

Hábitos saudáveis: que tipo de orientação a população idosa está recebendo dos profissionais de saúde?

Healthy habits: what kind of guidance the elderly population is receiving from health professionals?

Thaynã Ramos Flores¹, Bruno Pereira Nunes¹, Maria Cecília Formoso Assunção¹,
Andréa Dâmaso Bertoldi¹

RESUMO: *Objetivo:* Descrever a prevalência de orientações sobre hábitos saudáveis recebidas de profissionais de saúde entre idosos e sua relação com indicadores socioeconômicos, demográficos, comportamentais, de saúde e do tipo de serviços. *Métodos:* Estudo transversal, de base populacional, com indivíduos de 60 anos ou mais da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul. Foram avaliadas sete orientações sobre hábitos saudáveis: controlar o peso, reduzir o sal, açúcar e gordura, praticar atividade física, não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas. *Resultados:* Entre os 1.451 idosos entrevistados, 1.281 (88,3%) consultaram no último ano. As orientações mais referidas foram para redução do consumo de gordura (61,7%), de sal (61,5%) e prática de atividade física (58,2%). Idosos que consultaram três vezes ou mais e em serviços financiados pelo Sistema Único de Saúde receberam mais orientações. Aqueles idosos de classificação econômica A/B tiveram maior probabilidade de receber orientação para controle de peso (RP = 1,27; IC95% 1,06 – 1,70) e para prática de atividade física (RP = 1,34; IC95% 1,06 – 1,69). *Conclusão:* As orientações, por profissionais de saúde, foram pouco frequentes e, em alguns casos, desfocalizadas.

Palavras-chave: Orientação. Promoção da saúde. Estilo de vida. Comportamentos saudáveis. Idoso. Epidemiologia.

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

Autor correspondente: Thaynã Ramos Flores. Rua Marechal Deodoro, 11160, 3º piso, Centro, CEP: 96020-220, Caixa Postal 464, Pelotas (RS), Brasil. E-mail: thaynamosflores@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sob número de processo PROEX – 1107/2013/Processo nº 23038.003968/2013-99.

ABSTRACT: Objective: To describe the prevalence of guidance on healthy habits received from health professionals by elderly and its relation to socioeconomic demographic, behavioral and health indicators, and the type of services. **Methods:** Cross sectional population based study including individuals aged 60 years or more in the urban area of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. Seven guidance on healthy habits were evaluated: weight control, reduction in salt, sugar and fat intake, physical activity practice, not smoking and not drinking alcohol. **Results:** Among the 1,451 elderly interviewed, 1,281 (88.3%) consulted in the last year. The orientations more refereed were to fat (61.7%) and salt (61.5%) intake reduction and physical activity (58.2%). Elderly who consulted three times or more and in services financed by the Unified Health System received more guidance. Those elderly from the socioeconomic classes A/B were more likely to receive guidance for weight control (RP = 1.27; 95%CI 1.06 – 1.70) and physical activity (RP = 1.34; 95%CI 1.06 – 1.69). **Conclusion:** The orientation from health professionals were uncommon and, in some cases, unfocused.

Keywords: Orientation. Health promotion. Life style. Healthy behavior. Aged. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A mudança demográfica que acometeu a população mundial é caracterizada pelo fenômeno do envelhecimento populacional^{1,2}. No Brasil, esse processo ocorreu concomitante à transição epidemiológica, agregando um grande desafio para o sistema de saúde³, com a necessidade de maior ênfase e investimentos em ações de promoção e prevenção da saúde¹.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) objetiva ações de prevenção de doenças e promoção da saúde como componente fundamental dos serviços, mencionando as orientações ao longo do ciclo vital^{2,4}. Em países de renda alta, estudos evidenciaram uma melhoria nos hábitos de vida após recomendações realizadas por profissionais de saúde⁵⁻⁷. O Brasil possui marcantes desigualdades sociais em saúde, onde indivíduos com menor classificação econômica e escolaridade tendem a utilizar menos os serviços de saúde⁸, recebendo menos orientações^{9,10}.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, aproximadamente 90% dos indivíduos de 18 anos ou mais com diagnóstico médico de hipertensão arterial ou diabetes mellitus referiram receber orientações sobre hábitos saudáveis. Porém, essas informações não foram investigadas para a população que não possuía essas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹¹.

As orientações sobre hábitos saudáveis podem estar vinculadas a diversos meios, inclusive aos de comunicação³. Entretanto, ações de promoção e prevenção são atribuições dos profissionais e devem ser realizadas em todo contato do usuário com o serviço de saúde^{2,12,13}. O recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis realizadas por profissionais de saúde pode ser avaliada por meio de observação de consultas¹⁴, em entrevistas realizadas no serviço de saúde com os indivíduos¹⁵ e, ainda, no relato do indivíduo em inquéritos domiciliares^{5,6,16,17}. Esta última possui algumas vantagens em relação às anteriores, pois evita que a resposta

dos indivíduos seja influenciada por estarem nos serviços de saúde — viés de cortesia —, e estima de forma mais precisa se a orientação foi captada, uma vez que a compreensão é fundamental para a efetiva realização das recomendações¹⁸. Estudos de base populacional sobre a temática são escassos no Brasil, principalmente com a população idosa. A maioria dos estudos investiga o recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis em populações com algum problema crônico de saúde^{9,14}.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo descrever as orientações sobre hábitos saudáveis recebidas de profissionais de saúde entre idosos e sua relação com indicadores socioeconômicos, demográficos, comportamentais, de saúde e do tipo de serviços de saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal, de base populacional, realizado com indivíduos de 60 anos ou mais da zona urbana do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, no ano de 2014. No último censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁹ em 2010, foi possível constatar que o município possuía 46.099 idosos na zona urbana. A seleção da amostra foi realizada em dois estágios, sendo o primeiro a seleção dos setores censitários da cidade de acordo com o IBGE e o segundo, a seleção sistemática dos domicílios dentro de cada setor. Para estimar as prevalências dos desfechos seriam necessários 979 idosos. Para estimar as associações em estudo, foram necessários 1.493 idosos considerando os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%; poder estatístico de 80%; razões de prevalências mínimas de 1,2; acréscimos de 10% para perdas e recusas, 15% para fatores de confusão e 1,5 para efeito de delineamento.

Todos os indivíduos com 60 anos ou mais foram convidados a participar da pesquisa. Para os idosos com algum problema que os impossibilitasse de responder ao questionário foram consideradas as respostas do responsável. Idosos institucionalizados não foram incluídos. Maiores detalhes sobre a estratégia metodológica do “Consórcio de Pesquisas”, utilizada neste estudo, podem ser encontrados em outra publicação²⁰. O questionário final foi realizado com idosos de setores não sorteados, a fim de garantir a clareza das perguntas. As entrevistadoras selecionadas foram devidamente treinadas e padronizadas. As entrevistas foram realizadas por meio de *netbooks* onde eram registrados os dados, e as medidas antropométricas foram realizadas na mesma ocasião. Foram consideradas perdas e recusas após três ou mais tentativas em dias e turnos diferentes. O controle de qualidade das entrevistas foi realizado pelos mestrandos em 10% da amostra com questionário reduzido.

Os desfechos deste estudo foram operacionalizados através do seguinte questionamento: “Desde <MÊS> do ano passado até agora, algum profissional de saúde orientou o(a) Sr.(a) a...” sendo substituído pelas seguintes orientações: controlar o peso; reduzir o consumo de sal; reduzir o consumo de açúcar e doces; reduzir o consumo de gorduras; praticar atividade física; não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas^{1,3,12}. Essas questões eram precedidas por uma pergunta filtro: “Desde <MÊS> do ano passado até agora, o(a) Sr.(a) consultou com algum profissional de saúde?”. O questionário utilizado neste estudo foi previamente testado.

As variáveis demográficas e socioeconômicas utilizadas foram: sexo (masculino e feminino), faixa etária (60 a 69, 70 a 79 e 80 anos ou mais), cor da pele observada pela entrevistadora (branca, parda, preta, amarela e vermelha), situação conjugal (casados, solteiros, viúvos e separados), escolaridade (nenhuma, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau e nível superior) e classificação econômica (A – mais alta e B, C, D e E)²¹. Também foram utilizadas as morbidades autorreferidas (sim/não) — hipertensão arterial e diabetes mellitus —, a utilização de medicamentos de uso contínuo (sim, não), tabagismo (nunca fumou, ex-fumante e fumante atual), consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias (sim, não), insuficientemente ativos (sim, não) e excesso de peso (sim, não). Para classificação de idosos insuficientemente ativos (prática de atividade física < 150 minutos/semana) foi utilizado o *Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)*²² sendo utilizada uma estimativa global, considerando a atividade física no deslocamento e no lazer. Ainda, realizou-se a mensuração do peso e altura dos idosos. Devido à comum a presença de curvatura de coluna, a altura foi estimada através da medida da altura do joelho ao calcanhar²³, por meio de equações específicas para idosos de cor da pele branca e preta²⁴. Para os idosos com outras cores de pele (4,7% da amostra) utilizou-se a equação para os idosos de cor de pele branca, sendo possível obter uma estimativa da altura real de todos os idosos utilizando um antropômetro infantil da marca Indaiá®, com escala de 100 cm, graduação em milímetros. Para aferição do peso foram utilizadas balanças eletrônicas da marca Tanita®, modelo UM-080, com capacidade máxima de 150 kg e precisão de 100 g. O ponto de corte do Índice de Massa Corporal (IMC) definido para excesso de peso²⁵ foi de > 27 kg/m².

Ainda, foram utilizadas variáveis referentes às consultas aos serviços de saúde: número de consultas (1, 2 e 3 ou mais), local da última consulta (Unidade Básica de Saúde — UBS, pronto socorro, consultório, ambulatórios das faculdades e hospitais/pronto-atendimentos/policlínicas, sindicatos/empresas e outros) e financiamento do atendimento da última consulta (particular, convênio ou Sistema Único de Saúde — SUS). O período recordatório utilizado foi de um ano.

Os dados foram analisados no programa STATA 12.1. Inicialmente, realizou-se uma descrição dos desfechos obtendo-se as prevalências e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para obtenção das prevalências dos desfechos segundo as variáveis independentes utilizou-se o teste do χ^2 de heterogeneidade e o teste do χ^2 de tendência linear para as variáveis categóricas ordinais. Utilizou-se regressão de Poisson²⁶ para obtenção das razões de prevalência com seus respectivos IC95% e valores p na análise bruta e ajustada entre os desfechos e a classificação econômica (ABEP). O ajuste incluiu as variáveis sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e escolaridade. Considerou-se que a classificação econômica e a escolaridade não eram colineares (correlação = 0,61). Associações com valor p menor do que 0,05 foram consideradas estatisticamente significativas. Todas as análises foram realizadas utilizando o comando *svy* para considerar o efeito de delineamento amostral do estudo.

O estudo não possui conflitos de interesses e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (número de protocolo: 201324538513.1.0000.5317). Os idosos ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram identificados 1.844 idosos elegíveis para o estudo. As perdas contabilizaram 9,7% ($n = 179$) e as recusas 11,6% ($n = 214$) totalizando 1.451 idosos entrevistados. As perdas e recusas tinham menor média de idade (69,5 anos) do que a amostra final (70,7 anos), $p = 0,01$. O maior efeito de delineamento entre os desfechos em estudo foi de 1,3 para “orientação de redução do consumo de açúcar”.

A prevalência de consultas com profissionais de saúde, no último ano, foi de 88,3% ($n = 1.281$), amostra utilizada na presente análise. Essa amostra é semelhante à original ($n = 1.451$) em relação a características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. No que se refere às orientações recebidas, no contexto dos serviços de saúde, as mais referidas foram para redução do consumo de gordura (61,7%; IC95% 59,0 – 64,3), redução do consumo de sal (61,5%; IC95% 58,8 – 64,2) e para a prática de atividade física (58,2%; IC95% 55,5 – 60,9), seguido pela orientação para redução do consumo de açúcar (49,9%; IC95% 47,2 – 52,7), controle de peso (38,9%; IC95% 36,3 – 41,6), não fumar (19,3%; IC95% 17,1 – 21,4) e não ingerir bebidas alcoólicas (13,4%; IC95% 11,6 – 15,3) (Figura 1).

Entre os idosos que consultaram com profissionais de saúde no último ano, a maioria era do sexo feminino (64,2%), com idade entre 60 e 69 anos (51,3%), de cor da pele branca (84,4%), casados (53,8%), com o 1º grau incompleto (52,9%) e pertencentes à classificação econômica C (51,7%) (Tabela 1). Majoritariamente, o recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis foi mais frequente entre as mulheres e em idosos com 60 a 69 anos. Em relação à cor da pele, apenas a orientação de redução de sal apresentou diferença estatística, com maior prevalência entre os não brancos. Nenhuma orientação variou de acordo com a situação conjugal. Quanto maior a escolaridade e a classificação econômica, maiores foram as prevalências de orientação para controle de peso e prática de atividade física.

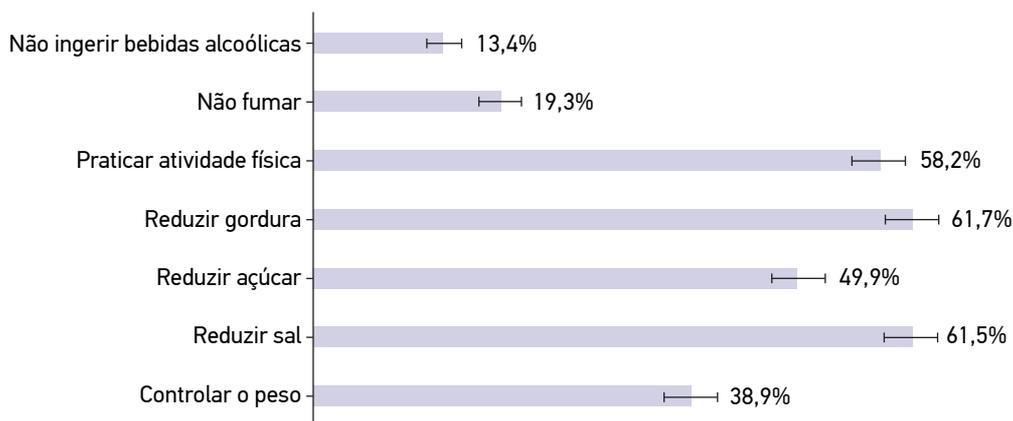


Figura 1. Frequência das orientações sobre hábitos saudáveis dadas por profissionais de saúde aos idosos que consultaram em serviços de saúde no último ano. Pelotas, RS, 2014 ($n = 1.281$).

Cerca de 70% referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e 25% de diabetes mellitus. Em relação às variáveis comportamentais, cerca de 10% da amostra eram fumantes, 20% ingeriram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, 57% estavam com excesso de peso, aproximadamente 60% eram insuficientemente ativos e 90% usavam medicamentos

Tabela 1. Descrição da amostra de idosos que consultaram em serviços de saúde no último ano de acordo com as características demográficas e socioeconômicas. Pelotas, RS, 2014 (n = 1.281).

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	459	35,8
Feminino	822	64,2
Idade (anos)		
60 a 69	655	51,3
70 a 79	413	32,3
80 ou mais	210	16,4
Cor da pele		
Branca	1079	84,4
Não branca*	200	15,6
Situação conjugal		
Com companheiro	688	53,8
Solteiro	75	5,9
Separado	111	8,7
Viúvo	405	31,7
Escolaridade		
Nenhuma	169	13,3
1º grau incompleto	672	52,9
1º grau completo	132	10,4
2º grau completo	146	11,5
Nível superior	151	11,9
Classificação Econômica (ABEP)		
A/B	483	37,2
C	720	51,7
D/E	169	11,1

*Preta, parda, amarela e vermelha; ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

de uso contínuo. Os idosos hipertensos, diabéticos, que nunca fumaram, que estavam com excesso de peso e em uso de medicamentos contínuos relataram maior recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis. Entre aqueles que consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, as maiores prevalências de recomendação foram para controle de peso e não ingerir bebidas alcoólicas (Tabela 2).

A maioria dos idosos consultou mais de 3 vezes no ano anterior à entrevista (67,9%), com maior proporção de consultas financiadas por convênios (44,2%) e realizadas em consultórios (48,1%). As maiores prevalências de recebimento de orientações foram evidenciadas entre os idosos que consultaram mais de três vezes e em serviços financiados pelo SUS. Em relação ao local da última consulta, idosos que consultaram nas UBS receberam mais orientação para redução de sal e para não fumar. Observou-se que a orientação para prática de atividade física foi mais prevalente entre idosos atendidos por convênio e em consultórios (Tabela 3).

No modelo bruto encontrou-se associação estatisticamente significativa entre classificação econômica e orientações para controle de peso, redução de sal, prática de atividade física e para não fumar. Após o ajuste, idosos com classificação econômica A/B tiveram uma probabilidade 27% maior de receber orientação para controle de peso e 34% maior de receber orientação para prática de atividade física em comparação aos com classificação econômica D/E (mais pobres) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

As prevalências de recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis, realizadas por profissionais de saúde, foram inferiores a 62%. Ao extrapolar essa proporção para a população-alvo, que consultou no último ano, cerca de 16.282 idosos da zona urbana do município não receberiam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Mesmo considerando os grupos mais vulneráveis, as recomendações atingiram menos de 80% dos idosos, com exceção da orientação para redução do consumo de açúcar entre os indivíduos com diabetes. As prevalências de orientações entre os hipertensos e diabéticos foram inferiores à maioria das orientações observadas em estudos realizados nos Estados Unidos e Canadá^{5,6} e em estudo de abrangência nacional realizado recentemente no Brasil¹¹. Entretanto, a prevalência de orientação para a prática de atividade física foi maior do que a encontrada em um estudo realizado em áreas de abrangência de UBS no Nordeste e Sul do Brasil incluindo adultos e idosos¹⁶.

As ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, atribuídas aos profissionais, devem subsidiar a adoção de um estilo de vida saudável^{2,12}, sendo uma maneira de integrar o indivíduo no gerenciamento de sua própria saúde¹⁵. A oferta dessas orientações pode conferir maior qualidade aos serviços e diminuição de agravos vinculados à falta de promoção da saúde^{7,12,27}.

O processo de um sistema de saúde é embasado em ações de oferta e recebimento, sendo que nesse último o alvo é a população que busca atendimento nos serviços de saúde²⁸. Os idosos consultam com maior frequência profissionais de saúde²⁹, em relação aos demais grupos etários. Neste estudo, a relação entre o recebimento de orientações

Tabela 2. Prevalência de orientações recebidas sobre hábitos saudáveis segundo variáveis comportamentais e de saúde. Pelotas, RS, 2014 (n= 1.281).

Variáveis	n (%)	Controlar o peso	Reduzir sal	Reduzir açúcar	Reduzir gorduras	Praticar atividade física	Não fumar	Não ingerir bebidas alcoólicas
Hipertensão arterial		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,002	p = 0,10	p = 0,04
Não	406 (31,8)	32,0	37,2	37,9	49,0	51,5	16,5	10,8
Sim	872 (68,2)	42,3	72,9	55,5	67,8	61,5	20,6	14,7
Diabetes mellitus		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,01	p = 0,69	p = 0,01
Não	960 (75,1)	33,8	56,0	38,0	56,2	56,3	19,1	12,0
Sim	318 (24,9)	55,0	78,3	85,9	78,9	64,5	20,1	17,9
Tabagismo		p = 0,003	p = 0,02	p = 0,13	p = 0,04	p = 0,004	p < 0,001	p < 0,001
Nunca fumou	714 (55,8)	42,3	64,0	51,8	63,2	61,8	9,0	10,6
Ex-fumante	429 (33,5)	37,3	61,1	49,4	62,7	55,9	19,8	14,9
Fumante	136 (10,6)	27,2	50,0	42,7	51,5	47,1	72,1	23,5
Álcool (últimos 30 dias)		p = 0,03	p = 0,10	p = 0,10	p = 0,52	p = 0,17	p = 0,89	p < 0,001
Não	1021 (79,9)	37,7	62,7	49,0	62,3	57,3	19,2	12,0
Sim	256 (20,1)	44,5	57,4	54,7	60,2	62,1	19,5	19,5
Excesso de peso		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,35	p = 0,22
Não	517 (43,0)	22,6	52,2	41,2	52,2	51,3	18,4	12,6
Sim	685 (57,0)	52,1	68,2	56,9	69,3	65,6	20,6	15,0
Insuficientemente ativos		p = 0,88	p = 0,11	p = 0,68	p = 0,66	p = 0,004	p = 0,62	p = 0,07
Não	487 (40,2)	38,8	58,5	49,5	61,2	63,5	18,7	15,8
Sim	723 (59,8)	39,3	63,2	50,8	62,5	55,7	19,9	12,0
Medicamentos uso contínuo		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,69	p = 0,17
Não	128 (10,1)	14,1	25,8	24,2	31,3	32,8	18,0	9,4
Sim	1142 (89,9)	41,9	65,5	53,0	65,3	61,2	19,5	14,0

Valor p: teste do χ^2 para heterogeneidade.

Tabela 3. Prevalência de orientações recebidas sobre hábitos saudáveis, de acordo com as características dos serviços de saúde. Pelotas, RS, 2014 (n = 1.281).

Variáveis	n (%)	Controlar o peso	Reduzir sal	Reduzir açúcar	Reduzir gorduras	Praticar atividade física	Não fumar	Não ingerir bebidas alcoólicas
Número de consultas		p < 0,001*	p < 0,001*	p < 0,001*	p < 0,001*	p < 0,001*	p = 0,10	p < 0,001*
1	184 (14,4)	25,0	44,6	37,0	48,9	42,4	16,3	6,5
2	239 (18,7)	29,7	59,4	42,7	56,9	49,8	15,5	9,2
3 ou mais	857 (67,9)	44,5	65,7	54,7	65,7	63,8	21,0	16,1
Financiamento		p = 0,11	p = 0,006	p = 0,03	p = 0,04	p = 0,008	p = 0,007	p = 0,57
Particular	246 (19,2)	36,2	55,7	41,9	55,3	53,7	15,5	12,6
Convênio	566 (44,2)	42,1	59,7	52,1	61,5	62,9	17,0	12,7
Sistema Único de Saúde	468 (36,6)	36,3	66,9	51,3	65,0	54,5	23,9	14,7
Local da última consulta		p = 0,09	p = 0,03	p = 0,20	p = 0,22	p = 0,04	p = 0,04	p = 0,56
Unidade Básica de Saúde	301 (23,5)	39,5	69,4	56,2	66,8	54,2	24,6	16,0
Pronto Socorro	15 (1,2)	20,0	60,0	46,7	73,3	46,7	13,3	13,3
Consultório	615 (48,1)	42,1	57,4	49,6	59,5	62,6	17,1	13,0
Ambulatórios/ PA/Hospitais*	243 (19,0)	33,1	61,6	45,9	59,9	55,8	21,5	12,8
Sindicatos/empresas	93 (7,3)	34,4	63,4	44,1	63,4	49,5	15,1	11,8
Outros**	12 (0,9)	41,7	58,3	50,0	50,0	66,7	0	0

Valor p: teste do χ^2 para heterogeneidade; *valor p: teste do χ^2 para tendência linear; **consultas no domicílio, com familiares e vizinhos; PA: Pronto-Atendimentos.

sobre hábitos saudáveis e o número de consultas com profissionais de saúde mostrou-se positiva, ratificando que o maior contato com os serviços representa mais oportunidades para o recebimento de recomendações¹⁰. Não obstante, considerando as prevalências dos desfechos e que a maioria dos idosos consultaram três vezes ou mais no último ano, é provável que os profissionais tenham desperdiçado oportunidades de aconselhamento, visto que aproximadamente 35% dos idosos consultaram profissionais de saúde com essa frequência e não receberam orientação para redução do consumo de sal e gordura. O Ministério da Saúde preconiza que as recomendações sobre hábitos saudáveis devem ser realizadas em todo o contato com o usuário^{3,12,13}.

Tabela 4. Análise bruta e ajustada entre o recebimento de orientações e classificação econômica. Pelotas, RS, 2014 (n = 1.281).

Orientações	Classificação econômica (ABEP)** ^a		
	AB	C	Valor p
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	
Controlar o peso			
Bruto	1,42 (1,07 – 1,90)	1,22 (0,92 – 1,62)	0,003*
Ajustado	1,27 (1,06 – 1,70)	1,11 (0,85 – 1,47)	0,04*
Reduzir sal			
Bruto	0,85 (0,72 – 1,01)	0,99 (0,85 – 1,14)	0,04
Ajustado	0,92 (0,77 – 1,11)	0,96 (0,83 – 1,11)	0,70
Reduzir açúcar			
Bruto	1,05 (0,85 – 1,29)	1,15 (0,95 – 1,40)	0,21
Ajustado	1,05 (0,85 – 1,30)	1,08 (0,89 – 1,31)	0,72
Reduzir gorduras			
Bruto	0,89 (0,76 – 1,04)	1,00 (0,85 – 1,17)	0,08
Ajustado	0,88 (0,74 – 1,05)	0,95 (0,81 – 1,11)	0,28
Praticar atividade física			
Bruto	1,56 (1,24 – 1,96)	1,37 (1,08 – 1,74)	<0,001*
Ajustado	1,34 (1,06 – 1,69)	1,26 (1,00 – 1,59)	0,01*
Não fumar			
Bruto	0,66 (0,44 – 0,99)	0,79 (0,54 – 1,16)	0,04*
Ajustado	0,71 (0,47 – 1,07)	0,80 (0,57 – 1,13)	0,13*
Não ingerir bebidas alcoólicas			
Bruto	1,05 (0,59 – 1,87)	1,02 (0,62 – 1,67)	0,85
Ajustado	1,17 (0,63 – 2,19)	1,07 (0,65 – 1,77)	0,59

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; valor p: teste de Wald de heterogeneidade; *valor p: teste de Wald para tendência linear; **classificação da ABEP: AB (mais ricos); análise ajustada para sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e escolaridade; categoria de referência: D/E.

A partir dos resultados observados, não é possível garantir a qualidade da orientação recebida, a qual é fundamental para um aconselhamento educativo de modo que o indivíduo perceba e possa adotar a recomendação do profissional de saúde¹⁶, e não somente uma transmissão de informações. Nesse processo de educação em saúde existem muitos fatores envolvidos e que não foram avaliados neste estudo, como a formação dos profissionais, que pode atuar de forma positiva na inserção de ações que visem à promoção e educação em saúde^{12,27}. Outro aspecto a ser mencionado é o tempo de duração das consultas, que pode ser um dos problemas enfrentados na qualidade do serviço, bem como o número reduzido de profissionais e a alta demanda, que podem diminuir a oferta de informações²⁹.

Em relação às características demográficas observou-se que as mulheres receberam mais orientações, o que pode ser justificado pela maior frequência de consultas em serviços de saúde pelo sexo feminino¹⁰. Ainda, foram verificadas menores prevalências de orientações para os idosos com mais de 80 anos, semelhante ao evidenciado por Hinrichs et al.³⁰. Esse achado pode ser justificado pela crença, por parte dos profissionais, de que a adoção de um estilo saudável é tardia nessa faixa etária¹.

Os idosos com alguma DCNT são os que mais utilizam os serviços de saúde para o monitoramento de suas condições e redução dos agravos gerados por essas doenças³¹. Entre os idosos com excesso de peso, hipertensos, diabéticos e que utilizavam medicamentos de uso contínuo observou-se maior recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis. Esse achado foi semelhante ao encontrado em estudo realizados com adultos e idosos brasileiros¹⁶. No entanto, destacam-se as oportunidades perdidas de prevenção da saúde entre os que não apresentavam problemas crônicos. O aconselhamento deve ser oferecido independente da presença de doenças ou condições crônicas^{17,32}. É importante ressaltar que apesar da necessidade de tratamento medicamentoso para as DCNT, as modificações no estilo de vida devem ser incentivadas e fazer parte da terapêutica¹³. Embora as prevalências observadas de orientações sobre hábitos saudáveis tenham sido superiores em idosos com problemas crônicos, ainda podem estar abaixo do esperado, visto que essa população usa com maior frequência os serviços de saúde e assim está mais exposta a receber orientações^{31,32}. Sendo semelhante ao evidenciado em outro estudo, com adultos, mostrando que esse impasse não é específico para a população idosa¹⁷, e sim, um aspecto a ser aperfeiçoado nos serviços de saúde.

Observou-se menor recebimento de orientação para a prática de atividade física entre os idosos classificados como insuficientemente ativos, semelhante ao verificado por Siqueira et al.¹⁶. A falta de recomendações pode reduzir o engajamento dos indivíduos nos hábitos saudáveis, justamente aqueles que mais precisariam do aconselhamento, enfatizando que os profissionais devem incentivar constantemente os indivíduos a adotarem um estilo de vida saudável^{5,6,18,29}.

Neste estudo as prevalências de recebimento de orientações para não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas foram inferiores a 20%, podendo ser consideradas baixas, já que esses comportamentos estão, também, relacionados à alta carga das DCNT e seus agravos³¹. Os questionamentos sobre o recebimento dessas orientações não foram direcionados apenas aos idosos que possuíam esses hábitos, pois acredita-se que ambos os comportamentos estão interligados e não possuem momento certo para o início ou recidivas¹³. Ainda, a PNPS

recomenda que a população deve ser fortemente incentivada contra a adoção e desvinculação desses comportamentos², sendo que essas medidas buscam evitar o aparecimento de DCNT ou reduzir suas consequências¹.

As orientações sobre hábitos saudáveis devem ser igualmente distribuídas na população^{2,7,27}. Não obstante, foram verificadas desigualdades em relação à classificação econômica no recebimento de orientações para o controle de peso e para a prática de atividade física. Os idosos mais ricos apresentaram maior recebimento dessas orientações. A plausibilidade para esse achado é complexa, podendo ser atribuída às características individuais, já que idosos com menor poder aquisitivo consultaram menos os serviços de saúde (dados não apresentados). Entretanto, as características dos profissionais e serviços de saúde podem explicar de forma mais robusta esses achados²⁷. Os profissionais de saúde podem concluir que indivíduos mais pobres enfrentam maiores dificuldades para aderir a esses comportamentos, deixando de realizar as orientações.

Algumas limitações do estudo devem ser mencionadas. Primeiro, a causalidade reversa pode dificultar a interpretação de algumas associações como, por exemplo, orientações sobre controle do peso e estado nutricional. Porém, o estudo não objetiva realizar inferências causais. Segundo, há possibilidade de viés de recordação, já que as orientações sobre hábitos saudáveis podem não ser eventos marcantes. Embora a maior parte da literatura utilize o período de 12 meses, estudos sobre validação dos períodos recordatórios podem ser realizados para melhor entendimento da temática. E, terceiro, as perdas e recusas foram diferentes da amostra em relação à idade, podendo gerar viés nas prevalências em estudo. Porém, não há suspeita de viés nas associações avaliadas, sendo que a idade foi incluída na análise ajustada.

Ainda, cabe salientar que o desfecho orientação para controle de peso pode não ser a melhor maneira a ser utilizada em inquéritos populacionais, pois pode captar somente os indivíduos com excesso de peso. O estado nutricional dos idosos não era conhecido antes das entrevistas, por isso, mediante testes do questionário foi possível constatar que essa seria a melhor forma de verificação do desfecho. Outra possibilidade é o erro de classificação quanto à fonte de informação das orientações. As recomendações investigadas são de cunho geral, podendo ser vinculadas a diversos meios, como a mídia.

Como aspectos positivos destaca-se a representatividade populacional do estudo. Estudos que avaliem essa temática ainda são escassos no país, principalmente em idosos^{9,14-16}. Além disso, os achados podem auxiliar os gestores em saúde do município, e locais semelhantes, a enfatizar as ações de promoção e prevenção da saúde entre os idosos, uma vez que o estudo abordou o recebimento de orientações tanto segundo atributos individuais como sobre as características dos serviços de saúde do município.

CONCLUSÃO

A oferta de orientações sobre hábitos saudáveis, realizada por profissionais de saúde, deve ser mais frequente, considerando as características da população idosa. Acredita-se que os serviços possam ainda estar despreparados para atender à crescente demanda de idosos no contexto

de incentivo à adoção de um estilo saudável, mesmo com as melhorias evidenciadas principalmente em relação aos serviços financiados pelo SUS, onde observou-se maior dispensação de orientações, que podem ser sinalizadas a partir dos achados deste estudo. Assim, devem ser realizados maiores investimentos em relação às ações educativas de prevenção de doenças e promoção da saúde. A orientação é uma medida de baixo custo e esforços são necessários para que os profissionais estejam mais engajados nessas estratégias, orientando mais a população idosa sobre hábitos saudáveis em todo e qualquer contato que tenham com o serviço, independente de aspectos socioeconômicos ou da presença de problemas crônicos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 19.
4. Rodrigues EM, Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr* 2005; 18(1): 119-28.
5. Agborsangaya CB, Gee ME, Johnson ST, Dunbar P, Langlois MF, Leiter LA, et al. Determinants of lifestyle behavior in type 2 diabetes: results of the 2011 cross-sectional survey on living with chronic diseases in Canada. *BMC Public Health* 2013; 13: 451.
6. Walker RL, Gee ME, Bancej C, Nolan RP, Kaczorowski J, Joffres M, et al. Health behaviour advice from health professionals to Canadian adults with hypertension: results from a national survey. *Can J Cardiol* 2011; 27(4): 446-54.
7. Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2008; 54(12): 1706-13.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779): 1778-97.
9. Sturmer G, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8): 1727-37.
10. Costa JSD, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(6): 1074-84.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Ministério da Saúde, 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Cadernos de Atenção Básica, nº 35.
14. Capilheira M, Santos IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(6): 1143-53.
15. Andrade KA, Toledo MTT, Lopes MS, Carmo GES, Lopes ACS. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(5): 1117-24.
16. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(1): 203-13.
17. Silva SM, Facchini LA, Tomasi E, Piccini R, Thumé E, Silveira DS, et al. Recebimento de orientação sobre consumo de sal, açúcar e gorduras em adultos: um estudo de base nacional. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(4): 995-1004.
18. Jackson SE, Wardle J, Johnson F, Finer N, Beeken RJ. The impact of a health professional recommendation on weight loss attempts in overweight and obese British adults: a cross-sectional analysis. *BMJ Open* 2013; 3(11): e003693.

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
20. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(Suppl 1): 133-44.
21. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo: ABEP; 2014.
22. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(8): 1381-95.
23. Kamimura MA, Baxmann A, Sampaio LR, Cuppari L. Avaliação nutricional. In: Cuppari L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. Barueri: Manole; 2005. p. 89-115.
24. Chumlea WC, Guo S. Equations for predicting stature in white and black elderly individuals. *J Gerontol* 1992; 47(6): M197-203.
25. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21(1): 55-67.
26. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 21.
27. Johansson H, Stenlund H, Lundström L, Weinehall L. Reorientation to more health promotion in health services: a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *J Multidiscip Healthc* 2010; 3: 213-24.
28. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
29. Florindo AA, Mielke GI, Gomes GAO, Ramos LR, Bracco MM, Parra DC, et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC Public Health* 2013; 13: 794.
30. Hinrichs T, Moschny A, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Thiem U, Platen P. General practitioner advice on physical activity: analyses in a cohort of older primary health care patients (getABI). *BMC Fam Pract* 2011; 12: 26.
31. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saude Pública* 2007; 23(10): 2467-78.
32. Lopes ACS, Toledo MTT, Câmara AMCS, Menzel HJK, Santos LC. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23(3): 305-16.

Recebido em: 23/03/2015

Versão final apresentada em: 02/09/2015

Aprovado em: 22/09/2015