

Recebimento de orientação sobre consumo de sal, açúcar e gorduras em adultos: um estudo de base nacional

Advice for salt, sugar and fat intake habits among adults: a national-based study

Suele Manjourany Silva^I

Luiz Augusto Facchini^I

Elaine Tomasi^I

Roberto Piccini^{II}

Elaine Thumé^{III}

Denise Silva da Silveira^{II}

Fernando Vinholes Siqueira^{IV}

Alitéia Santiago Dilélio^I

Bruno Pereira Nunes^I

Mirelle de Oliveira Saes^V

^IPrograma de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

^{II}Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

^{III}Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

^{IV}Faculdade de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

^VPrograma de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande (RS), Brasil.

Correspondência: Suele Manjourany Silva. Departamento de Medicina Social. Avenida Duque de Caxias, 250, CEP: 96030-000, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: sumanjou@gmail.com

Fonte de financiamento: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Processo no 25000.222781/2007-05.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Resumo

Introdução: A alimentação saudável é amplamente reconhecida como uma importante estratégia para promoção da saúde e também como parte essencial da terapia não farmacológica de diversos agravos à saúde.

Objetivo: Investigar o recebimento de orientação para ingestão de pouco sal, açúcar e gorduras na população adulta do Brasil.

Metodologia: Estudo transversal, de base nacional, com 12.402 adultos entrevistados em 100 cidades brasileiras.

Resultados: A orientação mais prevalente foi para ingestão de pouca gordura (38%), seguida das orientações para ingestão de pouco sal (36%) e açúcar (29%). O perfil de recebimento das diferentes orientações foi bastante similar e foi mais frequente entre mulheres, mais velhos, com companheiro, de nível econômico mais elevado, ex-tabagistas, ativos e portadores de hipertensão arterial, diabetes e excesso de peso. Indivíduos de cor da pele branca receberam mais orientação, com exceção da orientação para ingestão de pouco sal.

Conclusão: A orientação é pouco realizada, configurando uma oportunidade perdida de prevenção à saúde. Embora a orientação alimentar não deva ser entendida apenas como a transmissão de orientações sobre alguns nutrientes, é importante o desenvolvimento de ações visando à qualificação de serviços e profissionais de saúde, para que a população tenha à disposição informações qualificadas sobre os benefícios de se ter hábitos saudáveis de vida.

Palavras-chave: Orientação. Alimentação. Comportamentos saudáveis. Estudos transversais. Atenção primária à saúde. Promoção da saúde.

Abstract

Introduction: A healthy diet is recognized as an important strategy for promoting health as an essential part of non-pharmacological therapy of various health problems. **Objective:** To analyze the reported advice for the intake of salt, sugar and fat for the Brazilian adults living in urban areas. **Methodology:** National-based cross-sectional study with 12,402 adults interviewed in 100 Brazilian cities. **Results:** The most prevalent advice was to low fat intake (38%), followed by the advice to low salt and sugar intake (36%) and sugar (29%). The percentage of receiving different advice was similar and more common among women, older people, those with a partner, higher economic class, former smokers, active and in person with physician diagnoses of hypertension, diabetes and overweight. People with white skin color received more advice to eat healthy food, except for the orientation to low salt intake. **Conclusion:** The results show a low prevalence of advice, which configures a missed opportunity to prevent health problems. Although dietary counseling should not be understood only as the transmission of advice regarding some nutrients, it is important to develop actions in order to qualify services and health professionals, allowing the population to have access to qualified information about the benefits of having healthy lifestyles.

Keywords: Orientation. Feeding. Healthy behavior. Cross-sectional studies. Primary health care. Health promotion.

Introdução

A alimentação saudável é amplamente reconhecida como uma importante estratégia para promoção da saúde e também como parte essencial da terapia não farmacológica de diversos agravos à saúde¹.

Diversos estudos evidenciam que a orientação para uma alimentação saudável é de fundamental importância para indivíduos livres de doença, pois poderia diminuir a incidência dos principais fatores de risco de problemas como hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes e obesidade. Entretanto, os benefícios da orientação também são relevantes para indivíduos já acometidos por esses agravos, objetivando uma evolução mais favorável do problema².

A Política Nacional de Promoção da Saúde prevê acesso universal à informação sobre hábitos saudáveis de vida mediante recomendações, campanhas, programas, mensagens, alertas e monitoramento por parte de profissionais da saúde, da mídia e de professores³. Porém, profissionais de saúde em geral, principalmente os que atuam na atenção primária à saúde, por terem contato direto com pacientes com risco elevado de doenças e agravos não transmissíveis, têm um papel de extrema importância na promoção de um estilo de vida saudável^{1,4}.

Em sintonia com os propósitos de promoção da saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição foi criada com o objetivo de melhorar as condições de nutrição da população brasileira, promovendo, dentre diversas ações, práticas alimentares adequadas e saudáveis⁵. Para tanto, foi elaborado o Guia Alimentar para a População Brasileira para divulgação da alimentação e da adoção de modos de vida saudáveis visando à prevenção e ao controle das doenças crônicas não transmissíveis e das deficiências nutricionais⁶.

Quanto ao recebimento de orientação, um estudo realizado nos Estados Unidos detectou, em pacientes recém-saídos da consulta, que a orientação nutricional ocorreu em 24% das consultas; dessas, 17% foram por problemas agudos, 30% por doenças crônicas e 41% por medidas preventivas e profiláticas. O tempo médio dessas orientações foi de

cinco minutos⁷. Em outro estudo, realizado no mesmo país, 55% dos médicos entrevistados referiu orientar seus pacientes sobre alimentação saudável⁸.

Estudo transversal de base nacional realizado em pacientes americanos encontrou prevalência de 70% de orientação sobre alimentação⁹. Estudo com indivíduos obesos que consultaram um médico nos 12 meses anteriores à entrevista encontrou uma prevalência de apenas 39% de recebimento de orientação para perda de peso. Além disso, somente 64% daqueles aconselhados receberam orientação para a mudança de dieta, configurando como uma grande oportunidade perdida¹⁰.

As evidências apontam que a população recebe relativamente pouca informação sobre os benefícios de uma alimentação saudável¹¹ e que são escassos os estudos de base nacional que avaliam a prevalência do recebimento desse tipo de orientação na população brasileira.

A orientação alimentar não deve ser compreendida apenas como transferência de informações para redução do consumo de alguns nutrientes ou alimentos específicos⁵. Entretanto, considerando a recomendação da sexta diretriz do Guia Alimentar da População Brasileira⁶, o presente estudo teve como foco examinar o recebimento de orientação sobre o consumo de sal, açúcar e gorduras na população adulta brasileira, residente em áreas urbanas.

Metodologia

Entre os meses de agosto de 2008 e março de 2009, foi realizado um estudo com delineamento transversal em uma amostra de indivíduos adultos, entre 20 e 59 anos de idade, moradores da área urbana de 100 municípios das cinco regiões geopolíticas. O estudo sobre o recebimento de orientação para o consumo de pouco sal, açúcar e gorduras integra o projeto "AQUARES", que objetivou avaliar o acesso, a utilização e a qualidade da rede de atenção à saúde no Brasil.

Para localização da amostra representativa da população adulta brasileira, foi realizado um processo complexo em múltiplos níveis, considerando o tamanho da população, os setores censitários e os domicílios. Os municípios e

os setores censitários urbanos foram selecionados pela divisão territorial utilizando a malha oficial do Censo Populacional do ano 2000¹². Após ordenar segundo o tamanho da população, os municípios foram aleatoriamente selecionados, e os setores censitários igualmente foram sorteados de acordo com a proporção de setores válidos e o tamanho da população. Em cada um dos 638 setores selecionados, 10 domicílios eram visitados, seguindo um "salto" sistemático entre as residências, esperando-se encontrar 17 adultos por setor¹³. Todos os adultos residentes nos domicílios selecionados foram elegíveis para as entrevistas.

A coleta de dados foi realizada com um questionário eletrônico em *Personal Digital Assistant* (PDA) por 55 entrevistadores treinados. O controle de qualidade foi realizado por supervisores do trabalho de campo, mediante revisita e aplicação de um questionário reduzido para 5% dos entrevistados, com um intervalo máximo de três dias após a entrevista inicial. Com a amostra final de 12.402 adultos, a margem de erro para a prevalência de recebimento de orientações foi de, em média, 0,9 pontos percentuais.

Definiu-se como orientação alimentar a referência ao recebimento de orientação para a ingestão de pouco sal, açúcar e gordura por parte de algum profissional durante contato com um serviço de saúde ou por meio da mídia. Os temas em questão foram estudados com um conjunto mais amplo de recomendações sobre a adoção de comportamentos saudáveis expressas por diferentes agentes sociais, veículos e formatos, incluindo, dentre outros, os meios de comunicação de massa, academias, clubes e serviços de saúde.

O questionário utilizado no estudo foi padronizado e pré-testado. As perguntas a seguir demonstram a sequência de questionamentos referentes ao consumo de sal: "O Sr(a). recebeu orientação para comer pouco sal desde <MÊS> do ano passado até agora?". Todos os indivíduos que responderam positivamente a essa questão foram inquiridos sobre: "Onde foi que o Sr(a). recebeu orientação para comer pouco sal desde <MÊS> do ano passado até agora?", "Quem deu esta orientação para comer pouco sal desde <MÊS> do ano passado até agora?" e

“Esta orientação desde <MÊS> do ano passado até agora lhe ajudou a comer com pouco sal?” As questões para investigar o recebimento de orientação para ingestão de pouco açúcar e gordura seguiram o mesmo padrão.

As variáveis independentes incluídas na análise foram: sexo; idade (20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos); cor da pele referida pelo entrevistado e categorizada em branca, parda (composta pelas categorias parda, morena, mulata e mestiça), preta e outra (composta pelas cores amarela e indígena); situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro); nível econômico (Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa)¹⁴, categorizado em A/B (mais ricos), C e D/E; tabagismo categorizado em nunca (aqueles que nunca fumaram), ex-tabagistas e atual (aqueles que fumam mais de um cigarro por dia há mais de um mês); sedentarismo no lazer (obtido a partir do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ)¹⁵, categorizado em sedentário (indivíduos com menos de 150 minutos por semana de prática de atividade física) e ativo; hipertensão arterial sistêmica e diabete *mellitus*, obtidas pelo questionamento sobre o recebimento de diagnóstico médico desses problemas; e excesso de peso, obtido por referência a esse problema nos 12 meses anteriores à entrevista.

A análise descritiva incluiu cálculos de proporções dos diferentes desfechos com as variáveis independentes. Foi verificado o local de recebimento e quem forneceu cada uma das orientações (Tabelas 1 e 2). Para as análises bruta e ajustada, utilizou-se como desfecho o recebimento de cada uma das diferentes orientações em serviços de saúde, sendo excluídos a mídia e os outros locais de recebimento (Tabela 3). Optou-se por essa estratégia para delimitar o desfecho, tornando a análise mais precisa, e também pela grande proporção de orientações recebidas no serviço de saúde.

Estimou-se a razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC95%) por regressão de Poisson com variância robusta em razão da facilidade de interpretação dos resultados com a medida de efeito obtida¹⁶.

Tanto na análise bruta quanto na ajustada a significância foi avaliada pelo teste de Wald para heterogeneidade e, quando adequado, teste de Wald para tendência linear. Para todas as análises foi levado em conta o efeito de delineamento.

Um modelo hierárquico em três níveis orientou a ordem de entrada das variáveis no modelo ajustado. No primeiro nível, como determinante distal, foram incluídas as variáveis sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e nível econômico; no segundo, tabagismo e sedentarismo; e no terceiro, como determinante proximal, os problemas de saúde selecionados — hipertensão arterial, diabetes e excesso de peso. O ajuste foi feito para todas as variáveis do mesmo nível hierárquico e aquelas de níveis superiores. Manteve-se no modelo as variáveis com valor $p \leq 0,20$, para controle de fatores de confusão. Para todas as análises foi adotado um nível de significância de 5%. As análises foram conduzidas no programa *Stata 11.0*.

O estudo foi submetido e aprovado, em 23 de novembro de 2007, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Ofício número 152/07. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes de dar início às entrevistas. Foram resguardados o direito de não participação na pesquisa e o sigilo acerca das informações obtidas.

Resultados

Durante o trabalho de campo, foram identificados 13.756 adultos elegíveis para o estudo, sendo entrevistados 12.402, contabilizando 8% (1.101) de perdas e 2% (275) de recusas. Os efeitos de delineamento para os diferentes desfechos foram: para ingestão de pouco sal — 1,37, para ingestão de pouco açúcar — 1,65; e para ingestão de pouca gordura — 1,53.

Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (55,0%), com idade entre 20 e 39 anos (57,0%), de cor da pele parda (52,9%), morava com companheiro (64,1%), encontrava-se no nível econômico C (51,5%), nunca

Tabela 1 - Distribuição das características populacionais e prevalência do recebimento de orientações para ingestão de pouco sal, açúcar e gordura. Brasil, 2009 (n = 12.402).

Table 1 - Distribution of population characteristics and prevalence of advice to low salt, sugar and fat intake. Brazil, 2009 (n = 12,402).

Variável	Total		Sal* (%)	Açúcar* (%)	Gordura* (%)
	n	%			
Sexo					
Masculino	5.574	45,0	32,2	24,8	32,6
Feminino	6.828	55,0	39,6	31,8	42,7
Idade (anos)					
20 a 29	3.938	31,8	26,5	22,2	28,9
30 a 39	3.114	25,2	34,2	26,8	35,7
40 a 49	2.958	23,9	40,4	31,6	42,5
50 a 59	2.361	19,1	50,3	38,3	51,7
Cor da pele					
Branca	4.752	39,7	38,1	31,2	41,0
Parda	6.355	52,9	34,0	26,1	35,5
Preta	770	6,4	42,1	31,0	42,4
Outra	102	1,0	28,0	26,0	35,0
Situação conjugal					
Sem companheiro	4.454	35,9	30,3	24,8	32,9
Com companheiro	7.939	64,1	39,6	30,8	41,1
Nível econômico					
A/B (maior)	3.302	28,3	45,9	39,9	48,7
C	6.013	51,5	34,6	25,9	36,1
D/E	2.359	20,2	27,9	20,3	29,1
Tabagismo					
Nunca	7.816	63,2	36,4	29,7	38,7
Ex-tabagista	1.985	16,0	43,4	34,0	45,8
Sim	2.575	20,8	30,1	21,2	30,4
Sedentarismo					
Não	2.147	17,5	39,8	35,6	44,1
Sim	10.156	82,5	35,5	27,2	36,9
HAS					
Não	10.320	83,7	29,0	25,1	32,3
Sim	2.004	16,3	73,3	47,0	68,3
Diabetes					
Não	11.904	96,4	34,9	26,8	36,7
Sim	440	3,6	72,0	78,1	77,5
Excesso de peso					
Não	10.185	82,5	32,5	25,3	34,0
Sim	2.161	17,5	53,9	44,2	57,5
Total	12.402	100,0	36,3	28,7	38,2

*Ingestão de pouco (a); HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

*Low intake; HAS: Systemic Arterial Hypertension.

Tabela 2 - Características das orientações recebidas. Brasil, 2009 (n = 12.402).

Table 2 - Characteristics of advice. Brazil, 2009 (n = 12,402).

Orientação	Sal*		Açúcar*		Gordura*	
	n	%	n	%	n	%
Onde recebeu a orientação						
Unidade básica de saúde	1.618	36,3	1.125	32,0	1.605	34,3
Ambulatórios públicos	568	12,7	423	11,9	611	13,1
Consultório por convênio	860	19,3	782	22,2	995	21,2
Consultório particular	363	8,2	302	8,6	397	8,5
Mídia	1.179	26,5	948	26,9	1.235	26,4
Outro local	1.040	23,4	859	24,4	1.036	22,1
Quem forneceu a orientação						
Médico	3.251	73,0	2.470	70,2	3.396	72,5
Enfermeiro	334	7,5	237	6,7	303	6,5
Nutricionista	322	7,2	351	10,0	399	8,5
Amigos/parentes	343	7,7	664	18,9	796	17,0
Outros	1.078	24,2	267	7,6	322	6,9
Orientação ajudou	3.845	86,4	2.920	82,9	4.011	85,6
Recebimento de orientação por profissional de saúde	3.227	26,2	2.472	19,9	3.430	27,7

*Ingestão de pouco (a).

*Low intake.

Tabela 3 - Análise bruta e ajustada do recebimento de orientação por profissional da saúde para ingestão de pouco sal, açúcar e gordura, segundo características populacionais. Brasil, 2009 (n = 12.402).

Table 3 - Crude and adjusted analyses of advice from health professional to low salt, sugar and fat intake according to population characteristics. Brazil, 2009 (n = 12,402).

Variável	Ingestão de pouco sal			Ingestão de pouco açúcar			Ingestão de pouca gordura		
	P (%)	Bruta	Ajustada	P (%)	Bruta	Ajustada	P (%)	Bruta	Ajustada
		RP (IC95%)	RP (IC95%)		RP (IC95%)	RP (IC95%)		RP (IC95%)	RP (IC95%)
Sexo*		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****
Masculino	21,4	1,00	1,00	15,8	1,00	1,00	21,8	1,00	1,00
Feminino	29,8	1,39 (1,31 – 1,48)	1,41 (1,33 – 1,51)	23,3	1,48 (1,38 – 1,59)	1,52 (1,41 – 1,64)	32,5	1,49 (1,41 – 1,58)	1,53 (1,44 – 1,62)
Idade (anos)*		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****
20 a 29	15,4	1,00	1,00	12,5	1,00	1,00	17,2	1,00	1,00
30 a 39	23,1	1,50 (1,36 – 1,66)	1,43 (1,29-1,59)	17,5	1,40 (1,26 – 1,56)	1,34 (1,19 – 1,50)	24,6	1,43 (1,31 – 1,56)	1,36 (1,24 – 1,49)
40 a 49	30,4	1,98 (1,80 – 2,17)	1,89 (1,29 – 1,59)	23,2	1,85 (1,67 – 2,06)	1,75 (1,56 – 1,96)	32,0	1,86 (1,70 – 2,03)	1,78 (1,62 – 1,95)
50 a 59	42,2	2,74 (2,51 – 3,00)	2,67 (1,70 – 2,09)	31,6	2,53 (2,28 – 2,80)	2,42 (2,17 – 2,70)	44,0	2,56 (2,35 – 2,78)	2,47 (2,26 – 2,70)
Cor da pele*		< 0,001****	0,001****		< 0,001****	0,03****		< 0,001****	0,003****
Branca	27,1	1,08 (1,02 – 1,16)	0,97 (0,90 – 1,03)	22,3	1,23 (1,14 – 1,33)	1,05 (0,97 – 1,14)	30,3	1,17 (1,10 – 1,25)	1,04 (0,97 – 1,11)
Parda	25,0	1,00	1,00	18,1	1,00	1,00	25,8	1,00	1,00
Preta	30,3	1,21 (1,07 – 1,36)	1,17 (1,04 – 1,32)	21,8	1,21 (1,04 – 1,40)	1,15 (0,99 – 1,35)	31,0	1,20 (1,08 – 1,35)	1,14 (1,01 – 1,27)
Outra	16,7	0,67 (0,43 – 1,02)	0,57 (0,37 – 0,87)	11,8	0,65 (0,38 – 1,10)	0,57 (0,35 – 0,93)	17,8	0,68 (0,46 – 1,02)	0,58 (0,39 – 0,86)
Situação conjugal*		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****
Sem companheiro	19,7	1,00	1,00	15,2	1,00	1,00	21,9	1,00	1,00
Com companheiro	29,6	1,51 (1,40 – 1,62)	1,30 (1,21 – 1,40)	22,6	1,49 (1,37 – 1,62)	1,32 (1,21 – 1,44)	30,9	1,41 (1,31 – 1,51)	1,26 (1,18 – 1,36)
Nível econômico*		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****
A/B (maior)	32,8	1,51 (1,38 – 1,67)	1,48 (1,34 – 1,64)	28,3	1,87 (1,65 – 2,12)	1,81 (1,59 – 2,06)	35,3	1,54 (1,40 – 1,69)	1,47 (1,34 – 1,63)
C	24,5	1,13 (1,03 – 1,24)	1,15 (1,05 – 1,27)	17,5	1,16 (1,02 – 1,31)	1,17 (1,03 – 1,33)	25,6	1,11 (1,01 – 1,23)	1,12 (1,02 – 1,23)
D/E	21,7	1,00	1,00	15,1	1,00	1,00	23,0	1,00	1,00
Tabagismo**		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****
Nunca	25,8	1,17 (1,08 – 1,28)	1,16 (1,06 – 1,26)	20,3	1,39 (1,25 – 1,53)	1,31 (1,18 – 1,47)	27,5	1,24 (1,14 – 1,35)	1,20 (1,10 – 1,30)
Ex-tabagista	32,6	1,49 (1,34 – 1,64)	1,25 (1,13 – 1,38)	25,3	1,72 (1,52 – 1,95)	1,45 (1,28 – 1,65)	35,8	1,62 (1,47 – 1,78)	1,38 (1,25 – 1,52)
Atual	21,9	1,00	1,00	14,7	1,00	1,00	22,1	1,00	1,00
Sedentarismo**		0,02****	0,04****		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****
Não	28,0	1,09 (1,01 – 1,18)	1,08 (1,00 – 1,16)	24,5	1,29 (1,18 – 1,41)	1,22 (1,12 – 1,33)	31,4	1,17 (1,09 – 1,26)	1,15 (1,07 – 1,24)

Continua...
Continua...

Tabela 3 - Continuação.

Table 3 - Continuation.

Variável	Ingestão de pouco sal			Ingestão de pouco açúcar			Ingestão de pouca gordura		
	P (%)	Bruta	Ajustada	P (%)	Bruta	Ajustada	P (%)	Bruta	Ajustada
		RP	RP		RP	RP		RP	
		(IC95%)	(IC95%)		(IC95%)	(IC95%)		(IC95%)	(IC95%)
Sim	25,6	1,00	1,00	19,0	1,00	1,00	26,9	1,00	1,00
HAS***		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****		< 0,001****	< 0,001****
Não	18,0	1,00	1,00	15,6	1,00	1,00	20,9	1,00	1,00
Diabetes***		3,75	2,87		2,73	1,81		3,00	2,21
Sim	67,5	(3,55 – 3,97)	(2,69 – 3,06)	42,5	(2,54 – 2,92)	(1,67 – 1,96)	62,7	(2,84 – 3,17)	(2,08 – 2,35)
Não	24,6	1,00	1,00	18,0	1,00	1,00	26,0	1,00	1,00
Excesso de peso***		2,73	1,46		4,15	2,66		2,83	1,67
Sim	67,1	(2,53 – 2,94)	(1,34 – 1,58)	74,8	(3,87 – 4,48)	(2,43 – 2,91)	73,6	(2,65 – 3,03)	(1,54 – 1,80)
Não	22,6	1,00	1,00	16,7	1,00	1,00	23,8	1,00	1,00
Sim	42,3	1,87	1,32	35,1	2,10	1,54	46,0	1,94	1,41
		(1,75 – 2,00)	(1,24 – 1,40)		(1,93 – 2,27)	(1,42 – 1,66)		(1,82 – 2,06)	(1,33 – 1,50)

*Primeiro nível hierárquico; **Segundo nível hierárquico; ***Terceiro nível hierárquico; ****Valor p de heterogeneidade; *****Valor p de tendência linear; P: Prevalência; RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

*First hierarchical level; **Second level hierarchical; ***Third hierarchical level; ****Heterogeneity p-value; *****Trend p-value; P: Prevalence; RP: Prevalence Ratio; IC95%: Confidence interval of 95%.

havia fumado (63,2%), tinha IMC $\geq 25,0$ kg/m² (50,5%) e era sedentária (82,5%). Quanto a problemas crônicos de saúde, 16,3% relatou ter diagnóstico médico de hipertensão arterial, 3,6% de diabetes e 17,5% de excesso de peso nos 12 meses anteriores à entrevista.

A orientação mais referida pela amostra foi para ingestão de pouca gordura (38,2%), seguida da ingestão de pouco sal (36,3%) e açúcar (28,7%). O perfil de recebimento foi similar entre as diferentes orientações. As maiores prevalências foram observadas em mulheres, indivíduos mais velhos, com companheiro, de nível econômico mais elevado, ex-tabagistas, fisicamente ativos e portadores dos problemas crônicos selecionados — hipertensão arterial, diabetes e excesso de peso. Entretanto, a variável cor da pele diferiu entre as diferentes orientações; as orientações referentes à ingestão de pouco sal e gordura foram mais prevalentes entre os indivíduos de cor preta, e as proporções de pretos e brancos que receberam orientação referente ao consumo de açúcar foi bastante similar (Tabela 1). Cabe destacar que indivíduos de cor da pele preta apresentaram prevalências significativamente maiores de excesso de peso e hipertensão arterial em comparação aos demais (dados não apresentados). Quando avaliamos o local de

recebimento das orientações, quem as forneceu e se as orientações contribuíram para a tentativa de seguir as recomendações, o padrão também foi muito similar entre as orientações. Mais de 30,0% recebeu as orientações em Unidades Básicas de Saúde, aproximadamente 72,0% foi orientado por médico e, na percepção de mais de 81,0% dos entrevistados, as orientações recebidas colaboraram para a tentativa de manter uma alimentação mais saudável (Tabela 2).

A seguir, destacam-se os fatores associados na análise ajustada de recebimento das diferentes orientações, conforme o modelo hierárquico. As orientações foram mais frequentes para as mulheres ($p < 0,001$) e cresceram linearmente com a idade dos entrevistados ($p < 0,001$), independentemente do tipo de orientação. Indivíduos de cor da pele preta referiram significativamente mais orientação quando comparados com os de cor parda ($p < 0,001$). Entre os indivíduos casados ou com companheiro, observou-se maior recebimento de orientações ($p < 0,001$). Houve uma tendência linear de aumento do recebimento de orientação conforme o aumento do nível econômico dos indivíduos ($p < 0,001$). Os ex-tabagistas referiram significativamente

mais o recebimento das diferentes orientações, com exceção da orientação para ingestão de pouco açúcar, em que os indivíduos que nunca fumaram foram os mais orientados ($p < 0,001$). Os indivíduos fisicamente ativos, portadores de hipertensão arterial, diabetes e excesso de peso referiram significativamente mais recebimento dos diferentes tipos de orientação (Tabela 3).

Discussão

A prevalência de recebimento de orientação, para o conjunto da amostra, foi de 38,2% para ingestão de pouca gordura, 36,3% para sal e 28,7% para açúcar. As prevalências de orientação na amostra brasileira foram similares àquelas encontradas em estudos realizados nos Estados Unidos e na Finlândia^{7,17-19}.

O local mais frequente de recebimento de orientações foi a unidade básica de saúde, independentemente da orientação recebida. Os motivos da procura por atendimento podem ser dos mais variados, tanto para tratamento de um problema percebido recentemente ou instalado há mais tempo quanto preventivo, decorrente da percepção do indivíduo. Em todas as situações, uma orientação abrangente é desejável, evitando a perda de uma importante oportunidade para o tratamento e a prevenção de doenças e para a promoção da saúde³.

Cabe destacar a elevada proporção de orientação atribuída à mídia (26,5%). Esse achado demonstra a importante potencialidade dos meios de comunicação no fornecimento de informações para a população, principalmente pela grande abrangência dessa abordagem. Uma revisão de literatura concluiu que as campanhas veiculadas em meios de comunicação podem produzir mudanças positivas em comportamentos relacionados à saúde em grandes populações²⁰. Outro aspecto importante é a ampla participação dos meios de comunicação de massa na difusão de campanhas, mensagens e recomendações patrocinadas por instituições governamentais e da sociedade civil, a fim de promover comportamentos saudáveis²¹.

Os médicos foram os principais responsáveis pela orientação da população estudada, independentemente da presença de problemas

crônicos de saúde. A orientação por parte de profissionais de saúde, particularmente de médicos, se relaciona com o grau de conhecimento do profissional sobre o assunto. As atitudes e habilidades do profissional de saúde diante da orientação de hábitos saudáveis também podem estar relacionadas à sua formação e ao perfil de usuários que comumente atende. Nesse caso, profissionais que lidam com pessoas com problemas crônicos de saúde podem estar mais conscientes da necessidade de recomendar a adoção de um estilo de vida saudável em seus atendimentos ou consultas^{22,23}.

O nutricionista foi o segundo profissional mais citado apesar de sua escassa presença na atenção primária brasileira. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de suprir essa e outras deficiências do sistema de saúde, focando no atendimento compartilhado para uma atenção interdisciplinar. Essa iniciativa promove a troca de experiências entre os profissionais envolvidos, priorizando a discussão de casos, a elaboração de projetos terapêuticos e orientações à população e aos profissionais da atenção primária²⁴.

Faz-se necessário ressaltar que a orientação a hábitos saudáveis é uma atribuição de todos os profissionais que compõem a atenção primária à saúde³. Porém, tendo em vista que o local mais referido como fonte da orientação foi a unidade básica de saúde, a participação de outros profissionais comumente encontrados nas unidades de saúde, por exemplo, enfermeiros e odontólogos, foi bastante escassa.

O recebimento de orientações em serviços de saúde variou entre 19,9% para ingestão de pouco açúcar e 27,7% para ingestão de pouca gordura. Os fatores associados a maior recebimento das diferentes orientações foi bastante similar, com maior frequência em mulheres, indivíduos mais velhos, de cor da pele preta, com companheiro, de nível econômico mais elevado, ex-tabagistas e portadores dos problemas crônicos selecionados – hipertensão arterial, diabetes e excesso de peso. Esse perfil de uma amostra representativa da população brasileira coincide, em boa medida, com o observado em estudo realizado no Canadá,

que destacava maior probabilidade de receber orientação por parte de um profissional da saúde, em razão da idade dos indivíduos e da presença de problemas crônicos²⁵.

As evidências indicam que a utilização de serviços de saúde é socialmente determinada, afetando os padrões de recebimento de orientações²⁶. Independentemente das condições prévias de saúde, populações mais ricas tendem a utilizar mais serviços ambulatoriais e preventivos, a consumir mais medicamentos e a obter maiores informações sobre hábitos saudáveis, em comparação às mais pobres²⁷.

Vários estudos destacam uma utilização de serviços de atenção primária à saúde fortemente associada com a presença de alguma morbidade, em detrimento de ações preventivas e de educação em saúde^{22,23,26}. Os portadores de problemas crônicos estão mais expostos ao recebimento de orientação sobre hábitos saudáveis de vida por utilizarem mais regularmente os serviços de saúde²². Apesar de se evidenciar maior recebimento de orientações entre portadores de problemas crônicos, as prevalências identificadas estão ainda distantes do desejável, considerando sua relevância para o manejo dos problemas abordados.

Por outro lado, o recebimento de orientação foi marcadamente baixo entre os indivíduos “sadios”, ou seja, aqueles que não referiram a ocorrência dos problemas crônicos estudados. Esses resultados podem decorrer, em parte, da visão de que a adoção de comportamentos saudáveis é essencialmente uma responsabilidade individual, minimizando a participação proativa dos serviços de saúde em conflito com suas atribuições no âmbito da promoção da saúde^{28,29}.

Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de vida como desejáveis são socialmente determinados e, assim, responsabilidade do conjunto da sociedade³. Nesse contexto, as orientações para a adoção de hábitos saudáveis de vida

deveriam ser fornecidas a todos os indivíduos, independentemente da presença de alguma morbidade crônica, tendo em vista suas contribuições para a prevenção e controle desses problemas^{10,28,29}.

Dentre os aspectos positivos deste estudo, destacam-se a sua abrangência, a amostra com representatividade nacional, a coleta de dados primários e a baixa taxa de não resposta. Em relação às limitações, pode-se ressaltar a ausência de caracterização de hipercolesterolemia como um problema de saúde, o fato de o estudo ser conduzido por meio de um delineamento transversal impossibilitando o estabelecimento de relações de causa e efeito, e a falta de caracterização do padrão de consumo de sal, açúcar e gordura dos indivíduos da amostra. A inclusão na amostra de todos os adultos de um mesmo domicílio pode, eventualmente, haver superestimado a participação de amigos e parentes como responsáveis pelas orientações avaliadas.

Conclusão

Com base no exposto, concluiu-se que a orientação é pouco realizada, principalmente para os indivíduos mais jovens, mais pobres e mais saudáveis, configurando uma oportunidade perdida de prevenção à saúde e conscientização da população. É de extrema importância o desenvolvimento de ações visando à qualificação de serviços e profissionais de saúde, conforme exposto na Política Nacional de Promoção da Saúde, para que toda a população seja orientada e tenha à disposição exaustivas informações sobre os benefícios de um estilo de vida saudável.

Acredita-se que ao investir em ações visando à melhoria da atenção primária à saúde, particularmente da Estratégia Saúde da Família, será possível melhorar a atenção aos mais pobres, promovendo maior equidade também nas ações de promoção da saúde, por exemplo, na orientação para hábitos saudáveis de vida.

Referências

1. Parekh S, Vandelanotte C, King D, Boyle FM. Improving diet, physical activity and other lifestyle behaviours using computer-tailored advice in general practice: a randomised controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9: 108.
2. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Atherosclerosis* 2004; 173(2): 381-91.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Milder IE, Blokstra A, de Groot J, van Dulmen S, Bemelmans WJ. Lifestyle counseling in hypertension-related visits-analysis of video-taped general practice visits. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 58.
5. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Eaton CB, Goodwin MA, Stange KC. Direct observation of nutrition counseling in community family practice. *Am J Prev Med* 2002; 23(3): 174-9.
8. Livaudais JC, Kaplan CP, Haas JS, Perez-Stable EJ, Stewart S, Des Jarlais G. Lifestyle behavior counseling for women patients among a sample of California physicians. *J Womens Health* 2005; 14(6): 485-95.
9. Lobo IE, Loeb DF, Ghushchyan V, Schauer IE, Huebschmann AG. Missed opportunities for providing low-fat dietary advice to people with diabetes. *Prev Chronic Dis* 2012; 9: E161.
10. Ko JY, Brown DR, Galuska DA, Zhang J, Blanck HM, Ainsworth BE. Weight loss advice US obese adults receive from health care professionals. *Prev Med* 2008; 47(6): 587-92.
11. Bell RA, Kravitz RL. Physician counseling for hypertension: what do doctors really do? *Patient Educ Couns* 2008; 72(1): 115-21.
12. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados populacionais, censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000 [cited 2012]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>.
13. Szwarcwald CL, Damascena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(Suppl. 1): 38-45.
14. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa - ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2008.
15. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom 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.
16. Barros A, Hirakata V. 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(1): 21.
17. Viera AJ, Kshirsagar AV, Hinderliter AL. Lifestyle modification advice for lowering or controlling high blood pressure: who's getting it? *J Clin Hypertens* 2007; 9(11): 850-8.
18. McAlpine DD, Wilson AR. Trends in obesity-related counseling in primary care: 1995-2004. *Med Care* 2007; 45(4): 322-9.
19. Korhonen M, Kastarinen M, Uusitupa M, Puska P, Nissinen A. The effect of intensified diet counseling on the diet of hypertensive subjects in primary health care: A 2-year open randomized controlled trial of lifestyle intervention against hypertension in eastern Finland. *Prev Med* 2003; 36(1): 8-16.
20. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behavior. *Lancet* 2010; 376(9748): 1261-71.
21. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011; 377(9782): 2042-53.
22. Dallongeville J, Banegas JR, Tubach F, Guallar E, Borghi C, De Backer G, et al. Survey of physicians' practices in the control of cardiovascular risk factors: the EURIKA study. *Eur J Prev Cardiol* 2012; 19(3): 541-50.
23. Bock C, Diehl K, Schneider S, Diehm C, Litaker D. Behavioral counseling for cardiovascular disease prevention in primary care settings: a systematic review of practice and associated factors. *Med Care Res Review* 2012; 69(5): 495-518.
24. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
25. Sinclair J, Lawson B, Burge F. Which patients receive advice on diet and exercise? Do certain characteristics affect whether they receive such advice? *Can Fam Physician* 2008; 54(3): 404-12.
26. Facchini L, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien e Saude Colet* 2006; 11(3): 669-81.
27. Andrade MV, Noronha K, Menezes RM, Souza MN, Reis CDB, Martins D, et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. REAP. 2013.
28. Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2008; 54(12): 1706-13.
29. Mellen PB, Palla SL, Goff DC Jr, Bonds DE. Prevalence of nutrition and exercise counseling for patients with hypertension. United States, 1999 to 2000. *J Gen Intern Med* 2004; 19(9): 917-24.

Recebido em: 21/03/13

Versão final apresentada em: 30/08/13

Aceito em: 28/10/13