

## **DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NO RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÕES SOBRE HÁBITOS SAUDÁVEIS ENTRE IDOSOS**

**THAYNÃ RAMOS FLORES<sup>1</sup>; BRUNO PEREIRA NUNES<sup>1</sup>; ROSÁLIA GARCIA NEVES<sup>1</sup>; ANDREA WENDT BÖHM<sup>1</sup>; CAROLINE DOS SANTOS COSTA<sup>1</sup>; MARIA CECILIA FORMOSO ASSUNÇÃO<sup>1</sup>; ANDRÉA DÂMASO BERTOLDI<sup>1</sup>.**

*<sup>1</sup>Programa de Pós Graduação em epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.–  
thaynaramosflores@yahoo.com.br*

### **1. INTRODUÇÃO**

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), as orientações sobre hábitos saudáveis são ações fundamentais nos serviços de saúde, que devem abranger toda a população (BRASIL, 2009). Entretanto, o Brasil é marcado por desigualdades sociais em saúde, onde indivíduos com menor classificação econômica e escolaridade tendem a utilizar menos os serviços de saúde (PAIM et al., 2011) recebendo menos orientações para hábitos saudáveis.

Estudos de base populacional com essa temática são escassos no Brasil, principalmente, com a população idosa. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi verificar a associação entre as orientações sobre hábitos saudáveis realizadas por profissionais de saúde com indicadores socioeconômicos.

### **2. METODOLOGIA**

Estudo transversal, de base populacional, com indivíduos de 60 anos ou mais da zona urbana de Pelotas, RS, em 2014. A amostra foi selecionada em dois estágios de forma aleatória. Os desfechos foram operacionalizados a partir do questionamento: “Desde <MÊS> do ano passado até agora, algum profissional de saúde orientou o(a) Sr.(a) a...” sendo as orientações: controlar o peso; reduzir o consumo de sal; de açúcar; e de gorduras; praticar atividade física; não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010). Essas questões foram realizadas apenas para os idosos que consultaram com algum profissional e saúde no ano anterior à entrevista.

Os indicadores de posição socioeconômica (principais exposições) foram a classificação econômica (A – mais alta e B, C, D e E) e a escolaridade (nenhuma, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau e nível superior). O ajuste realizado foi para as seguintes variáveis: sexo, idade, cor da pele e situação conjugal. Além dessas, quando se avaliou os desfechos com a classificação econômica incluiu-se a escolaridade no modelo e quando se avaliou com escolaridade foi incluída a classificação econômica, com a intenção de controlar o efeito dessas possíveis variáveis de confusão que possuem explicações diferentes. As análises bruta e ajustada foram realizadas por meio da regressão de Poisson. Os dados foram analisados no programa STATA 12.1.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dos 1.451 idosos, 88,4% consultaram no último ano. As orientações mais referidas foram para redução de gordura (61,7%), sal (61,5%), prática de atividade física (58,2%) e redução de açúcar (49,9%). Em menores proporções, para o controle de peso (38,9%), não fumar (19,3%) e não ingerir bebidas alcoólicas

(13,4%). A maioria dos idosos tinham o 1º grau incompleto (52,9%) e pertenciam à classe econômica C (52,5%). Idosos com classificação econômica A/B tiveram uma probabilidade 27% maior de receber orientação para controle de peso ( $p= 0,04$ ) e 34% maior de receber orientação para prática de atividade física ( $p= 0,01$ ) em comparação com aqueles de classificação econômica D/E. Na análise ajustada, não houve associação estatisticamente significativa com as outras orientações (Tabela 1). Em relação à escolaridade, os idosos mais escolarizados tiveram uma probabilidade 34% maior de receber orientação para praticar atividade física ( $p= 0,007$ ), mostrando uma clara tendência com o aumento da escolaridade (Tabela 2).

**Tabela 1.** Análise bruta e ajustada entre o recebimento de orientações entre idosos e classificação econômica. Pelotas, RS, 2014. (N = 1.281)

Orientações	Modelo de análise	Classificação econômica (ABEP)**a		
		AB	C	Valor-P
		RP (IC95%)	RP (IC95%)	
<b>Controlar o peso</b>	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*
<b>Reduzir sal</b>	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
<b>Reduzir açúcar</b>	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
<b>Reduzir gorduras</b>	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
<b>Praticar atividade física</b>	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*
<b>Não fumar</b>	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*
<b>Não ingerir bebidas alcoólicas</b>	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

Valor-P: Teste de Wald de heterogeneidade. \*Valor-P: Teste de Wald para tendência linear. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%. \*\*Classificação da Associação Brasileira das Empresas Brasileiras –ABEP 2014 – [www.abep.org](http://www.abep.org). aABEP: Análise ajustada para sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e escolaridade. Categoria de referência: D/E.

As orientações sobre hábitos saudáveis devem ser igualmente distribuídas na população (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010). No entanto, para duas orientações observou-se que os idosos mais ricos apresentaram maior recebimento. Embora a explicação para esses achados seja complexa, pode-se atribuir os resultados tanto as características individuais como dos profissionais e serviços de saúde, sendo que esta última pode explicar de forma mais robusta os achados. Por exemplo, os profissionais de saúde podem concluir que indivíduos mais pobres enfrentam maiores dificuldades para aderir a comportamentos saudáveis deixando de realizar as orientações. Além disso, os serviços de saúde que menos ofertam essas orientações podem ser os mais utilizados por indivíduos de classes econômicas mais baixas (SIQUEIRA et al., 2009; LIMA-COSTA et al., 2007).

**Tabela 2.** Análise bruta e ajustada entre o recebimento de orientações entre idosos e escolaridade. Pelotas, RS, 2014. (N = 1.281)

Orientações	Modelo	Escolaridade				Valor-P
	de análise	1º grau incompleto RP (IC95%)	1º grau completo RP (IC95%)	2º grau RP (IC95%)	Nível superior RP (IC95%)	
<b>Controlar o peso</b>	Bruto	1,43 (1,11; 1,84)	1,36 (1,02; 1,81)	1,65 (1,20; 2,27)	1,57 (1,14; 2,17)	0,03
	Ajustado	1,39 (1,06; 1,83)	1,21 (0,89; 1,66)	1,46 (1,03; 2,07)	1,32 (0,93; 1,90)	0,17
<b>Reduzir sal</b>	Bruto	1,04 (0,91; 1,19)	1,07 (0,90; 1,28)	0,93 (0,78; 1,11)	0,72 (0,60; 0,88)	< 0,001
	Ajustado	1,08 (0,93; 1,25)	1,11 (0,92; 1,34)	0,97 (0,79; 1,19)	0,77 (0,61; 0,97)	0,003
<b>Reduzir açúcar</b>	Bruto	1,25 (1,05; 1,49)	1,19 (0,96; 1,49)	1,06 (0,84; 1,34)	1,01 (0,76; 1,34)	0,03
	Ajustado	1,26 (1,05; 1,51)	1,18 (0,92; 1,50)	1,07 (0,84; 1,36)	1,01 (0,74; 1,38)	0,04
<b>Reduzir gorduras</b>	Bruto	1,15 (0,99; 1,33)	1,07 (0,88; 1,29)	1,04 (0,85; 1,27)	0,98 (0,80; 1,20)	0,09
	Ajustado	1,18 (1,00; 1,38)	1,09 (0,88; 1,34)	1,09 (0,88; 1,36)	1,08 (0,85; 1,37)	0,25
<b>Praticar atividade física</b>	Bruto	1,24 (1,02; 1,50)	1,30 (1,04; 1,61)	1,47 (1,19; 1,83)	1,56 (1,27; 1,90)	< 0,001*
	Ajustado	1,16 (0,95; 1,41)	1,11 (0,88; 1,39)	1,26 (1,00; 1,58)	1,34 (1,07; 1,68)	0,007
<b>Não fumar</b>	Bruto	0,95 (0,70; 1,30)	0,73 (0,45; 1,17)	0,72 (0,44; 1,17)	0,76 (0,45; 1,26)	0,30
	Ajustado	0,88 (0,62; 1,25)	0,66 (0,39; 1,11)	0,61 (0,35; 1,05)	0,82 (0,46; 1,47)	0,30
<b>Não ingerir bebidas alcoólicas</b>	Bruto	0,98 (0,65; 1,49)	1,01 (0,60; 1,71)	0,82 (0,45; 1,51)	0,79 (0,44; 1,41)	0,85
	Ajustado	0,85 (0,54; 1,35)	0,82 (0,45; 1,47)	0,69 (0,35; 1,36)	0,63 (0,33; 1,20)	0,64

Valor-P: Teste de Wald de heterogeneidade. \*Valor-P: Teste de Wald para tendência linear. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Análise ajustada para sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e ABEP. Categoria de referência: Nenhuma escolaridade

A escolaridade indica o grau de conhecimento e o entendimento dos indivíduos sobre diferentes aspectos de saúde, sendo que aqueles com baixa escolaridade, na maioria das vezes, conhecem menos a importância do acompanhamento em saúde e das ações de promoção e prevenção advindas dos profissionais, dificultando o seu engajamento à um estilo saudável (LOPES et al., 2014). Porém, quanto à escolaridade, as desigualdades não mostraram tendências claras para as recomendações de redução de sal e de açúcar. Já na orientação para prática de atividade física, há uma tendência mais clara mostrando que idosos mais escolarizados foram mais orientados. Cabe salientar, que para três orientações não foram observadas desigualdades tanto na classificação econômica como para escolaridade.

#### **4. CONCLUSÕES**

Desigualdades foram observadas no recebimento de orientações para a prática de atividade física e controle do peso. Diante da crescente demanda de idosos aos serviços de saúde, maiores investimentos em relação às ações educativas de prevenção de doenças e promoção da saúde tornam-se necessárias, principalmente entre os indivíduos com menor poder aquisitivo e menor escolaridade. Além disso, 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 alguns achados de igualdade socioeconômica evidenciados neste estudo.

#### **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação de Gestão do SUS. Painel de indicadores do SUS nº 6. Temático Promoção da Saúde V.IV. Ministério da Saúde. Brasília, 2009.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011 May 9.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: 2010
5. 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.
6. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). Cad Saude Publica. 2007;23(10):2467-78.
7. Lopes A, Toledo M, Câmara A, Menzel H, Santos L. 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):475-86.