitativos permite analisar como vários entrevistados mudaram no decorrer do tempo e em diferentes etapas da pesquisa, o que ajuda a entender as relações entre fatores, fenômenos e contextos.

O estudo foi desenvolvido em um centro de saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, localizado em área com elevado índice de vulnerabilidade social (IVS = 0,77, variação de 0 a 1) (Belo Horizonte, 2000). O IVS é uma medida que associa cinco dimensões – ambiental, cultural, econômica, jurídica e segurança de sobrevivência – num indicador sintético para avaliar as características populacionais de diferentes unidades territoriais de planejamento (Belo Horizonte, 2000). Esse centro de saúde é responsável pelo atendimento de 16.164 habitantes (Belo Horizonte, 2010) e, para tanto, conta com cinco equipes de saúde da família, duas equipes de saúde bucal, dois pediatras, um ginecologista, uma assistente social, profissionais de controle de zoonoses e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), composta por nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e educador físico. Em sua área de abrangência, há uma Academia da Cidade, serviço de promoção da saúde planejado para a prática orientada de exercícios físicos e acompanhamento nutricional com parceria intersetorial entre as secretarias municipais de Saúde, Segurança Alimentar e Nutricional, Esporte e Lazer e universidades (Dias et al., 2006).

A pesquisa de campo compreendeu o período de julho a dezembro de 2011. Os sujeitos foram convidados a participar do estudo por meio de abordagem individual, quando receberam explicações sobre seus objetivos e a confidencialidade dos dados coletados. Aqueles que concordaram com a participação assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O critério de inclusão consistiu em ser de categoria profissional que integrasse a ESF e ter participado de pelo menos quatro dos oito encontros da intervenção educativa proposta.

No decorrer da pesquisa, houve a desistência de seis profissionais, todos agentes comunitários de saúde (ACSs). Obteve-se então um total de 22 participantes, dos quais sete eram ACSs, cinco enfermeiros, quatro médicos e seis técnicos de enfermagem. Dentre os 22 entrevistados, três eram homens e 19 mulheres, na faixa etária entre 27 e 62 anos, com média de quarenta

anos (DP: $\pm 10,7$ anos). Quanto à escolaridade e ao estado civil, 45,5% tinham ensino superior completo e 54,5% ensino médio completo; dez eram casados, 12 solteiros e um divorciado. Nenhum entrevistado apresentou participação inferior a quatro encontros da intervenção educativa, com a média de participação de seis (DP: $\pm 1,5$) encontros, num total de oito encontros.

As intervenções educativas ocorreram no período de agosto a novembro de 2011, com intervalo quinzenal entre os encontros, em momentos e espaços físicos convencionalmente utilizados no centro de saúde e especificados pela gerência da unidade (sala de reuniões, cozinha, garagem, dentre outros). As intervenções foram construídas e desenvolvidas por um grupo tutorial do PET-Saúde UFMG/SMSA-PBH, composto por um tutor, professor de nutrição; cinco preceptores, uma enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) e quatro profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) das áreas de educação física, fonoaudiologia, fisioterapia e assistência social; dez acadêmicos dos cursos de nutrição, enfermagem e medicina.

As atividades educativas buscaram estimular o diálogo e a reflexão mediante a utilização de estratégias lúdicas como atividades teatrais, jogos e dinâmicas de grupo. Para a elaboração dos encontros e de pôsteres explicativos, utilizou-se como referencial teórico a pedagogia dialógica de Paulo Freire (1979), a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2010) e o *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2005), além da literatura científica da área, como Buss (2000), Czeresnia (2003), Ayres (2004) e Almeida-Filho (2004).

Cada encontro, com duração média de trinta minutos, foi estruturado em três momentos: introdução ao tema, realização da atividade e discussão final, com incentivo para a reflexão do profissional sobre sua prática de aconselhamento, bem como a sua adesão a modos saudáveis de vida. Os objetivos e as técnicas empregadas em cada encontro estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1

Descrição dos encontros da intervenção educativa

Encontros	Atividades	Supervisor das atividades
1º encontro: Apresentação de resultados do PET-Saúde 2009	Realizou-se discussão em grupo dos resultados encontrados pelas pesquisas desenvolvidas no centro de saúde pelo grupo tutorial PET-Saúde. Foram utilizados cartazes para divulgar os resultados, os quais demonstravam a dificuldade dos profissionais em aconselhar e aderir aos modos de vida saudáveis. Num segundo momento, houve entrega de sanduíches naturais caseiros para degustação.	Preceptor da área de fisioterapia

continua >

Continuação - Quadro 1

Descrição dos encontros da intervenção educativa

Encontros	Atividades	Supervisor das atividades
2º encontro: Escalda-pés	Empregou-se a técnica do escalda-pés como estratégia inicial para abordar o autocuidado e a adoção de modos de vida saudáveis pelos profissionais de saúde. O escalda-pés permite aliviar tensões, ativar a circulação e restabelecer o equilíbrio físico e emocional. A atividade foi realizada em uma sala reservada, sendo atendidos quatro trabalhadores por encontro. O escalda-pés tinha duração de vinte minutos, com 15 minutos de imersão dos pés e cinco minutos de massagem relaxante. Durante a atividade, ouviam-se músicas instrumentais e frases sobre modos saudáveis de vida. Em seguida, uma discussão sobre autocuidado, adoção e aconselhamento sobre modos de vida saudáveis era coordenada pela facilitadora da atividade. Ao final do encontro, os participantes recebiam um fôlder que abordava o conceito de saúde.	Preceptor da área de assistência social
3º encontro: Bingo da saúde	Adequou-se um jogo de bingo com temas sobre saúde e modos de vida saudáveis. Cada participante recebia uma cartela que continha, em vez de números, respostas de perguntas. Ao sortear um número, determinada pergunta era selecionada com base em uma lista numerada. Então os participantes deveriam marcar na cartela a resposta que consideravam correta para aquela pergunta. A partir desse momento, uma discussão sobre o assunto era conduzida pelo facilitador da atividade. Construiu-se um total de 18 perguntas que abordavam: conceito de saúde e seus determinantes, promoção de saúde, atenção primária, modos saudáveis de vida, papel do profissional durante aconselhamento de modos de vida saudáveis e autonomia dos sujeitos. No final da atividade, os participantes recebiam um fôlder sobre determinantes do processo saúde-doença.	Preceptor da área de enfermagem
4º encontro: Jogo saudável	Um jogo de tabuleiro foi elaborado com 22 questões de múltipla escolha sobre alimentação, atividade física, ingestão de água e controle de estresse. O facilitador da atividade lia a pergunta e as opções de respostas; as duplas participantes então levantavam a placa correspondente à opção escolhida. Quem acertasse a questão avançava uma casa; a dupla que chegasse primeiro no final do caminho a ser percorrido no tabuleiro era considerada vitoriosa. No final da atividade, a preceptora coordenou uma discussão sobre os temas abordados nas perguntas do jogo e entregou um fôlder sobre promoção de saúde.	Preceptora da área de fisioterapia

continua >

Continuação - Quadro 1

Descrição dos encontros da intervenção educativa

Encontros	Atividades	Supervisor das atividades
5º encontro: Dinâmica do biombo	Um painel foi exposto no centro de saúde, com um texto reflexivo sobre adoção e aconselhamento sobre modos de vida saudáveis para os profissionais lerem individualmente. Uma semana após a exposição desse biombo no centro de saúde, realizou-se uma roda de conversa sobre as reflexões de cada um em relação ao texto. Na atividade em grupo, foram discutidas as dificuldades percebidas pelos profissionais em adotar modos de vida saudáveis, como falta de tempo, excesso de trabalho ou acúmulo de tarefas no cotidiano, condição financeira, preferências alimentares, preguiça e cansaço. A facilitadora procurou estimular a discussão sobre como encontrar alternativas para adesão aos modos de vida saudáveis e como esse movimento de perceber a dificuldade e encontrar um caminho possível poderia facilitar a realização do aconselhamento pelos profissionais. No final da atividade, os participantes receberam um pôster sobre adesão aos modos saudáveis de vida e dificuldades para adesão.	Preceptora da área de assistência social
6º encontro: Lian Gong e dez passos para uma alimentação saudável	Esta atividade teve como objetivo discutir hábitos alimentares saudáveis, além de divulgar e proporcionar a prática de uma atividade física disponibilizada pelo centro de saúde para profissionais e usuários. A conversa sobre alimentação saudável foi conduzida com base na cartilha produzida pelo Ministério da Saúde intitulada <i>Dez passos para uma alimentação saudável</i> (Brasil, 2010). Posteriormente, os participantes receberam informações sobre o Lian Gong, uma ginástica de origem chinesa que promove o relaxamento e o fortalecimento dos músculos, ossos e tendões, reduzindo dores osteomusculares. Após a realização da aula de Lian Gong, os profissionais foram solicitados a refletir sobre a interação entre alimentação saudável, atividade física e saúde. No final da atividade, os participantes receberam um pôster que abordava a orientação sobre modos saudáveis de vida.	Preceptora da área de fisioterapia
7º encontro: Oficina do teatro	Proposta de execução de cenas do cotidiano do atendimento individual do centro de saúde para estimular a reflexão sobre promoção de saúde e aconselhamento de modos de vida saudáveis nesse contexto. Os profissionais de saúde se dividiram em duplas; um integrante da dupla assumia o papel de usuário, enquanto o outro interpretava o profissional de saúde. Cada dupla interpretou uma das cinco cenas propostas, definida por sorteio. Cena 1: usuário hipertenso e diabético busca atendimento para	Preceptora da área de assistência social

continua >

Continuação - Quadro 1

Descrição dos encontros da intervenção educativa

Encontros	Atividades	Supervisor das atividades
8º encontro: Oficina do bem-estar	<p>renovação de receita; afirma não seguir a dieta adequadamente, alimentando-se frequentemente com frituras e doces. Cena 2: usuário com depressão busca solucionar seu problema, pois sente piora do seu estado. Cena 3: usuário relata pressão alta, além de problemas devido ao desemprego e envolvimento do filho com drogas. Cena 4: usuário adolescente, obeso, insatisfeito com o corpo e com dificuldade em mudar seus hábitos alimentares; alega condição financeira precária e falta de apoio da família; está deixando de ir à escola devido à obesidade. Cena 5: usuária de 32 anos de idade, obesa, com queixa de dores no joelho, procura medicamento para melhora da dor. No final da encenação, discutia-se como os personagens agiram, estimulando-se a reflexão sobre a forma de realização do aconselhamento no atendimento individual, salientando a importância do diálogo, da valorização do saber do outro e de seu contexto socioeconômico-cultural na produção de seu autocuidado, sempre apoiado pelos profissionais.</p> <p>Permanência do profissional, por alguns minutos, em um ambiente relaxante e agradável, ouvindo uma música de sua preferência. A oficina objetivou proporcionar um momento relaxante para os profissionais e sensibilizá-los para a construção de modos saudáveis visando contribuir para o seu autocuidado e, conseqüentemente, para que se sintam mais preparados para cuidar do outro. No final da atividade, perguntava-se aos profissionais se já haviam bebido água e como estava sua hidratação; logo a seguir eles eram presenteados com uma <i>squeeze</i> visando incentivar o consumo de água.</p>	Preceptora da área de assistência social

Fonte: Os autores.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista estruturada (Minayo, 2008), realizada em dois momentos – anterior ao início da intervenção educativa e logo após o seu término. O roteiro da entrevista englobou questões referentes à adoção e ao aconselhamento relativo a modos de vida saudáveis. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 11 minutos.

Um estudo-piloto foi desenvolvido para testar o roteiro e treinar a sua aplicação por duas monitoras do PET-Saúde UFMG/SMSA-PBH. O piloto foi conduzido em outro centro de saúde do município de Belo Horizonte, onde cinco profissionais foram entrevistados. Durante a leitura das transcrições,

foram avaliadas a clareza na comunicação, induções ou interferências sobre o pesquisado e a possibilidade de as questões apreenderem as percepções da população investigada (Gil, 2002), o que permitiu a realização de alguns ajustes no roteiro inicial.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, e os dados, examinados por meio da técnica de análise de conteúdo (Minayo, 2008). O material a ser analisado foi organizado em tabelas que permitissem realizar a comparação cronológica dos dados (Gibbs, 2009). Para cada pergunta do roteiro de entrevista construiu-se uma tabela de comparação no programa Microsoft Excel® 2010. As linhas da tabela representavam os entrevistados; as colunas, os momentos da coleta de dados. As células da tabela continham as respostas dos profissionais retiradas das transcrições das entrevistas. Com base na leitura das tabelas, as unidades de registro e unidades de contexto foram destacadas, e com a leitura de cada linha pôde-se verificar as semelhanças e diferenças na percepção dos entrevistados. As categorias de análise foram definidas mediante o agrupamento das unidades de registro e contexto com características em comum ou que se relacionavam entre si. Na última etapa da análise, procedeu-se à interpretação dos dados fundamentada na literatura científica da área.

As categorias de análise identificadas foram: hábitos de vida dos profissionais de saúde, estímulos e barreiras para adoção de modos de vida saudáveis pelos profissionais de saúde e aconselhamento sobre modos de vida saudáveis. Como códigos para identificação dos entrevistados, foram utilizadas as três primeiras letras de cada categoria profissional junto com uma numeração arábica.

Resultados e discussão

Hábitos de vida dos profissionais de saúde

Não se observou modificação nos hábitos de vida relatados pelos entrevistados após a intervenção educativa. Com relação aos cuidados com a saúde, os mais apontados foram alimentação saudável, prática de atividade física, gerenciamento do estresse, lazer e qualidade do sono, condutas abordadas pela intervenção, mas que já faziam parte do discurso dos profissionais antes da ação educativa. Esses cuidados também foram encontrados em outros estudos como constituintes da concepção do que seja um estilo de vida saudável (Costa et al., 2005; Costa e Silva, 2007; Santos e Lima, 2008), o que sugere a existência de um recorte bem definido sobre o assunto, uma espécie de ‘pacote’ padrão de hábitos.

Mesmo esses hábitos sendo concebidos como componentes de um estilo de vida saudável, não há, necessariamente, uma relação linear com a sua adesão.

Esse descompasso pôde ser observado nos dois momentos de realização da entrevista, quando os profissionais relataram que os cuidados com a saúde apontados não se constituíam como hábitos. Era recorrente a utilização de termos relativizadores do comportamento, tais como 'procuro', 'tento', 'quando posso', 'quando dá', como pode ser observado nestas falas:

Eu procuro estar bem comigo mesma, procuro ter uma alimentação saudável, só que não é uma coisa que eu consigo, tipo assim, manter constante demais. Procuro fazer atividade física, não é sempre que eu faço, mas procuro estar fazendo, pelo menos alguma vez na semana, às vezes fico um tempo sem fazer, mas procuro sempre estar fazendo (MED03, 25 anos).

Eu procuro me alimentar no horário certo, e (...) dormir oito horas por dia, e (...) quando eu posso fazer uma atividade física também. Tento fazer atividade física regular, regularmente, isto é, sem interrupção. Sempre eu faço, igual ano passado eu fiz até dezembro e depois parei, e esse ano ainda não voltei, então assim, o legal seria dar continuidade a isso (...) porque é bom pra saúde, pra autoestima da gente, pra manter o peso, é (...) essencial atividade física (ACS03, 54 anos).

Na intervenção educativa proposta, a reflexão sobre dificuldades e possibilidades para adesão dos profissionais aos modos de vida saudáveis ocorreu principalmente no quinto encontro, por meio da dinâmica do biombo. Contudo, permaneceu o conflito gerado pela convivência entre conceitos ideais e suas diferentes necessidades, mostrado pela combinação de angústia e comportamento flutuante, como exemplificado na seguinte fala:

Uma alimentação equilibrada (...) atividade física na medida do possível; procuro ter um lazer, fazer coisas que eu gosto (...) o hábito de inserir uma caminhada todos os dias da minha vida, porque isso seria pra mim o meu ideal, mas eu não consegui, eu começo, eu acabo não tendo persistência (...) e não priorizo, né, as outras coisas mais importantes (...) Fico preocupada com meu bem-estar, por que eu sei que vai fazer bem tanto fisicamente, como pra mente, pro corpo, né, pra saúde (ENF03, 43 anos).

De acordo com Bagrichevsky e colaboradores (2010), o discurso sobre estilos de vida saudáveis descolado das inúmeras particularidades constituintes do homem contemporâneo é gerador de angústia, ansiedade e sofrimento e produtor de um distanciamento da noção de saúde socialmente possível. Com relação à nutrição, a ideia de saudável tem sido remetida a dietas restritivas, compostas por fibras, complementos nutricionais e alimentos com baixo teor de gorduras e calorias (Azevedo, 2004). Essa concepção, dita como ideal, foi percebida pelos profissionais entrevistados por

Silva, Recine e Queiroz (2002) como algo difícil de ser atingido, tanto em sua vida pessoal como na abordagem à população. Assim, para os profissionais de saúde, conviver com conceitos ideais pode ser conflituoso, o que resulta em comportamentos ora direcionados por conceitos biomédicos, ora pelos seus desejos, cultura e contexto social.

Estímulos e barreiras para adoção de modos de vida saudáveis pelos profissionais de saúde

As tentativas dos profissionais para adotar uma alimentação saudável e a prática de atividade física foram identificadas nos dois momentos de realização das entrevistas. Entre os fatores motivadores, destacaram-se as necessidades percebidas de tratamento ou prevenção de doenças: “Já tentei mudar a dieta, parar de beber e começar atividade física. Porque a gente sabe que se não levar uma vida mais saudável, equilibrada, a tendência é quanto mais velho, maior a probabilidade de agravo” (TEC04, 48 anos). É possível perceber nesta fala a incorporação da concepção de risco, um mecanismo de biopoder que propõe modificar o presente por uma antecipação do futuro. Segundo essa lógica, a modificação de hábitos se justifica como uma medida necessária ao controle do devir para que a antecipação de que se faz dele não seja disparada pelo que se faz no presente, sugerindo, então, aos indivíduos, o autocontrole e a autovigilância (Moraes e Nascimento, 2002).

Percebeu-se ainda o desejo dos entrevistados por um corpo mais magro, melhor saúde ou bem-estar produzidos pela prática saudável:

O que me incomoda bastante é em relação à atividade física, quando eu deixo de fazer (...) Porque eu acho que sempre preciso mais. Eu gosto de cuidar do meu corpo, gosto de estar bem, preocupo com meu peso, então, às vezes quando eu ganho um quilo, dois quilos a mais, isso me faz refletir e correr atrás do que eu realmente quero (MED04, 27 anos).

Observou-se, então, que as aspirações dos profissionais extrapolaram a categoria doença, agregando aspectos do conceito positivo de saúde e do valor estético no direcionamento de suas práticas pessoais. A busca por uma ‘boa saúde’ e a obtenção de um corpo perfeito têm sido utilizadas como argumento para a adoção de estilos de vida saudáveis pelo campo da saúde, indústria e mídia (Bagrichevsky et al., 2010), e parecem ter sido incorporadas pelos profissionais entrevistados. Contudo, apesar de essa ampliação de escopo sugerir um avanço, Nogueira (2001) alerta para o fato de que tais argumentos, quando utilizados de forma acrítica, podem ter efeitos deletérios, gerando uma espécie de hipocondria social, que contraria o

significado de uma vida saudável, a ser alcançada e mantida de forma mais espontânea e tranquila.

Com relação às dificuldades percebidas para adoção de modos de vida saudáveis, não foram encontradas modificações entre os dois tempos de realização da entrevista. Assim como em outros estudos (Assis e Nahas, 1999; Silva, Recine e Queiroz, 2002; Santos e Lima, 2008; Sá e Florindo, 2012), foram apontados alguns obstáculos como preferências ou conforto produzido por certos alimentos – “Eu tento melhorar na questão da alimentação, mas, quando chega na questão da ansiedade, a minha válvula de escape é o chocolate” (ACS04, 38 anos) –, além do acesso a alimentos saudáveis e a falta de tempo e cansaço resultantes da sobrecarga das atividades profissionais e cotidianas, como evidenciado no seguinte relato:

Já tentei regime, mas não deu. Entrei na academia, fiquei um tempo, parei, já tentei várias vezes (...) Aquela correria mesmo do dia a dia (...) Dona de casa, você chega em casa, você tá cansada, você sai esgotada do serviço, aquele estresse mental, estresse físico, aí você desanima (TEC03, 47 anos).

Os profissionais de saúde têm enfrentado condições insatisfatórias de trabalho, que envolvem baixos salários, precariedade de vínculo trabalhista, infraestrutura deficiente, crescentes cobranças institucionais e da clientela, violência moral e física. Estes fatores determinam alto consumo de energia para uma adaptação contínua ao trabalho, num mercado cada vez mais competitivo, com implicações para a saúde mental e o gerenciamento do tempo (Costa e Silva, 2007). O desgaste e a falta de tempo resultantes não só do trabalho, mas também de outras características do modo de vida moderno e urbano, têm estimulado a indústria a criar facilidades que diminuam o esforço físico e alteram o consumo alimentar.

No campo da alimentação, há uma grande produção de alimentos saborosos, com alta densidade energética e de custo relativamente baixo, que poupam tempo de preparo e diminuem a frequência das compras, por isso tornam-se as opções mais fáceis e acessíveis (Garcia, 2003). Driblar esse contexto desfavorável exige inovação na construção de alternativas locais, assim como o desenvolvimento de políticas públicas promotoras de saúde, temas discutidos principalmente no terceiro, no quinto e no sétimo encontros da intervenção educativa.

Aconselhamento sobre modos de vida saudáveis

Não se observaram mudanças na forma de realizar o aconselhamento sobre modos de vida pelos entrevistados após a intervenção educativa. As práticas alimentares e de atividade física foram os principais assuntos

contemplados durante as orientações: “Diabético a gente orienta a uma dieta, tipo assim, evitar açúcar, praticar esporte; hipertenso a gente fala pra evitar sal, importância de uma refeição bacana” (TEC05, 27 anos).

Tal abordagem repercute a ênfase conferida a essas medidas pelas instituições de saúde na busca da prevenção e do controle das DANTs. Alimentação inadequada e atividade física são consideradas responsáveis por cerca de 75% dos casos de DANT (Barreto et al., 2005), tornando-se o alvo de uma das principais estratégias da Organização Mundial da Saúde para diminuir a crescente carga dessas doenças, a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde (World Health Organization, 2004). O estímulo à alimentação saudável e à atividade física está amplamente difundido na literatura científica e na mídia, além de ter sido o tema central de vários encontros da intervenção educativa, o que torna compreensível o foco dado pelos entrevistados a esses comportamentos, tanto no âmbito profissional quanto no pessoal.

Outras orientações também foram descritas: “A gente orienta muito sobre o uso de bebida alcoólica, né? De tabaco, essas coisas” (ENF04, 59 anos). Ou: “Oriente sobre os exames de prevenção, do colo do útero, de mama, para que a pessoa não fique doente, então, e convido para os grupos, para as palestras” (ACS03, 54 anos).

Quando perguntados em quais espaços realizavam o aconselhamento, a maioria dos médicos e enfermeiros relatou os atendimentos individuais e grupos operativos. Entre os técnicos de enfermagem predominou o atendimento individual, enquanto para os ACSs prevaleceu a visita domiciliar, como exemplificado por este agente:

Quando eu vou fazer visita domiciliar, aí sempre quando tem uma brecha, eles perguntam alguma coisa, (...) eu falo: não, vamos para a academia, vamos fazer uma ginástica, vamos comer menos isso, acrescentar isso, e aí a gente começa a dar essa orientação, começa na casa da paciente mesmo, né? Alguns vêm procurar, mas nem todos (ACS05, 33 anos).

Essa divisão dos espaços de atuação reflete, provavelmente, a forma de organização do trabalho no centro de saúde, com predomínio do atendimento individual, desenvolvimento de grupos centrados em profissionais de nível superior e o campo domiciliar como local de atuação do ACS, o que está de acordo com o estudo de Cotta e colaboradores (2006). Ao se estabelecerem como os principais espaços de atuação desses profissionais, tornam-se os momentos de maior contato com os usuários e, então, do estabelecimento de mais oportunidades para a realização de aconselhamento sobre modos de vida saudáveis.

Um relato como “durante a consulta, né, as consultas que têm e durante o grupo que a gente faz de pacientes hipertensos e diabéticos, aí eu estou

sempre orientando” (MED03, 27 anos) mostra um aconselhamento voltado para indivíduos com a doença já instalada, principalmente diabetes e hipertensão. Essa conduta está de acordo com achados de Tesser e colaboradores (2011), os quais verificaram a prática curativista arraigada entre os profissionais, com o aconselhamento em saúde vinculado ao modelo biomédico de controle e tratamento de doenças e comorbidades. Esses autores dizem ainda que a necessidade de atendimento da demanda espontânea e a rotina de cuidados voltada para doenças já instaladas dificultam investir tempo em ações de promoções de saúde. Assim, é importante pensar a forma de organização dos serviços para que essas ações e orientações estejam disponíveis aos indivíduos, independentemente de qualquer comorbidade, conforme recomendado pela política de atenção à hipertensão e ao diabetes (Buss, 2000; Rodrigues, Soares e Boog, 2005; Minas Gerais, 2006; Siqueira et al., 2009; Tesser et al., 2011).

Sobre as estratégias utilizadas para estimular o usuário a adotar modos de vida saudáveis, destacaram-se as explicações sobre os benefícios da adesão e as consequências da não adesão, como pode ser observado nesta fala:

Na orientação mesmo, mostro para ele, por exemplo, o que ele pode obter de benefício se ele fizer, adotar um hábito de vida saudável, fizer atividade física, readequar a alimentação, então eu mostro os benefícios e os prejuízos se ele não aderir (ENF02, 35 anos).

Outro artifício empregado consistiu na utilização de exemplos de casos semelhantes ao do usuário a ser orientado:

Eu dou exemplos de pessoas que começaram, que mudaram, né, de atitude e tiveram resultados positivos, fazem uma caminhada regular, e que estão muito mais dispostas, vindo muito menos ao posto de saúde, né, e estão mais felizes (ACS06, 42 anos).

Estratégias que permitissem uma adequação das orientações à realidade sociocultural-econômica dos usuários ficaram praticamente restritas ao repasse de informações sobre a Academia da Cidade:

A gente orienta muito pra eles, no nosso grupo (...) Grupo de hipertensos, diabéticos, procurar mesmo a Academia da Cidade, que lá tem os profissionais também, os professores de educação física (ENF04, 59 anos).

Porém, esse serviço nem sempre se constitui em um facilitador de acesso à prática de atividade física e à orientação sobre alimentação saudável para os moradores da região, em razão de seu horário matutino de funcionamento e sua localização geográfica. Além disso, a realização de atividade física não

está somente atrelada à questão econômica que a disponibilização de um espaço gratuito poderia resolver, mas também à forma como os usuários pensam, sentem, analisam e se posicionam, produzindo diferentes maneiras de ‘viver a vida’, subjetividades que escapam ou tentam escapar de uma ação disciplinadora (Moraes e Nascimento, 2002). Dessa forma, torna-se fundamental que os profissionais ampliem sua capacidade de lidar com a subjetividade e com as necessidades de saúde do usuário, permitindo a produção de um cuidado integral à saúde (Malta e Merhy, 2010).

Uma médica relatou que costuma conversar sobre alimentos saudáveis baratos e acessíveis e sobre a economia obtida com a diminuição de exageros no consumo de óleo, açúcar e sal, numa tentativa de se aproximar da realidade do usuário:

Eu tento mostrar pra ele que comer saudável não é você ter que gastar tanto dinheiro (...) diminuindo o excesso de sal, diminuindo a quantidade de óleo. Inclusive eu mostro que é economia doméstica, que automaticamente ele vai comer saudável, que ele não precisa desse exagero, diminuir excesso de tempero, condimento industrializado, que ele pode fazer uso de coisas que você acha no sacolão mais barato. E a prática de atividade física, agora que eu tô com mais conhecimento, depois da Academia da Cidade (MED01, 33 anos).

Os profissionais percebem que há uma baixa adesão dos usuários ao aconselhamento e apontam como justificativa a carência de recursos financeiros, de informações, de percepção sobre a importância e de força de vontade, além da rotina de atividades diárias. A baixa adesão também foi o argumento utilizado pelos profissionais para justificar a presença ou ausência de dificuldade em realizar o aconselhamento. Existem aqueles que entendem que a adesão está descolada do processo de aconselhamento. É de responsabilidade exclusiva do usuário, portanto, a consideram de fácil execução, como apontado por este entrevistado: “Eu não sinto dificuldade em orientar, às vezes eu sinto que eles têm é dificuldade de se inserir nessa vida saudável, eles buscam sempre uma justificativa para não fazer” (ENF03, 43 anos). Há aqueles que percebem a adesão como parte do processo, sentindo extrema dificuldade em ‘convencer’ os usuários sobre a necessidade de mudança, assim como observado por Cotta e colaboradores (2006). Essa dificuldade pode ser observada no seguinte relato:

Eu vejo uma dificuldade, principalmente com os idosos. Normalmente esses pacientes já vêm descompensados pra gente, com um peso elevado, e pra mudar a cabeça de um idoso é muito difícil, eu encontro bastante dificuldade em relação a isso (...) principalmente aqui, que a gente lida com pacientes mais... é, carentes, analfabetos (MED04, 27 anos).

Nesses dois casos existe a necessidade de capacitação adequada do profissional de saúde para a realização do aconselhamento, aumentando sua participação nesse processo e aproximando-o do usuário, realizando uma educação em saúde que estimule a construção conjunta de possibilidades de mudanças comportamentais, sem imposição ou manipulação (Alves e Aerts, 2011). Apesar de a intervenção educativa ter sido fundamentada numa pedagogia dialógica e problematizadora, não foi suficiente para que os profissionais ressignificassem sua forma de aconselhamento de um modelo ancorado numa comunicação unidirecional com foco na transmissão de informação para uma proposta voltada para o diálogo e a reflexão com o usuário. Isso demonstra a necessidade de educação permanente em serviço para estimular a mudança de paradigma e das práticas.

Os profissionais acreditam que o aconselhamento sobre modos de vida saudáveis poderia ser impulsionado pelo investimento em atividades em grupo, pela atuação multiprofissional e pela utilização de recursos didáticos e técnicas educativas mais lúdicas, como se pode notar nas falas a seguir:

Eu acho que a gente tem que trabalhar mais a questão da educação, né, nas salas de espera, porque o paciente está ocioso ali, né, de tocar vídeos, de fazer a sala de espera ali com uma dinâmica, é, participação da nutrição nos grupos operativos, educador físico (ENF05, 34 anos).

Eu acho que grupos para os usuários, né? De repente fazendo alguma receita ali, né? Com as cascas de alimento, sucos variados e tudo, coisas que o pessoal tem acesso. Não adianta aprender a fazer aqueles sanduíches complicados se a pessoa não tem condição de comprar, né? Então com o material bem mais simples, como utilizar, a maneira certa de cozinhar (ACS03, 54 anos).

Eu acho que uma, é... uma atividade mais frequente, alguma coisa que conseguisse abranger comunidade, um grupo específico, tentar oferecer alguma coisa para a comunidade (...) uma cozinha comunitária onde eles recebessem orientações e percebessem que na prática têm como mudar, eu acho que seria mais fácil. Se a gente tivesse um contato mais direto, por exemplo, com o pessoal da Academia da Cidade, ou se a gente conseguisse mais tempo pra sentar pra conversar com o Nasf, entraria nutrição, fisioterapia (MED01, 33 anos).

Observou-se um aumento de referências a recursos didáticos e técnicas educativas mais lúdicos e à multidisciplinaridade na segunda entrevista, evidenciando maior sensibilização de alguns profissionais com relação a tais possibilidades. Esse aumento de citações pode ser decorrente da intervenção educativa realizada, uma vez que, além de valorizar esses dois recursos, permitiu sua vivência pelos profissionais, os quais podem ter visto

nessa forma de abordagem um caminho para lidar com situações complexas de seu cotidiano de trabalho, conforme vivenciado no sétimo encontro da intervenção educativa por meio da técnica do teatro.

A percepção dos profissionais sobre a integração de equipes multiprofissionais e interdisciplinares é de grande importância para que se tenha melhor compreensão dos problemas de saúde e se focalize a qualidade de vida dos pacientes, realizando-se intervenções de forma mais efetiva (Alves, 2005; Diniz & Carvalhaes, 2002). O trabalho em equipe é uma oportunidade para se criar possibilidades diferentes de intervenções, com maior potencial criativo e de agregação, em razão dos diferentes olhares dentro da interdisciplinaridade (Cotta et al., 2006).

Considerações finais

O aconselhamento sobre modos de vida saudáveis mostrou-se voltado, principalmente, para os hábitos alimentares e de atividade física, numa perspectiva curativista e com responsabilização individual, apesar do reconhecimento das influências do contexto socioeconômico-cultural sobre os comportamentos para a saúde. Esta prática foi observada tanto antes quanto após a intervenção educativa.

Os profissionais entendem que, tanto para si quanto para o usuário, aderir aos modos de vida saudáveis é uma tarefa difícil. Essa dificuldade perpassa questões financeiras, culturais, de vida, de trabalho, mas também a permanência de concepções conservadoras que os afastam do conceito de saúde socialmente possível e os tornam impotentes na construção conjunta de possibilidades de mudanças junto com os usuários.

A intervenção educativa, a princípio, não ocasionou muitas mudanças nas percepções dos profissionais sobre a adoção e o aconselhamento de modos de vida saudáveis. Talvez o curto período de realização da intervenção educativa tenha dificultado a captura de alguma mudança que precisaria de um tempo maior para se consolidar. De qualquer forma, há necessidade de se incluir na educação permanente desses profissionais concepções de saúde possíveis no contexto contemporâneo, não numa perspectiva comodista ou fatalista, mas de movimento para a produção do cuidado e de autonomia.

A maior sensibilização em relação a atividades educativas em grupo e lúdicas e a valorização da atuação multiprofissional mostram que o campo está fértil para transformações, visto que permitem melhor integração e diálogo entre profissionais e usuários e agregam uma multiplicidade de saberes na construção dos caminhos possíveis.

Colaboradores

Taís Figueira participou da concepção, analisou os dados, redigiu e organizou o artigo. Nakita Davis e Mariana Morais coletaram e analisaram os dados e redigiram o artigo. Aline Lopes coordenou a pesquisa, participou da concepção e revisou o texto. Este trabalho não apresenta conflito de interesses.

Resumen El artículo tuvo como objetivo comparar la percepción de profesionales de la atención primaria sobre asesoramiento con relación a modos de vida saludables antes y después de una intervención educativa. Se trata de un estudio cualitativo desarrollado con 22 profesionales de un centro de salud de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. La entrevista estructurada se aplicó antes y después de la intervención educativa, y los datos se sometieron al análisis de contenido. Los resultados muestran la dificultad de los profesionales para la adopción y el asesoramiento con relación a modos de vida saludables, con pocos cambios en su percepción tras la intervención educativa. Las dificultades se relacionaban con aspectos financieros, culturales, de vida y de trabajo, así como concepciones conservadoras. Predominó la práctica de curación con responsabilización individual y el enfoque sobre hábitos alimentarios y de actividad física. Se observó que, tras la intervención educativa, un número mayor de profesionales estaba sensibilizado con relación a las actividades educativas colectivas y lúdicas, y a la importancia de la actuación multiprofesional. De este modo, se advierte la necesidad de continuar la educación permanente de los profesionales de modo que permita la reflexión sobre las concepciones de salud posibles en el contexto contemporáneo, favoreciendo la producción del cuidado y de la autonomía.

Palabras clave asesoramiento; estilo de vida; atención primaria de la salud; promoción de la salud.

Notas

¹ Prefeitura de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz.

<taisfigueira@yahoo.com.br>

Correspondência: Avenida José Cândido da Silveira, 420, Sagrada Família, CEP 31035-572, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Minas Gerais.

<nakitaad@yahoo.com.br>

³ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Minas Gerais.

<mariananunes@yahoo.com.br>

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais.
<alinelopesenf@gmail.com>

⁵ Este trabalho, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da UFMG (ETIC 037.0.410.203-09) e da Prefeitura de Belo Horizonte (CAAE 0037.0.410.000-09), faz parte das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da UFMG e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, grupo tutorial Modos de Vida Saudáveis.

Referências

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.

ALVES, Gehysa G.; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ASSIS, Maria Alice A. de; NAHAS, Markus Vinicius. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, 1999.

AYRES, José Ricardo de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

AZEVEDO, Elaine de. Alimentação e modos de vida saudável. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 31-36, 2004.

BAGRICHEVSKY, Marcos et al. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 1.699-1.708, 2010.

BARRETO, Sandhi M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BELO HORIZONTE. Prefeitura. Mapa da Exclusão Social de Belo Horizonte. *Revista Planejar BH*, Belo Horizonte, ano II, n. 8, p. 5-14, 2000. Disponível em: <www.pbh.gov.br/smpl/PUB_P002/Mapa%20da%20Exclusao%20Social%20de%20BH_%20Revista%20Planejar%208.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2011.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI). *População residente em Belo Horizonte tendo como base o censo populacional do IBGE de 2010*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=intranetpbh&tax=15099&lang=pt_BR&pg=6661&taxp=0&>>. Acesso em: 2 abr. 2011.

- BERGSON, Henri. *Matéria e memória: ensaio sobre a relação do corpo com o espírito*. 2. ed. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- BOOG, Maria Cristina F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-272, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde: 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/enpacs_10passos.pdf>. Acesso em 2 de abril de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2011.
- BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- COELIS, Lorena E. et al. Percepção de profissionais da atenção primária sobre a promoção de modos de vida saudáveis. In: MOSTRA PRÓ-SAÚDE E PET-SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 1., 2010.
- COSTA, Maria S.; SILVA, Maria J. Qualidade de vida e trabalho: o que pensam os enfermeiros da rede básica de saúde. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 236-241, 2007.
- COSTA, Maria S. et al. Estilo de vida e saúde mental: estudo de caso com enfermeiros. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 199-203, 2005.
- COTTA, Rosângela M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.
- CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- DIAS, Maria Angélica S. et al. Projeto Promoção de Modos de Vida Saudáveis. *Pensar BH/Política Social*, Belo Horizonte, v. 16, p. 21-24, 2006.
- DINIZ, Denise P.; CARVALHAES, João T. de A. Equipes multiprofissionais em unidades de diálise: contribuição ao estudo da realidade brasileira. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 88-96, 2002.
- FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação?* 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- GARCIA, Rosa W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 4, p. 483-492, 2003.
- GIBBS, Graham. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).
- GIL, Antônio C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HELMAN, Cecil. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- LESSA, Inês. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência & Saúde*

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

MALTA, Debora C.; MERHY, Emerson E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, Thiago D.; NASCIMENTO, Maria L. Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 91-102, 2002.

NOGUEIRA, Roberto P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, Eymard M. (Org.). *A saúde através das palavras e do gesto: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

RODRIGUES, Erika M.; SOARES, Fernanda P. de T. P.; BOOG, Maria Cristina F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 1, p. 119-128, 2005.

SANTOS, Zélia M. de S. A.; LIMA, Helder de P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 90-97, 2008.

SÁ, Thiago H.; FLORINDO, Alex A. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Pelotas, v. 17, n. 4, p. 293-299, 2012.

SILVA, Denise O.; RECINE, Elisabetta G. I. G.; QUEIROZ, Eduardo F. O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1.367-1.377, 2002.

SIQUEIRA, Fernando V. et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 203-213, 2009.

TESSER, Charles D. et al. Estratégia Saúde da Família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4.295-4.306, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Génève: WHO, 2004. Disponível em: <www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Génève: WHO, 2005. Disponível em: <www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/>. Acesso em: 12 jan. 2011.

Recebido em 14/03/2013
Aprovado em 13/07/2013