

Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013

Recommendations and practice of healthy behaviors among patients with diagnosis and diabetes in Brazil: National Health Survey (PNS), 2013

Celia Landmann Szwarcwald^I, Paulo Roberto Borges de Souza Júnior^I, Giseli Nogueira Damacena^I, Wanessa da Silva de Almeida^I, Deborah Carvalho Malta^{II}, Sheila Rizzato Stopa^{II}, Maria Lúcia França Pontes Vieira^{III}, Cimar Azeredo Pereira^{III}

RESUMO: *Objetivo:* Analisar as recomendações relacionadas aos comportamentos saudáveis e a adoção das práticas recomendadas entre indivíduos hipertensos e diabéticos. *Métodos:* Foram analisadas recomendações relacionadas aos comportamentos saudáveis segundo local do último atendimento (atenção básica; outros estabelecimentos públicos; estabelecimentos do setor privado). Os efeitos de ter um diagnóstico de hipertensão ou diabetes sobre a adoção das práticas recomendadas foram analisados por modelos de regressão logística multivariada, usando sexo, idade, e grau de escolaridade como variáveis de controle, e os seguintes desfechos: uso atual de produtos de tabaco; prática regular de atividade física no lazer; consumo recomendado de hortaliças e frutas; percepção de baixo consumo de sal; consumo frequente de doces; consumo excessivo de álcool. *Resultados:* Aproximadamente, 88% dos hipertensos receberam recomendações de ter uma alimentação saudável, 91% de ingerir menos sal, 83% de praticar atividade física regular, e 76% de não fumar. Entre os diabéticos, todas as recomendações relacionadas à alimentação foram muito frequentes, 95% para o hábito de ter uma alimentação com frutas e hortaliças. O efeito de ter um diagnóstico de hipertensão foi significativo para o não uso de produtos de tabaco e percepção de baixo consumo de sal. O diagnóstico de diabetes influenciou principalmente o hábito de não consumir doces frequentemente. *Conclusão:* Evidenciou-se que os hipertensos e diabéticos dão prioridade a não usar hábitos nocivos à saúde do que adotar práticas que lhe trarão benefícios. É preciso promover não só os efeitos adversos dos hábitos nocivos, mas também os benefícios dos comportamentos saudáveis para o envelhecimento com qualidade.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Atenção primária à saúde. Comportamentos saudáveis. Promoção da saúde. Brasil.

^IInstituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{II}Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{III}Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Autor correspondente: Celia Landmann Szwarcwald. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil, 4365, ICICT sala 225. CEP: 21040-360. Rio de Janeiro, RJ, Brazil. E-mail: celia_ls@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Objective: To analyze healthy life style recommendations given in health care and the adoption of healthy behaviors among hypertension and diabetes patients. **Methods:** We analyzed the recommendations according to the place of the last health care visit (primary health care, other public facilities, and private health care facilities). The effects of having a diagnosis of hypertension or diabetes on the adoption of healthy practices were analyzed by multivariate logistic regression models, using sex, age, and educational level as control variables, and the following outcomes: current use of tobacco products; regular physical activity during leisure time; recommended intake of fruits and vegetables; perception of low salt intake; frequent consumption of sweets; and excessive alcohol consumption. **Results:** Approximately 88% of hypertension patients received recommendations to have a healthy diet, 91% to eat less salt, 83% to practice regular physical activity, and 76% to not to smoke. Among diabetic patients, all recommendations related to nutrition were very frequent, reaching 95% for the habit of having fruits and vegetables regularly. The effect of having a diagnosis of hypertension was significant for non-use of tobacco products and perception of low salt intake. The diagnosis of diabetes mainly influenced the habit of not consuming sweets often. **Conclusion:** Results evidenced that people with diagnosis of hypertension and diabetes give priority to not use (stop) harmful health behaviors than to adopt practices that will bring benefits to their health. It is necessary to promote not only the adverse effects of harmful habits, but also the benefits of healthy behaviors to aging well.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Primary health care. Healthy behaviors. Health promotion. Brazil

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento da população mundial¹ e as mudanças no perfil de morbimortalidade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a constituir o problema de saúde de maior relevância na maioria dos países, com parcela substancial da carga total de doenças atribuída à ocorrência das doenças crônicas entre as pessoas de 60 anos ou mais². De 1990 a 2010, enquanto os óbitos por doenças infecciosas e a mortalidade infantil diminuíram consideravelmente, as mortes por DCNT aumentaram, e, em 2010, representavam duas de cada três mortes ocorridas no mundo³.

No Brasil, as DCNT têm respondido, igualmente, por um número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e de lazer⁴. Estudos nacionais apontam que as DCNT são responsáveis por mais de 70% das mortes⁵ e por altas prevalências na população idosa⁶. Resultados do estudo de carga de doenças no Brasil mostraram, igualmente, a grande proporção de anos de vida perdidos por morte prematura devida às DCNT⁷.

Contudo, o risco de desenvolver uma doença crônica não transmissível pode ser significativamente reduzido pela adoção de comportamentos saudáveis, como praticar atividade física, ter uma alimentação saudável, abster-se do uso de produtos do tabaco, e evitar o consumo abusivo do álcool⁸⁻¹⁰. No contexto internacional, foram estabelecidas algumas estratégias para melhorar a saúde das populações e aumentar a qualidade de vida dos idosos¹¹. Além da promoção dos comportamentos saudáveis em todas as faixas de idade para

prevenir ou retardar o aparecimento das DCNT, é essencial, igualmente, reduzir as consequências dos agravos crônicos mediante a detecção precoce e o provimento de uma assistência de qualidade^{12,13}.

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990 representou uma importante mudança no padrão de organização dos serviços de saúde no país, sobretudo com o fortalecimento da atenção básica de saúde¹⁴. Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), foi estabelecido um direcionamento geográfico da atenção por meio de equipes de saúde da família nas áreas e subgrupos populacionais desfavorecidos socialmente¹⁵. A Estratégia de Saúde da Família é, hoje, considerada como a principal porta de entrada ao sistema de saúde¹⁶.

Entre as principais responsabilidades da atenção básica estão o controle da hipertensão e do diabetes. Entretanto, as ações de promoção da saúde foram implantadas na atenção primária apenas em 2006. Com o reconhecimento da ação preponderante dos determinantes sobre as condições de saúde e qualidade de vida, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi introduzida em meados da década passada e representou um marco na consolidação do sistema de saúde¹⁷. Entre as prioridades de ação encontram-se aspectos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, como as recomendações de alimentação saudável, de prática de atividade física, bem como de cessação do tabagismo e de uso abusivo de álcool¹⁸.

Utilizando-se os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, o objetivo deste estudo é analisar as recomendações dadas aos indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes em atendimentos de saúde por esses motivos, e investigar se as recomendações relacionadas aos estilos de vida saudáveis estão sendo adotadas por esses indivíduos.

MÉTODOS

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma pesquisa de âmbito nacional e base domiciliar, realizada em parceria do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em junho de 2013. O trabalho de campo foi realizado entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014.

A PNS faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE e, portanto, utiliza uma subamostra da Amostra Mestre do IBGE¹⁹, com a mesma estratificação das unidades primárias de seleção (UPAs), constituídas por um ou mais setores censitários. O plano amostral da PNS foi por conglomerados em três estágios de seleção (UPAs, domicílio, morador adulto). Em todos os estágios, utilizou-se amostra aleatória simples como método de seleção. No total, foram realizadas 60.202 entrevistas com o adulto selecionado no domicílio.

Em relação às DCNT, foram analisados os indivíduos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes. Entre esses, foi analisado o local do último atendimento, agregado como: atenção básica (unidade básica de saúde, no domicílio com médico da equipe de saúde da família – ESF); outros estabelecimentos públicos (centros de especialidades,

policlínicas públicas, unidades públicas de pronto atendimento, ambulatórios de hospitais públicos); estabelecimentos do setor privado.

Para pesquisar as recomendações feitas aos indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes e que tiveram algum atendimento médico por esses motivos, foram analisadas, respectivamente, as seguintes questões: “Em algum dos atendimentos por hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?” e “Em algum dos atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?”. Entre os indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial, as recomendações relacionadas aos comportamentos saudáveis foram: manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais); manter o peso adequado; ingerir menos sal; praticar atividade física regular; não fumar; não beber em excesso. Entre os diabéticos, substituiu-se “ingerir menos sal” por “diminuir o consumo de carboidratos”. As proporções de recomendações recebidas entre os hipertensos e diabéticos foram comparadas por local de atendimento.

Para análise dos comportamentos saudáveis, foram considerados os seguintes hábitos: tabagismo (usa/não usa algum produto de tabaco atualmente); atividade física no lazer (pratica/não pratica atividade física no lazer no nível recomendado – 150 minutos ou mais em atividades físicas leves/moderadas ou 75 minutos ou mais em atividades físicas vigorosas por semana); consumo recomendado de hortaliças e frutas (consome/não consome hortaliças e frutas pelo menos 5 vezes ao dia); percepção de consumo muito baixo/baixo de sal (refere muito baixo/baixo consumo de sal); consumo frequente de doces (consome/não consome doces em 5 dias da semana ou mais); consumo excessivo de álcool (consome/não consome bebida alcoólica em excesso – 15 doses ou mais entre homens e 8 doses ou mais entre mulheres por semana).

Com o objetivo de investigar a prática dos comportamentos saudáveis entre os indivíduos com diagnóstico de hipertensão e diabetes, foram utilizados modelos de regressão logística multivariada, tendo as seguintes variáveis resposta:

1. usa algum produto de tabaco atualmente;
2. pratica atividade física no lazer no nível recomendado;
3. consome 5 ou mais porções de hortaliças e frutas por dia;
4. tem consumo excessivo de álcool.

Para os hipertensos, incluiu-se a percepção de consumo baixo/muito baixo de sal, e para os diabéticos, o consumo frequente de doces. Com cada um dos desfechos, foram investigados os efeitos de ter um diagnóstico de hipertensão e de ter um diagnóstico de diabetes, controlados por sexo, idade e grau de escolaridade.

RESULTADOS

Na Pesquisa Nacional de Saúde, 21,4% dos indivíduos entrevistados referiram diagnóstico médico de hipertensão e 6,2% de diabetes.

Entre os que indivíduos que receberam assistência de saúde para hipertensão arterial, 46,8% tiveram o último atendimento em unidades básicas de saúde ou atendimento no domicílio por médico da equipe de saúde da família; 21,9% em outros estabelecimentos públicos; e 31,3% em estabelecimentos do setor privado. Padrão semelhante foi encontrado entre os indivíduos com diagnóstico de diabetes, com os seguintes percentuais; 48,3, 18,8 e 32,9, respectivamente.

As proporções de indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial que tiveram assistência médica por esse motivo e receberam recomendações relacionadas aos comportamentos saudáveis segundo o local de atendimento estão apresentadas na Tabela 1. Aproximadamente, 88% dos hipertensos receberam recomendações de ter uma alimentação saudável, 85% de manter o peso adequado, 91% de ingerir menos sal, 83% de praticar atividade física regular, 76% de não fumar, e 75% de não beber em excesso. As frequências percentuais de todas as recomendações relacionadas aos comportamentos saudáveis foram ligeiramente superiores nos estabelecimentos de saúde privados, quando comparados aos atendimentos na atenção básica de saúde, enquanto os menores percentuais foram encontrados em atendimentos em outros estabelecimentos públicos.

Na Tabela 2, estão apresentadas as proporções de recomendações relacionadas aos comportamentos saudáveis entre os indivíduos que receberam assistência de saúde para diabetes. A proporção de diabéticos que teve a recomendação de ter uma alimentação saudável foi de 95%, alcançando 96% nos atendimentos realizados na atenção básica. Igualmente, manter o peso adequado (92%) e diminuir o consumo de carboidratos (88%) foram frequentemente recomendados, com proporções ligeiramente maiores nos atendimentos da atenção básica do que nos atendimentos do setor privado. Na ordem de magnitude da frequência

Tabela 1. Proporção (%) de indivíduos que receberam recomendações relacionadas aos comportamentos saudáveis segundo local do último atendimento de saúde para hipertensão. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Recomendação	Local do último atendimento			
	Atenção básica	Outro Público	Privado	Total
Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	87,2	84,2	93,0	88,4
Manter o peso adequado	84,2	78,3	90,0	84,7
Ingerir menos sal	91,2	87,8	93,3	91,1
Praticar atividade física regular	80,0	76,2	88,3	81,8
Não fumar	75,4	72,2	80,1	76,2
Não beber em excesso	75,2	70,4	79,0	75,3
Tamanho de amostra*	5.366	2.504	3.585	11.455

*Número de indivíduos com diagnóstico de hipertensão e que tiveram pelo menos um atendimento médico para hipertensão arterial.

de recomendações, seguiram-se prática de atividade física regular (84%), não fumar (78%) e não beber em excesso (78%), sendo que os percentuais que correspondem a estas recomendações foram pouco maiores nos atendimentos do setor privado.

Os resultados dos modelos de regressão logística multivariados que investigam os efeitos de ter um diagnóstico de hipertensão sobre a prática dos comportamentos saudáveis estão na Tabela 3. Os modelos foram aplicados à amostra total da PNS (60.202 indivíduos). No que diz respeito ao desfecho “uso atual de tabaco”, os efeitos estatisticamente significativos, positivos para níveis baixos de escolaridade, e negativo para sexo, indicam que o uso mais frequente de produtos do tabaco está entre os indivíduos do sexo masculino e de menor escolaridade. Já o efeito negativo e significativo para hipertensão arterial indica que os indivíduos que têm diagnóstico desta doença usam com menor frequência produtos do tabaco, quando controlam-se os efeitos de idade, sexo, e grau de escolaridade.

No que se refere à atividade física no lazer em nível recomendado, a prática é significativamente mais frequente entre os indivíduos jovens do sexo masculino, com maior nível de escolaridade. Destaca-se que não houve efeito significativo da hipertensão arterial, isto é, a prática de atividade física regular não é significativamente mais frequente entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão (Tabela 3).

De acordo com os resultados apresentados, igualmente, na Tabela 3, o consumo recomendado de frutas e hortaliças mostrou-se associado à idade (quanto mais velho, maior a frequência de consumo), ao sexo feminino, e ao grau de escolaridade, com consumo menos frequente para os níveis mais baixos de escolaridade. O efeito de ter o diagnóstico de hipertensão arterial não foi estatisticamente significativo.

O uso excessivo de bebidas alcoólicas mostrou associações estatisticamente significativas com a idade e sexo (uso excessivo mais frequente entre jovens do sexo masculino), e com o

Tabela 2. Proporção (%) de indivíduos que receberam recomendações relacionadas aos comportamentos saudáveis segundo local do último atendimento de saúde para diabetes. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Recomendação	Local do último atendimento			
	Atenção básica	Outro Público	Privado	Total
Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	95,8	94,3	93,7	94,9
Manter o peso adequado	93,0	87,8	92,5	91,8
Praticar atividade física regular	84,4	79,1	86,1	83,9
Não fumar	77,7	75,6	80,7	78,3
Não beber em excesso	77,3	76,8	80,4	78,2
Diminuir o consumo de carboidratos	89,5	84,6	87,1	87,8
Tamanho de amostra*	1.571	612	1.072	3.255

*Número de indivíduos com diagnóstico de diabetes e que tiveram pelo menos um atendimento médico para diabetes.

Tabela 3. Efeitos de ter o diagnóstico de hipertensão arterial sobre os estilos de vida adotados, controlando-se por idade, sexo e grau de escolaridade. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Variáveis Independentes	$\beta^{\#}$	Exp(β)	Valor p
Desfecho: Uso atual de tabaco 1- Sim (n = 9.002); 0-Não (n = 51.200)			
Idade (n = 60.202)	0,002	1,002	NS*
Sexo			
Feminino (n = 31.845)	-0,608	0,544	< 0,001
Masculino (n = 28.357)	-	1	-
Grau de Escolaridade			
Fundamental Incompleto (n = 23.438)	0,946	2,575	< 0,001
Médio incompleto (n = 9.347)	0,692	1,997	< 0,001
Superior incompleto (n = 19.749)	0,164	1,178	NS*
Superior completo (n = 7.668)	-	1	-
Hipertensão			
Sim (n = 12.885)	-0,168	0,846	0,006
Não (n = 47.317)	-	1	-
Desfecho: Prática de atividade física no nível recomendado 1-Sim (n = 13.520); 0-Não (n = 46.682)			
Idade (n = 60.202)	-0,019	0,981	< 0,001
Sexo			
Feminino (n = 31.845)	-0,560	0,571	< 0,001
Masculino (n = 28.357)	-	1	-
Grau de Escolaridade			
Fundamental Incompleto (n = 23.438)	-1,443	0,236	< 0,001
Médio incompleto (n = 9.347)	-0,838	0,433	< 0,001
Superior incompleto (n = 19.749)	-0,563	0,570	< 0,001
Superior completo (n = 7.668)	-	1	-
Hipertensão			
Sim (n = 12.885)	0,015	1,015	NS*
Não (n = 47.317)	-	1	-
Desfecho: Consumo recomendado de frutas e hortaliças 1-Sim (n = 22.724); 0-Não (n = 37.478)			
Idade (n = 60.202)	0,008	1,008	< 0,001
Sexo			
Feminino (n = 31.845)	0,167	1,182	< 0,001
Masculino (n = 28.357)	-	1	-

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Variáveis Independentes	$\beta^{\#}$	Exp(β)	Valor p
Desfecho: Consumo recomendado de frutas e hortaliças 1-Sim (n = 22.724); 0-Não (n = 37.478)			
Grau de Escolaridade			
Fundamental Incompleto (n = 23.438)	-0,596	0,551	< 0,001
Médio incompleto (n = 9.347)	-0,362	0,696	< 0,001
Superior incompleto (n = 19.749)	-0,175	0,839	0,001
Superior completo (n = 7.668)	-	1	-
Hipertensão			
Sim (n = 12.885)	0,056	1,057	NS*
Não (n = 47.317)	-	1	-
Desfecho: Consumo excessivo de bebidas alcoólicas 1- Sim (n = 3.679); 0-Não (n = 56.523)			
Idade (n = 60.202)	-0,025	0,975	< 0,001
Sexo			
Feminino (n = 31.845)	-0,937	0,392	< 0,001
Masculino (n = 28.357)	-	1	-
Grau de Escolaridade			
Fundamental Incompleto (n = 23.438)	0,227	1,255	0,040
Médio incompleto (n = 9.347)	0,137	1,146	NS*
Superior incompleto (n = 19.749)	-0,006	0,994	NS*
Superior completo (n = 7.668)	-	1	-
Hipertensão			
Sim (n = 12.885)	0,061	1,063	NS*
Não (n = 47.317)	-	1	-
Desfecho: Percepção de consumo muito baixo/baixo de sal 1- Sim (n = 15.242); 0-Não (n = 44.960)			
Idade (n = 60.202)	0,021	1,022	< 0,001
Sexo			
Feminino (n = 31.845)	0,370	1,447	< 0,001
Masculino (n = 28.357)	-	1	-
Grau de Escolaridade			
Fundamental Incompleto (n = 23.438)	0,417	1,518	< 0,001
Médio incompleto (n = 9.347)	0,113	1,120	NS*
Superior incompleto (n = 19.749)	0,100	1,105	NS*
Superior completo (n = 7.668)	-	1	-
Hipertensão			
Sim (n = 12.885)	0,565	1,760	< 0,001
Não (n = 47.317)	-	1	-

*Coeficientes do modelo de regressão logística. *Não significativo ao nível de 5%.

nível mais baixo de escolaridade (fundamental incompleto). Não houve efeito significativo de ter diagnóstico de hipertensão arterial.

Quando se analisa a percepção de baixo consumo de sal, as pessoas mais velhas, do sexo feminino, e de menor escolaridade têm percepção mais frequente de pouco consumo de sal. Após o controle destas variáveis, o efeito de diagnóstico de hipertensão arterial foi positivo e altamente significativo ($p < 0,001$).

Análise similar foi realizada com a amostra total de indivíduos entrevistados na PNS (60.202 indivíduos) para investigar os efeitos de ter o diagnóstico de diabetes sobre a adoção dos comportamentos saudáveis (Tabela 4). Os efeitos de idade, sexo e grau de escolaridade para os desfechos “uso atual de produtos de tabaco”, “prática de atividade física no lazer”, “consumo recomendado de frutas e hortaliças”, “consumo excessivo de bebidas alcoólicas” foram semelhantes e mantiveram o mesmo sentido das associações encontradas anteriormente. Igualmente, o fato de ter um diagnóstico de diabetes influenciou significativamente apenas o “uso atual de tabaco”.

Em relação ao consumo de doces em 5 dias da semana ou mais, o hábito foi associado às mulheres mais jovens e de maior escolaridade, e o efeito de ter o diagnóstico de diabetes foi negativo e altamente significativo ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

No presente trabalho, foram utilizadas as informações da PNS, para investigar dois aspectos diferentes das atividades de promoção da saúde relacionadas à prevenção das DCNT. No primeiro plano, pesquisou-se a ocorrência das recomendações sobre os comportamentos saudáveis nos atendimentos de saúde a indivíduos com hipertensão e diabetes. No segundo, investigou-se a influência de ter um diagnóstico de hipertensão arterial ou diabetes sobre a adoção dos comportamentos saudáveis.

No que se refere às recomendações relacionadas aos comportamentos saudáveis nos atendimentos de saúde, os resultados do presente trabalho mostraram que as ações de promoção da saúde têm tido repercussões positivas. Apesar da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ter sido introduzida há menos de dez anos atrás, as recomendações sobre a prática dos comportamentos saudáveis nos atendimentos de saúde foram referidas, em geral, por mais de 80% dos indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes, independentemente do setor (público ou privado) do atendimento de saúde, com níveis altos e semelhantes na atenção básica de saúde e em estabelecimentos privados de saúde.

Esses achados corroboram a avaliação positiva da implantação da PNPS no período de 2006 a 2014 e refletem os avanços conseguidos nos programas de promoção da saúde, na vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e dos fatores de risco e proteção associados¹⁷. Da mesma forma, confirmam resultados de estudo de investigação da presença de programas de promoção de estilos de vida saudáveis na atenção básica, que mostraram que os programas estão implantados na maioria das unidades básicas de saúde¹⁸.

Tabela 4. Efeitos de ter o diagnóstico de diabetes sobre os estilos de vida adotados, controlando-se por idade, sexo e grau de escolaridade. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Variáveis Independentes	$\beta^{\#}$	Exp(β)	Valor p
Desfecho: Uso atual de tabaco 1- Sim (n = 9.002); 0-Não (n = 51.200)			
Idade (n = 60.202)	0,001	1,001	NS*
Sexo			
Feminino (n = 31.845)	-0,612	0,543	< 0,001
Masculino (n = 28.357)	-	1	-
Grau de Escolaridade			
Fundamental Incompleto (n = 23.438)	0,947	2,579	< 0,001
Médio incompleto (n = 9.347)	0,699	2,011	< 0,001
Superior incompleto (n = 19.749)	0,168	1,182	NS*
Superior completo (n = 7.668)	-	1	-
Diabetes			
Sim (n = 3.753)	-0,430	0,650	< 0,001
Não (n = 56.449)	-	1	-
Desfecho: Prática de atividade física no nível recomendado 1-Sim (n = 13.520); 0-Não (n = 46.682)			
Idade (n = 60.202)	-0,019	0,981	< 0,001
Sexo			
Feminino (n = 31.845)	-0,560	0,571	< 0,001
Masculino (n = 28.357)	-	1	-
Grau de Escolaridade			
Fundamental Incompleto (n = 23.438)	-1,444	0,236	< 0,001
Médio incompleto (n = 9.347)	-0,839	0,432	< 0,001
Superior incompleto (n = 19.749)	-0,564	0,569	< 0,001
Superior completo (n = 7.668)	-	1	-
Diabetes			
Sim (n = 3.753)	0,079	1,082	NS*
Não (n = 56.449)	-	1	-
Desfecho: Consumo recomendado de frutas e hortaliças 1-Sim (n = 22.724); 0-Não (n = 37.478)			
Idade (n = 60.202)	0,008	1,008	< 0,001
Sexo			
Feminino (n = 31.845)	0,169	1,184	< 0,001
Masculino (n = 28.357)	-	1	-

Continua...

Tabela 4. Continuação.

Variáveis Independentes	β^*	Exp(β)	Valor p
Desfecho: Consumo recomendado de frutas e hortaliças 1-Sim (n = 22.724); 0-Não (n = 37.478)			
Grau de Escolaridade			
Fundamental Incompleto (n = 23.438)	-0,595	0,551	< 0,001
Médio incompleto (n = 9.347)	-0,362	0,696	< 0,001
Superior incompleto (n = 19.749)	-0,176	0,839	0,001
Superior completo (n = 7.668)	–	1	–
Diabetes			
Sim (n = 3.753)	0,077	1,080	NS*
Não (n = 56.449)	–	1	–
Desfecho: Consumo excessivo de bebidas alcoólicas 1- Sim (n = 3.679); 0-Não (n = 56.523)			
Idade (n = 60.202)	-0,024	0,977	< 0,001
Sexo			
Feminino (n = 31.845)	-0,932	0,394	< 0,001
Masculino (n = 28.357)	–	1	–
Grau de Escolaridade			
Fundamental Incompleto (n = 23.438)	0,231	1,260	0,036
Médio incompleto (n = 9.347)	0,144	1,155	NS*
Superior incompleto (n = 19.749)	-0,003	0,997	NS*
Superior completo (n = 7.668)	–	1	–
Diabetes			
Sim (n = 3.753)	-0,247	0,781	NS*
Não (n = 56.449)	–	1	–
Desfecho: Consumo de doces em 5 dias da semana ou mais 1-Sim (n = 13.051); 0-Não (n = 47.151)			
Idade (n = 60.202)	-0,010	0,990	< 0,001
Sexo			
Feminino (n = 31.845)	0,099	1,104	< 0,001
Masculino (n = 28.357)	–	1	–
Grau de Escolaridade			
Fundamental Incompleto (n = 23.438)	-0,512	0,600	< 0,001
Médio incompleto (n = 9.347)	-0,266	0,766	0,047
Superior incompleto (n = 19.749)	-0,211	0,809	NS*
Superior completo (n = 7.668)	–	1	–
Diabetes			
Sim (n = 3.753)	0,856	0,425	< 0,001
Não (n = 56.449)	–	1	–

*Coeficientes do modelo de regressão logística. *Não significativo ao nível de 5%.

Contudo, sob a ótica da adoção dos comportamentos saudáveis, os resultados mostraram-se positivos para poucos comportamentos saudáveis. O fato de ter o diagnóstico de hipertensão arterial influenciou significativamente os desfechos “uso atual de produtos de tabaco” e “percepção de baixo consumo de sal”, mas não houve efeito significativo para a prática de atividade física regular, nem para o consumo recomendado de frutas e hortaliças. No caso de ter um diagnóstico de diabetes, houve efeito significativo somente para os comportamentos “uso atual de produtos de tabaco” e, principalmente, “consumo frequente de doces”.

Entre as limitações deste trabalho, é importante observar que as medidas físicas e os resultados dos exames laboratoriais (sangue e urina) realizados na PNS ainda não foram divulgados e, portanto, ainda não estão disponíveis para análise. Assim, no presente estudo, não pudemos avaliar os efeitos do diagnóstico de hipertensão e diabetes sobre o excesso de peso, bem como sobre o teor de sódio na urina. A análise se restringiu, portanto, à percepção dos indivíduos, como no caso do consumo do sal. Além disso, acredita-se que a recomendação de não fumar pode ter sido menos referida entre os indivíduos que nunca fumaram, e a recomendação de não beber em excesso menos citada entre os que não têm o hábito de uso de bebidas alcoólicas.

Quanto aos resultados relativos à adoção dos comportamentos saudáveis obtidos pelos modelos de regressão logística multivariada, os efeitos de ter um diagnóstico de hipertensão ou diabetes foram positivos e estatisticamente significativos em relação ao hábito de fumar, ainda que controlando-se por idade, sexo e nível de instrução. As explicações prováveis para esse achado recaem, provavelmente, sobre a histórica prevenção do uso de produtos de tabaco no país²⁰ e o reconhecimento generalizado dos efeitos nocivos do tabagismo pela população brasileira²¹.

Por outro lado, apesar da proporção alta de recomendações de prática de atividade física nos atendimentos de saúde, a adoção desta prática não se mostrou significativamente maior entre os indivíduos com diagnóstico de hipertensão ou diabetes. Diferentemente do tabagismo, a promoção da atividade física tem uma história mais recente no Brasil. Apesar das diversas ações de promoção da atividade física, como a construção de espaços físicos adequados com a instalação de equipamentos próprios para a prática de exercícios¹⁷ e as iniciativas de capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica²², a adesão da população ainda está bem aquém do nível esperado, como ocorre também em outros países²³.

Quanto aos hábitos de alimentação, estudos prévios já haviam mostrado o nível baixo de adesão ao hábito de consumo de hortaliças e frutas^{24,25}. No presente trabalho, evidenciou-se, igualmente, que a adoção desse hábito não foi significativamente maior entre os indivíduos hipertensos e diabéticos, apesar das elevadas frequências de recomendações relacionadas à alimentação nos atendimentos de saúde.

Os resultados evidenciaram, portanto, que os brasileiros priorizam não adotar (ou cessar) os hábitos que, reconhecidamente, são nocivos à sua saúde do que aderir a práticas que lhe trarão benefícios. No caso dos indivíduos com diagnóstico de diabetes, ocorreu efeito significativo para o comportamento de não comer doces frequentemente. Na situação de diagnóstico de hipertensão, ocorreu efeito significativo para a percepção de consumo baixo de sal. Porém, tanto para os indivíduos com hipertensão como com diabetes, não houve adesão significativamente maior à prática regular de atividade física ou ao consumo adequado de frutas e hortaliças.

Estudo recente na Noruega evidenciou que a prática de atividade física foi significativamente associada à maior longevidade entre os indivíduos não fumantes. Entre os não fumantes com alto preparo físico, 48,8% sobreviveram até 85 anos, enquanto entre os não fumantes com baixo preparo físico, somente 27,9%, destacando-se os benefícios da atividade física regular entre os que não têm o hábito de fumar²⁶.

Pesquisa na Inglaterra mostrou efeitos significativos do consumo de frutas e sobretudo de hortaliças na redução da mortalidade geral, mesmo após o controle de idade, sexo, classe social, índice de massa corporal (IMC), consumo de álcool e prática de atividade física²⁷.

Da mesma forma, resultado de estudo recente sobre a associação entre múltiplos comportamentos saudáveis com os “anos vividos ajustados por incapacidades” (DALY) mostrou que as pessoas que aderem a todos comportamentos saudáveis viveram pelo menos dois anos a mais com boa saúde, sendo que cada uma das práticas apresentou contribuições adicionais a uma vida longa saudável²⁸.

CONCLUSÃO

Os resultados aqui apresentados indicaram que a adoção de comportamentos saudáveis pela população é um processo complexo e não depende apenas da promoção da saúde no nível assistencial²⁹. É preciso estimular a prática dos estilos de vida saudáveis, promovendo não só os efeitos adversos dos hábitos nocivos, mas também os benefícios dos comportamentos saudáveis para o bem estar e envelhecimento com qualidade.

REFERÊNCIAS

1. United Nations (UN). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2013. United Nations; 2013.
2. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* 2015; 385(9967): 549-62.
3. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859): 2095-128.
4. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781): 1949-61.
5. Duncan BB, Chor D, Aquino EM, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: priorities for disease management and research. *Rev Saude Publica* 2012; 46(Suppl 1): 126-34.
6. Campolina AG, Adami F, Santos JL, Lebrão ML. The health transition and changes in healthy life expectancy in the elderly population: possible impacts of chronic disease prevention. *Cad Saude Publica* 2013; 29(6): 1217-29.
7. Schramm JM, Oliveira AF, Leite IC. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 897-908.
8. World Health Organization (WHO). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report FAO/WHO Expert Consultation. WHO technical report series. Geneva; 2003.
9. Jankovic N, Geelen A, Streppel MT, de Groot LC, Orfanos P, van den Hooven EH, et al. Adherence to a healthy diet according to the World Health Organization guidelines and all-cause mortality in elderly adults from Europe and the United States. *Am J Epidemiol* 2014; 180(10): 978-88.

10. Petersen KE, Johnsen NF, Olsen A, Albieri V, Olsen LK, Dragsted LO, et al. The combined impact of adherence to five lifestyle factors on all-cause, cancer and cardiovascular mortality: a prospective cohort study among Danish men and women. *Br J Nutr* 2015; 113(5): 849-58.
 11. World Health Organization (WHO). Monitoring framework and targets for the prevention and control of NCDs: A comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva; 2013.
 12. Moran AE, Odden MC, Thanataveerat A, Tzong KY, Rasmussen PW, Guzman D, et al. Cost-effectiveness of hypertension therapy according to 2014 guidelines. *N Engl J Med* 2015; 372(5): 447-55.
 13. Otgontuya D, Oum S, Palam E, Rani M, Buckley BS. Individual-based primary prevention of cardiovascular disease in Cambodia and Mongolia: early identification and management of hypertension and diabetes mellitus. *BMC Public Health* 2012; 12: 254.
 14. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2-3): 164-76.
 15. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377(9780): 1863-76.
 16. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779): 1778-97.
 17. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, et al. The implementation of the priorities of the National Health Promotion Policy, an assessment, 2006-2014. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(11): 4301-12.
 18. Ramos LR, Malta DC, Gomes GA, Bracco MM, Florindo AA, Mielke GI, et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saude Publica* 2014; 48(5): 837-44.
 19. Freitas MPS, Lila MF, Azevedo RV, Antonaci GA. Amostra Mestra para o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. (Texto para discussão, número 23). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/texto_discussao_23.pdf (Acessado em: 02 de fevereiro de 2015).
 20. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarzwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ* 2007; 85(7): 527-34.
 21. Malta DC, Iser BPM, Sá NNB, Yokota RTC, Moura L, Claro RM, et al. Trends in tobacco consumption from 2006 to 2011 in Brazilian capitals according to the VIGITEL survey. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(4): 812-22.
 22. Florindo AA, Costa EF, Sa TH, Dos Santos TI, Velardi M, Andrade DR. Physical activity promotion in primary health care in Brazil: a counseling model applied to community health workers. *J Phys Act Health* 2014; 11(8): 1531-9.
 23. Lakerveld J, Verstrate L, Bot SD, Kroon A, Baan CA, Brug J, et al. Environmental interventions in low-SES neighbourhoods to promote healthy behaviour: enhancing and impeding factors. *Eur J Public Health* 2014; 24(3): 390-5.
 24. Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Suppl. 1): 19-24.
 25. Iser BPM, Claro RM, Moura EC, Malta DC, Morais-Neto OL. Risk and protection factors for chronic non communicable diseases by telephone survey - Vigitel Brazil - 2009. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(Supl. 1): 90-102.
 26. Heir T, Erikssen J, Sandvik L. Life style and longevity among initially healthy middle-aged men: prospective cohort study. *BMC Public Health* 2013; 13: 831.
 27. Oyebo O, Gordon-Dseagu V, Walker A, Mindell JS. Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data. *J Epidemiol Community Health* 2014; 68(9): 856-62.
 28. May AM, Struijk EA, Franssen HP, Onland-Moret NC, de Wit GA, Boer JM, et al. The impact of a healthy lifestyle on Disability-Adjusted Life Years: a prospective cohort study. *BMC Med* 2015; 13: 39.
 29. Buss PM, Carvalho AI. Development of health promotion in Brazil in the last twenty years (1988-2008). *Cien Saude Colet* 2009; 14(6): 2305-16.
- Recebido em: 27/04/2015**
Versão final apresentada em: 19/06/2015
Aceito em: 23/06/2015