



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

**Orientações de profissionais de saúde sobre  
hábitos saudáveis entre idosos de Pelotas/RS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**THAYNÃ RAMOS FLORES**

**Orientadora: Andréa Homsí Dâmaso**

**Co-orientadora: Maria Cecília Formoso Assunção**

**PELOTAS, RS**

**NOVEMBRO DE 2014**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA



## **Orientações de profissionais de saúde sobre hábitos saudáveis entre idosos de Pelotas/RS**

**Mestranda:** Thaynã Ramos Flores

**Orientadora:** Andréa Homsí Dâmaso

**Co-orientadora:** Maria Cecília Formoso Assunção

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para a obtenção do título de Mestre.

**PELOTAS, RS**

**NOVEMBRO DE 2014**

THAYNÃ RAMOS FLORES

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS PARA  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE

**BANCA EXAMINADORA:**

Profª Drª Samanta Winck Madruga  
Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Iná da Silva dos Santos  
Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Andréa Homsí Dâmaso (Orientadora)  
Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, RS  
Novembro de 2014

***"Na vida, não vale tanto o  
que temos, nem tanto importa  
o que somos.  
Vale o que realizamos com aquilo que  
possuímos e, acima de tudo,  
importa o que fazemos de nós!"***

*Chico Xavier*

## AGRADECIMENTOS

*Agradecer... tarefa difícil, mas necessária porque acredito que chegamos onde queremos graças à muito carinho, atenção e compreensão.*

*Agradeço imensamente à Deus que me conduziu neste caminho que tanto fui feliz!*

*Quero agradecer à todas pessoas que cruzaram meu caminho profissional, desde a faculdade, pelo incentivo e carinho! Em especial... à Prof<sup>a</sup> Maria de Fátima Vieira, nunca vou conseguir agradecer o suficiente por tudo que fizestes por mim! E também, à Prof<sup>a</sup> Alicia Matijasevich... Aprendi muito contigo durante o tempo que fui tua bolsista e também como tua aluna! Muito obrigada, por tudo! À todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia por toda paciência, competência e grandes ensinamentos... Muito obrigada! Cada momento aqui dentro foi único e toda atenção destinada à mim será sempre lembrada com enorme carinho!*

*Andréa, obrigada por ter aceitado mais este desafio e por todos ensinamentos e conselhos no desempenho do meu trabalho. Fostes uma grande amiga e parceira! Foi um enorme prazer ter sido orientada por ti!*

*Cecília, obrigada por me coorientar em meio a tantas tarefas que tinhas... Agradeço pelos comentários oportunos e pela paciência! Muito obrigada, de coração!*

*Aos meus colegas e amigos que o mestrado me proporcionou: Andrea, Carol, Rô e Maurício sem vocês TUDO seria bem mais difícil... Obrigada pela presença de cada um de vocês na minha vida e pelos momentos de estudo, de trabalho ou de descontração sempre muito agradáveis e sinceros! Vou levar cada um no meu coração, para toda a vida!*

*Aos meus amigos e amigas da vida que não imaginam a força que todos os momentos que juntos passamos me proporcionaram: cada um de vocês tem sua importância neste trabalho e nesta caminhada!*

*Às minhas irmãs Thâmisa e Thays... Aprendi muito e continuo aprendendo com vocês duas! Somos pessoas com personalidades tão diferentes, mas pontas da mesma estrela! Muito obrigada por estarmos juntas em mais uma conquista nossa!*

*Ao meu cunhado Rafa e minha irmã Thâmisa que nos presentearam com a Manu, que não tem noção de quanto ajudou a dinda na construção dessa dissertação... Quando o cansaço batia era nela que eu buscava forças para seguir a diante! Manuela, um dia tu vais ler essa dissertação e ver que tu fostes muito importante para a tua dinda, desde sempre!*

*Mãe e Pai: que momento feliz estou vivendo! Agradeço à vocês por cada esforço que fizeram para que hoje eu pudesse estar aqui, neste grande e importante dia da minha vida... Vocês sempre buscaram o nosso melhor! Eu agradeço pela vida e pelos aprendizados que tive e sempre terei sendo filha de vocês. Sei que percebem o brilho nos meus olhos cada vez que eu falo na “Epidemio”!*

*Meus avôs Jango e Jorge... vocês estariam orgulhosos da “polaca”, sei que de algum lugar vocês estão me assistindo e vibrando por mim! Vó Marilene, obrigada pelas longas conversas que tivemos na hora do “café com leite” e por cuidar tão bem de mim sempre que foi necessário! Obrigada à toda minha família, que de alguma maneira colaboraram para minha felicidade... Estar aqui hoje!*

*À toda família do Bruno... Tia Bia e tio Jorge, obrigada pelo apoio e carinho que sempre tiveram comigo! Vó Neusa e vô Joaquim, obrigada pelo amor que vocês têm por mim como se eu fosse neta de vocês!*

*Agora... Quero agradecer à quem sempre esteve ao meu lado, me incentivando e me mostrando os caminhos a serem trilhados! É a pessoa mais importante dessa trajetória... Bruno, meu amor, sem a tua presença na minha vida tudo seria bem diferente! Quero te agradecer por cada momento juntos! Além de meu companheiro, és o meu exemplo... Tens minha infinita admiração pelo profissional e pessoa que és! Muito obrigada por cada consideração neste trabalho, pelo amor e paciência que sempre dedicastes à mim... Dedico à ti e aos meus pais, Margareth e Rogério, esta dissertação!*

**Aos 1.451 idosos que, gentilmente, colaboraram para este trabalho...**

**Muito obrigada, vocês foram essenciais!!!**

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>1. PROJETO DE PESQUISA .....</b>	<b>09</b>
<b>2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO .....</b>	<b>57</b>
<b>3. ARTIGO ORIGINAL .....</b>	<b>76</b>
<b>4. NOTA PARA A IMPRENSA .....</b>	<b>105</b>
<b>5. ANEXOS .....</b>	<b>108</b>

## APRESENTAÇÃO

Conforme previsto no regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, esta Dissertação de Mestrado é composta pelas seguintes seções: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, nota para a imprensa, artigo original e anexos.

Este volume final de dissertação foi elaborado pela mestranda Thaynã Ramos Flores, orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Andréa Homsí Dâmaso e co-orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Cecília Formoso Assunção. O projeto de pesquisa foi defendido dia 24 de setembro de 2013 tendo como banca avaliadora a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Iná da Silva dos Santos (Universidade Federal de Pelotas). A versão aqui apresentada contém modificações sugeridas pela revisora. A banca examinadora da dissertação será composta pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Samanta Winck Madruga (Universidade Federal de Pelotas) e pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Iná da Silva dos Santos (Universidade Federal de Pelotas).

O relatório do trabalho de campo foi elaborado para ser utilizado por todos os mestrandos, compondo um documento padrão com as descrições das atividades realizadas durante o Consórcio de Pesquisas da turma de 2013/2014.

A nota para a imprensa foi elaborada para a divulgação dos resultados desta dissertação à imprensa local e à comunidade.

O artigo original intitulado “**Hábitos saudáveis: Que tipo de orientação a população idosa está recebendo dos profissionais de saúde?**”, foi formatado de acordo com as normas da revista *Cadernos de Saúde Pública* para onde será submetido após a defesa e alterações sugeridas pela banca examinadora. Este artigo contém os resultados coletados durante o Consórcio de Pesquisas conforme os objetivos propostos no projeto de pesquisa defendido e aprovado.



# **1. PROJETO DE PESQUISA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA



**PROJETO DE PESQUISA**

**Orientações de profissionais de saúde sobre hábitos saudáveis  
entre idosos de Pelotas/RS**

**Mestranda: Thaynã Ramos Flores**

**Orientadora: Andréa H. Dâmaso**

**Co-orientadora: Maria Cecília Assunção**

Pelotas, 24 de setembro de 2013.

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	13
2. Revisão da literatura.....	14
2.1. Transição demográfica e epidemiológica.....	15
2.2. Serviços de saúde brasileiros x Promoção da saúde.....	16
2.3. Orientações para hábitos saudáveis.....	17
3. Marco teórico.....	28
3.1. Modelo teórico.....	32
4. Justificativa.....	33
5. Objetivos.....	34
6. Hipóteses.....	35
7. Metodologia.....	36
7.1. Delineamento.....	36
7.2. Justificativa para o delineamento do estudo.....	36
7.3. População-alvo.....	36
7.4. Critérios de elegibilidade.....	36
7.4.1. Critérios de inclusão.....	36
7.4.2. Critérios de exclusão.....	36
7.5. Definição operacional das variáveis.....	37
7.5.1. Definição operacional dos desfechos.....	37
7.5.2. Definição das variáveis independentes.....	37
7.6. Cálculo de tamanho de amostra.....	38
7.6.1. Cálculo para estudo das prevalências dos desfechos.....	39
7.6.2. Cálculo para fatores associados aos desfechos.....	39
7.7. Seleção da amostra.....	43
7.7.1. Processo de amostragem.....	44
7.7.2. Aspectos logísticos e trabalho de campo.....	44
7.8. Instrumento de pesquisa.....	45
7.9. Análise dos dados.....	46
8. Aspectos Éticos.....	46
9. Controle de qualidade.....	47
10. Financiamento.....	47

11. Divulgação dos resultados .....	47
12. Cronograma.....	48
13. Referências Bibliográficas .....	49
APÊNDICE 1: Instrumento de Pesquisa .....	55

## 1. Introdução

A população idosa está crescendo no mundo todo devido a uma mudança demográfica atribuída à redução das taxas de fecundidade, das taxas de mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida observadas durante o século XX<sup>1, 2</sup>, caracterizando, assim, o fenômeno do envelhecimento populacional<sup>3</sup>.

No Brasil, a transição demográfica ocorreu concomitante ao processo de transição epidemiológica sendo que estas passaram a representar um importante desafio para a atenção à saúde, com a necessidade de adequação das políticas de saúde para atender as crescentes demandas<sup>2, 3</sup>. A transição epidemiológica é caracterizada pela mudança no perfil de morbidade e mortalidade, sendo marcada pela diminuição de doenças infecciosas e aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>4</sup>, o que aumenta consideravelmente o uso frequente e prolongado dos serviços de saúde<sup>5</sup>.

Tendo em vista que a população idosa utiliza mais os serviços de saúde, principalmente na presença de condições crônicas para manejar as suas doenças, torna-se importante fortalecer as ações destinadas tanto à promoção e prevenção quanto à recuperação da saúde dos indivíduos, sendo este um grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro<sup>2, 6</sup>. Ainda, cabe salientar a importância do maior contato com os serviços e o recebimento de ações de prevenção e promoção da saúde, configurando em uma relação positiva entre usuário e serviço de saúde<sup>7, 8</sup>.

Pressupõe-se, erroneamente, que ao envelhecer a adoção ao estilo de vida saudável torna-se tardia, porém sabe-se que praticar atividade física, ter uma alimentação saudável, controlar o peso, não ter o hábito do tabagismo e não ingerir bebidas alcoólicas podem prevenir o declínio funcional, as doenças crônicas e suas complicações, e ainda, aumentar a qualidade de vida do idoso<sup>2</sup>.

A Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>3</sup> objetiva as ações de promoção da saúde como componente fundamental dos serviços, mencionando as orientações sobre hábitos saudáveis como uma das estratégias propostas. As recomendações em saúde consistem em um processo genérico de auxílio que envolve desde as orientações realizadas por profissionais de saúde até as estratégias de intervenção<sup>9</sup>.

Existem comprovações de que o aumento de ações de promoção e educação em saúde trazem benefícios aos indivíduos<sup>2, 10, 11</sup> e aos sistemas de saúde, uma vez que reduzem os gastos em saúde, principalmente aqueles vinculados às DCNT e suas complicações<sup>12</sup>. Ainda, o objetivo principal da promoção da saúde é o de garantir a equidade na assistência, permitindo que todos os indivíduos tenham igualdade de recursos e de oportunidades, a fim de alcançar um bom estado de saúde<sup>13</sup>. Portanto, o presente trabalho se propõe a avaliar o recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis realizadas por profissionais de saúde, através do relato dos idosos do município de Pelotas/RS.

## **2. Revisão da literatura**

O objetivo da revisão de literatura foi de encontrar artigos relevantes sobre o tema “recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis realizadas por profissionais de saúde”. Para isso, utilizou-se as bases de dados PubMed e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) com os mesmos descritores em inglês e português, respectivamente. Um conjunto de publicações sobre o assunto abordado foi identificado nas bases de dados através do rastreamento dos artigos utilizando os seguintes descritores (MeSH/DeCS):

- ✓ Counseling OR Guidelines
- ✓ Elderly OR Aged
- ✓ Lifestyle
- ✓ Health behaviors
- ✓ Health professionals
- ✓ Health promotion

A busca nas bases de dados foi realizada com os seguintes limites: estudos conduzidos apenas com humanos; em inglês, espanhol e português; realizados nos últimos 10 anos e manuscritos com descritor no título e/ou resumo (Quadro 1). Alguns artigos foram identificados através das referências de outros estudos já selecionados. Inicialmente, os artigos foram selecionados com base no título, sendo que, após a leitura dos resumos, alguns foram excluídos por não abordarem o tema referente às orientações recebidas de profissionais de saúde sobre hábitos saudáveis. Ao todo, quatorze artigos foram lidos na íntegra.

**Quadro 1.** Estratégia de busca conforme limites e termos utilizados.

Bases de dados	Referências recuperadas	Artigos de interesse	Total selecionado
LILACS	355	11	5
PubMed	1.122	26	9
<b>Total</b>	<b>1.477</b>	<b>37</b>	<b>14</b>

Antes de abordar os artigos selecionados torna-se importante salientar os três tópicos abaixo, a fim de contextualizar os aspectos que integram o tema proposto neste projeto.

### **2.1. Transição demográfica e epidemiológica**

O crescimento acelerado da população idosa, o qual caracteriza o envelhecimento populacional<sup>2</sup>, é um processo mundial que está aumentando a expectativa de vida ao nascer<sup>2, 5</sup>. De acordo com algumas estimativas, o número de pessoas idosas, em termos mundiais, passará de 11% em 2006 para 22% em 2050<sup>14</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idoso, os indivíduos com 60 anos ou mais, em países de baixa e média renda, e com 65 anos ou mais, em países de alta renda<sup>2, 15</sup>.

Na maior parte dos países de alta renda o envelhecimento ocorreu gradualmente, concomitante ao progresso socioeconômico constante durante algumas décadas, sendo associado a melhorias nas condições de vida<sup>2</sup>. Já nos países de baixa e média renda, como o Brasil, o processo de envelhecimento foi mais acelerado do que o econômico, não havendo tempo para reorganização social e de saúde adequadas para atender as novas demandas<sup>3</sup>. Com isso, a população dos países de baixa e média renda está envelhecendo antes mesmo de obter uma melhoria nas suas condições de vida<sup>2</sup>.

No Brasil, em 2010, de acordo com o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 11% da população é composta por indivíduos com 60 anos ou mais<sup>16</sup>. Ainda, segundo projeções da OMS, entre 1950 e 2025, a população idosa no país terá aumentado em quinze vezes, enquanto que o aumento na população total será de cinco vezes<sup>3</sup>. Assim, de acordo com estimativas, em 2025 o Brasil será o sexto país com o maior número de idosos<sup>5</sup>.

O envelhecimento pode ser entendido como um processo natural, caracterizado pela redução da funcionalidade dos indivíduos, o que em boas condições de saúde não costuma gerar problema. Em casos de doenças, acidentes e estresse emocional, os cuidados assistenciais tornam-se necessários. Porém, cabe destacar que os agravos ou problemas de saúde entre os idosos podem ser minimizados pela adoção de um estilo de vida saudável<sup>10</sup>.

Além do processo de envelhecimento populacional, a urbanização e o estilo de vida, caracterizado pelo sedentarismo, dieta inadequada e consumo de tabaco e álcool, são alguns dos determinantes das DCNT<sup>4, 6</sup>. As DCNT são consideradas um problema de saúde no mundo todo, com uma carga maior em países de baixa e média renda<sup>17</sup>. Sabe-se que grande parte dos idosos brasileiros são acometidos por uma ou mais DCNT, como por exemplo, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, e que essas doenças podem afetar a funcionalidade do idoso<sup>2, 10</sup>. Não obstante, não devem ser apenas tratadas como uma consequência do envelhecimento<sup>10</sup>.

Ainda, no Brasil, as doenças crônicas tornaram-se a principal prioridade de saúde, devido à alta taxa de mortalidade atribuída a elas<sup>4</sup>. Por isso, para o controle das DCNT é necessário que existam abordagens terapêuticas efetivas, a fim de evitar possíveis agravos à saúde dos indivíduos<sup>4, 6</sup>.

## **2.2. Serviços de saúde brasileiros x Promoção da saúde**

A política de saúde estabelecida no Brasil, que contou com esforços da sociedade, teve seu auge na Constituição de 1988, tendo como objetivo as ações e estratégias de promoção da saúde<sup>18</sup>. O SUS, criado pela Constituição brasileira de 1988, é sustentado pelo princípio da saúde como um dever do Estado e direito do cidadão devendo, portanto, atender a todos os indivíduos com equidade<sup>3</sup>. Apesar da criação da Política Nacional da Saúde do Idoso, em 1999, e do Estatuto do Idoso, em 2003, somente por meio do Pacto pela Saúde<sup>3</sup>, o SUS passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade.

No Brasil, o sistema de saúde predominante é o SUS, o qual possui como atribuições a promoção, prevenção, recuperação e proteção da saúde, devendo atingir a todos os níveis de atenção<sup>19</sup>. Cabe salientar que o sistema privado de saúde pode e deve, também, agir de forma a garantir as atribuições do SUS<sup>20</sup> sustentando-se pelos princípios de universalidade, integralidade e



equidade e ainda das diretrizes de descentralização e de organização hierárquica, os quais podem ser potencializados a partir das ações de promoção da saúde<sup>18, 20</sup>.

A incorporação de práticas de incentivo e promoção, que visem benefícios a toda população, é visto como um desafio aos sistemas de saúde<sup>21</sup>. Ainda que grande parte do tempo dos profissionais de saúde seja destinado às ações curativas, como diagnóstico e tratamento de doenças, é importante salientar e estimular a participação destes profissionais em atividades educativas, como orientações sobre comportamentos saudáveis, à população que utiliza os serviços de saúde<sup>22</sup>, como forma de prevenção.

### **2.3. Orientações sobre hábitos saudáveis**

Além de ser uma estratégia de promoção, prevenção e recuperação da saúde, as orientações para hábitos saudáveis consistem em atribuições dos profissionais de saúde, com o objetivo de subsidiar ações para a adoção de um estilo de vida saudável<sup>3, 12</sup>. Esta é uma tarefa que constitui em priorização de medidas que possam reduzir a vulnerabilidade em saúde<sup>23</sup>.

Tanto para os idosos livres das DCNT como para os que possuem alguma dessas doenças, as orientações para hábitos saudáveis são semelhantes e incluem os domínios da alimentação saudável, com foco na redução de sal, açúcar e gorduras, da prática de atividade física, da manutenção do peso ideal, da cessação do tabagismo e da diminuição na ingestão de bebidas alcoólicas<sup>2, 3, 10-12</sup>. Estas orientações passam a ser, além de uma estratégia de prevenção e promoção da saúde, uma maneira de integrar os indivíduos no gerenciamento de sua própria saúde, com a pretensão de obter resultados positivos sobre o que foi recomendado<sup>5</sup>.

A realização destas orientações por profissionais de saúde pode conferir ao sistema e serviços de saúde maior qualidade e diminuição de agravos vinculados à falta de promoção e prevenção<sup>12, 18</sup>. Além disso, o estímulo de profissionais da área da saúde, atuando nos serviços de saúde ou em outros locais como, por exemplo, em academias de ginástica, pode ter maior impacto na concretização dos hábitos saudáveis<sup>24</sup>, uma vez que estudos evidenciam que a maior prestação de ações de prevenção e promoção da saúde está relacionada à maior realização de comportamentos saudáveis<sup>25, 26</sup>.

**Quadro 2.** Descrição dos principais artigos selecionados sobre o tema.

<b>Título</b>	<b>Autor/ (ano)</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento e amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Systematic counseling by general practitioners for promoting physical activity in elderly patients: a feasibility study <sup>27</sup>	Märki, A; Bauer, GB; Angst, F; Nigg, CR; Gillmann, G; Gehring, TM. (2006)	Suíça	Estudo de intervenção sem grupo controle, realizado de 2002-2003 por clínicos gerais em 29 idosos (65 anos ou mais) para avaliar a modificação da prática de atividade física mediante aconselhamento.	Os médicos consideraram o aconselhamento útil. Os pacientes relataram que as orientações ajudaram a aumentar a prática de atividade física. No início do estudo, 9 de 29 pessoas eram ativas aumentando para 21 idosos após 2 meses e após o recebimento de orientações.
Receipt of exercise counseling by older women <sup>28</sup>	Schonberg, MA; Marcantonio, ER; Wee, CC. (2006)	Estados Unidos	Dados do National Health Interview Survey (NHIS), em inquérito domiciliar, com 6.385 mulheres de 50 anos ou mais de idade.	No geral, o relato de recebimento de orientação ofertada pelo médico para prática de exercício físico foi de 28,3%. As mulheres com 75 anos ou mais tiveram prevalência menor de aconselhamento para prática de exercício físico (21,6%) do que as mulheres com idade entre 50 e 64 anos (31,4%).
Lifestyle modification advice for lowering or controlling high blood pressure: who's getting it? <sup>29</sup>	Viera, AJ; Kshirsagar, AV; Hinderliter, AL. (2007)	Estados Unidos	Dados do Behavioral Risk Factor Surveillance System de 2005, por inquérito telefônico em 16 estados do país, com 28.457 indivíduos hipertensos de 18 anos ou mais.	Quase metade da população era composta por idosos (48%). As prevalências de relato de aconselhamento para mudança nos hábitos alimentares, redução do consumo de sal, aumento de atividade física e redução de bebidas alcoólicas foram de 82,1%, 87,9%, 72,5% e 78,1%, respectivamente.

**Continuação. Quadro 2.** Descrição dos principais artigos selecionados sobre o tema.

<b>Título</b>	<b>Autor/ (ano)</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento e amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Which patients receive advice on diet and exercise? Do certain characteristics affect whether they receive such advice? <sup>30</sup>	Sinclair, J; Lawson, B; Burge, F. (2008)	Canadá	Dados secundários da Pesquisa Prática de Atenção Básica, em inquérito domiciliar na Nova Escócia, com 1.562 indivíduos com 18 anos ou mais de idade.	Entre os indivíduos com 55 anos ou mais de idade, 27,4% relataram recebimento de orientações para dieta ou alimentação saudável e 29% para prática de exercício físico. Indivíduos com doenças crônicas receberam orientações com maior frequência em relação aos sem doenças crônicas.
Factors associated with hypertensive patients' compliance with recommended lifestyle behaviors <sup>31</sup>	Heymann, AD; Gross, R; Tabenkin, H; Porter, B; Porath, A. (2011)	Israel	Dados secundários de um estudo na atenção primária com 1.125 indivíduos hipertensos de 24 anos ou mais de idade. Os dados foram coletados em 2002-2003 através de entrevistas telefônicas utilizando questionários estruturados.	A maior parte da amostra era composta por idosos. As prevalências de aconselhamento, através do relato do entrevistado, para atividade física, cessação do tabagismo, dieta e peso ideal foram de 31%, 54%, 54% e 50%, respectivamente.
Health behaviour advice from health professionals to Canadian adults with hypertension: Results from a National Survey <sup>25</sup>	Walker, RL; Gee, ME; Bancej, C; Nolan, RP; Kaczorowski, J; Joffres, M; Bienek, A; Gwadry-Sridhar, F; Campbell, NRC. (2011)	Canadá	Dados da pesquisa Survey on Living with Chronic Diseases in Canada (SLCDC), com 6.142 indivíduos com 20 anos ou mais, com hipertensão arterial.	As prevalências de recebimento de orientações por profissionais da saúde, através do relato do paciente, para diminuição do consumo de sal, manutenção ou perda do peso, prática de atividade física, controle tabagismo e de bebidas alcoólicas foram de 64%, 57,1%, 70%, 82,8% e 56%, respectivamente.

**Continuação. Quadro 2.** Descrição dos principais artigos selecionados sobre o tema.

<b>Título</b>	<b>Autor/ (ano)</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento e amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Physician advice on exercise and diet in a U.S. sample of obese Mexican-American adults <sup>32</sup>	Nguyen, HT; Markides, KS; Winkleby, MA. (2011)	Estados Unidos	Dados do Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), realizado anualmente através de entrevistas domiciliares. Neste estudo foram incluídos 1.787 indivíduos mexicano-americanos de 18 anos ou mais de idade e obesos (IMC $\geq$ 30 Kg/m <sup>2</sup> ).	Entre os idosos, 62,3% e 70,6% referiram recebimento de orientações, de médico ou profissional de saúde, para praticar mais exercícios físicos e não comer alimentos com gordura, respectivamente.
Outcomes of health care providers recommendations for healthy lifestyle among U.S. adults with prediabetes <sup>33</sup>	Yang, K; Lee, YS; Chasens, ER (2011)	Estados Unidos	Análise secundária utilizando os dados da National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) de 2005-2006, com 2.853 indivíduos com 20 anos ou mais.	A prevalência de relato de recebimento de orientações, oferecidas pelo médico, para controlar ou perder peso, aumentar a atividade física e consumir menos gorduras na dieta foi de 33,1%, 39,6% e 36,9%, respectivamente.
Determinants of lifestyle behavior in type 2 diabetes: results of the 2011 cross-sectional survey on living with chronic diseases in Canada <sup>26</sup>	Agborsangaya, CB; Gee, ME; Johnson, ST; Dunbar, P; Langlois, MF; Leiter, LA; Pelletier, C; Johnson, JA. (2013)	Canadá	Dados da pesquisa Survey on Living with Chronic Diseases in Canada (SLCDC), com 2.682 indivíduos com 20 anos ou mais, com diabetes mellitus.	Indivíduos que relataram receber orientações de profissionais de saúde tiveram maior probabilidade de se engajar em um estilo de vida saudável do que os que não receberam, respectivamente: para dieta (95,7% e 85,0% $p < 0,001$ ), atividade física (79,6% e 60,7% $p < 0,001$ ), perda de peso (94,5% e 88,9% $p < 0,002$ ) e limitação no consumo de álcool (74,6% e 40,2% $p = 0,04$ ).

**Continuação. Quadro 2.** Descrição dos principais artigos selecionados sobre o tema.

<b>Título</b>	<b>Autor/ (ano)</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento e amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil <sup>34</sup>	Assunção, MCF; Santos, IS; Costa, JSD. (2002)	Brasil	Estudo transversal com 378 pacientes diabéticos atendidos na atenção primária da zona urbana de Pelotas, RS.	Em relação à dieta 75,9% receberam orientações e para a prática de atividade física, 74,5% dos indivíduos receberam orientação.
O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil <sup>35</sup>	Sturmer, G; Dias-da-Costa, JS; Olinto, MTA; Menezes, AMB; Gigante, DP; Macedo, S. (2006)	Brasil	Estudo transversal, de base populacional, com 380 indivíduos de 20 a 69 anos, com hipertensão arterial da zona urbana de Pelotas, RS.	O relato de recomendações, realizadas pelo médico, mais frequentes foram: reduzir a ingestão de sal (98,4%) e interromper o consumo de bebidas alcoólicas (93,7%). Prescrever dieta para emagrecer e aconselhar comer alimentos com menos gordura atingiram, ambas, 88,2%. As menos frequentes foram parar de fumar (73,2%) e praticar atividades físicas (68,9%).
Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde <sup>22</sup>	Siqueira, FV; Nahas, MV; Facchini, LA; Silveira, DS; Piccini, RX; Tomasi, E; Thumé, E; Hallal, PC. (2009)	Brasil	Estudo transversal com adultos e idosos, residentes nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul (Idosos N=1.891) e Nordeste (Idosos, N= 2.112).	Entre os idosos moradores das áreas de abrangência que utilizaram alguma vez na vida uma unidade básica de saúde, a prevalência de relato de aconselhamento para a prática de atividade física foi de 38,9%. Na região Sul, a prevalência foi de 35,5% e na região Nordeste de 41,8%.

**Continuação. Quadro 2.** Descrição dos principais artigos selecionados sobre o tema.

<b>Título</b>	<b>Autor/ (ano)</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento e amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil <sup>36</sup>	Capilheira, M; Santos, IS. (2011)	Brasil	Estudo transversal, em observação de consultas, para avaliação do desempenho dos médicos da atenção primária em todas as Unidades Básicas de Saúde de Pelotas,RS.	As prevalências de recomendações para redução no consumo de sal, redução do consumo de fritura/gordura, perda de peso, prática de atividade física e cessação do tabagismo foram: 9,0%, 11,6%, 13,0%, 13,7% e 15,6%, respectivamente. A prevalência de nenhuma orientação realizada foi de 58,1%.
Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários <sup>37</sup>	Andrade, KA; Toledo, MTT; Lopes, MS; Carmo, GES; Lopes, ACS. (2012)	Brasil	Estudo transversal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, MG. A amostra foi de 417 usuários, com 20 anos ou mais, que aguardavam para ser atendidos, de outubro de 2009 a janeiro de 2010.	A prevalência de relato de aconselhamento para hábitos saudáveis foi em torno de 40%, não diferenciando entre adultos e idosos.
Physician advice on exercise and diet in a U.S. sample of obese Mexican-American adults <sup>32</sup>	Nguyen, HT; Markides, KS; Winkleby, MA. (2011)	Estados Unidos	Dados do Medical Expenditure Panel Survey(MEPS), realizado anualmente através de entrevistas domiciliares. Neste estudo foram incluídos 1.787 indivíduos mexicano-americanos de 18 anos ou mais de idade e obesos (IMC $\geq$ 30 Kg/m <sup>2</sup> ).	Entre os idosos, 62,3% e 70,6% referiram recebimento de orientações, de médico ou profissional de saúde, para praticar mais exercícios físicos e não comer alimentos com gordura, respectivamente.

**Continuação. Quadro 2.** Descrição dos principais artigos selecionados sobre o tema.

<b>Título</b>	<b>Autor/ (ano)</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento e amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Physician advice on exercise and diet in a U.S. sample of obese Mexican-American adults <sup>32</sup>	Nguyen, HT; Markides, KS; Winkleby, MA. (2011)	Estados Unidos	Dados do Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), realizado anualmente através de entrevistas domiciliares. Neste estudo foram incluídos 1.787 indivíduos mexicano-americanos de 18 anos ou mais de idade e obesos (IMC $\geq$ 30 Kg/m <sup>2</sup> ).	Entre os idosos, 62,3% e 70,6% referiram recebimento de orientações, de médico ou profissional de saúde, para praticar mais exercícios físicos e não comer alimentos com gordura, respectivamente.
Outcomes of health care providers recommendations for healthy lifestyle among U.S. adults with prediabetes <sup>33</sup>	Yang, K; Lee, YS; Chasens, ER (2011)	Estados Unidos	Análise secundária utilizando os dados da National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) de 2005-2006, com 2.853 indivíduos com 20 anos ou mais.	A prevalência de relato de recebimento de orientações, oferecidas pelo médico, para controlar ou perder peso, aumentar a atividade física e consumir menos gorduras na dieta foi de 33,1%, 39,6% e 36,9%, respectivamente.

**Continuação. Quadro 2.** Descrição dos principais artigos selecionados sobre o tema.

<b>Título</b>	<b>Autor/ (ano)</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento e amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Determinants of lifestyle behavior in type 2 diabetes: results of the 2011 cross-sectional survey on living with chronic diseases in Canada <sup>26</sup>	Agborsangaya, CB; Gee, ME; Johnson, ST; Dunbar, P; Langlois, MF; Leiter, LA; Pelletier, C; Johnson, JA. (2013)	Canadá	Dados da pesquisa Survey on Living with Chronic Diseases in Canada (SLCDC), com 2.682 indivíduos com 20 anos ou mais, com diabetes mellitus.	Indivíduos que relataram receber orientações de profissionais de saúde tiveram maior probabilidade de se engajar em um estilo de vida saudável do que os que não receberam, respectivamente: para dieta (95,7% e 85,0% p<0,001), atividade física (79,6% e 60,7% p<0,001), perda de peso (94,5% e 88,9% p<0,002) e limitação no consumo de álcool (74,6% e 40,2% p=0,04).
Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil <sup>34</sup>	Assunção, MCF; Santos, IS; Costa, JSD. (2002)	Brasil	Estudo transversal com 378 pacientes diabéticos atendidos na atenção primária da zona urbana de Pelotas, RS.	Em relação à dieta 75,9% receberam orientações e para a prática de atividade física, 74,5% dos indivíduos receberam orientação.
O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil <sup>35</sup>	Sturmer, G; Dias-da-Costa, JS; Olinto, MTA; Menezes, AMB; Gigante, DP; Macedo, S. (2006)	Brasil	Estudo transversal, de base populacional, com 380 indivíduos de 20 a 69 anos, com hipertensão arterial da zona urbana de Pelotas, RS.	O relato de recomendações, realizadas pelo médico, mais frequentes foram: reduzir a ingestão de sal (98,4%) e interromper o consumo de bebidas alcoólicas (93,7%). Prescrever dieta para emagrecer e aconselhar comer alimentos com menos gordura atingiram, ambas, 88,2%. As menos frequentes foram parar de fumar (73,2%) e praticar atividades físicas (68,9%).



**Continuação. Quadro 2.** Descrição dos principais artigos selecionados sobre o tema.

<b>Título</b>	<b>Autor/ (ano)</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento e amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde <sup>22</sup>	Siqueira, FV; Nahas, MV; Facchini, LA; Silveira, DS; Piccini, RX; Tomasi, E; Thumé, E; Hallal, PC. (2009)	Brasil	Estudo transversal com adultos e idosos, residentes nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul (Idosos, N= 1.891) e Nordeste (Idosos, N= 2.112).	Entre os idosos moradores das áreas de abrangência que utilizaram alguma vez na vida uma unidade básica de saúde, a prevalência de relato de aconselhamento para a prática de atividade física foi de 38,9%. Na região Sul, a prevalência foi de 35,5% e na região Nordeste de 41,8%.
Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil <sup>36</sup>	Capilheira, M; Santos, IS. (2011)	Brasil	Estudo transversal, em observação de consultas, para avaliação do desempenho dos médicos da atenção primária em todas as Unidades Básicas de Saúde de Pelotas,RS.	As prevalências de recomendações para redução no consumo de sal, redução do consumo de fritura/gordura, perda de peso, prática de atividade física e cessação do tabagismo foram: 9,0%, 11,6%, 13,0%, 13,7% e 15,6%, respectivamente. A prevalência de nenhuma orientação realizada foi de 58,1%.
Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária e práticas alimentares dos usuários <sup>37</sup>	Andrade, KA; Toledo, MTT; Lopes, MS; Carmo, GES; Lopes, ACS. (2012)	Brasil	Estudo transversal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, MG. A amostra foi de 417 usuários, com 20 anos ou mais, que aguardavam para ser atendidos, de outubro de 2009 a janeiro de 2010.	A prevalência de relato de aconselhamento para hábitos saudáveis foi em torno de 40%, não diferenciando entre adultos e idosos.

A partir dos estudos apresentados no Quadro 2, foi possível construir um panorama geral dos aspectos mais importantes dos mesmos, que será descrito a seguir.

Todos os estudos avaliaram o recebimento de orientações realizadas por profissionais de saúde, em geral, sobre hábitos saudáveis. No entanto, verificou-se variabilidade quanto à metodologia. Do total de artigos (n= 14), treze utilizaram o delineamento transversal e um foi de intervenção.

Entre os estudos internacionais (n= 9) um foi conduzido na Suíça, um em Israel, três no Canadá e quatro nos Estados Unidos. A pesquisa realizada na Suíça foi uma intervenção com idosos do tipo antes e depois, onde os médicos clínicos gerais realizavam orientações, a fim de incentivar o aumento da prática de atividade física. O período foi de quatro meses e foi evidenciado que as orientações auxiliaram no aumento da prática de atividade física entre os idosos<sup>27</sup>.

Os oito estudos internacionais restantes foram transversais e utilizaram dados de pesquisas maiores para estudar o desfecho. Assim, as prevalências de orientações para hábitos saudáveis realizadas por profissionais de saúde, segundo o relato dos indivíduos, foram variáveis. A frequência de orientações para atividade física variou entre 28,3% e 72,5%<sup>25, 28-30, 32, 33</sup>; para manutenção ou perda do peso oscilou de 33,1% a 57,1%<sup>25, 31, 33</sup>, e para redução do consumo de sal ficou entre 64% e 87,9%<sup>25, 29</sup>. Instruções visando a melhoria do hábito alimentar tiveram frequências que variaram de 27,4% a 81,2% entre os estudos<sup>29-31</sup>, sendo que a frequência de orientação para redução do consumo de gordura variou de 36,9% a 70,6%<sup>32, 33</sup>. Orientações para redução do tabagismo foram de 54% e 82,8%<sup>25, 31</sup> e, em relação à redução da ingestão de bebidas alcoólicas, de 56% e 78,1%<sup>25, 29</sup>.

Ainda, em um estudo<sup>26</sup>, as prevalências não foram descritas, mesmo assim os autores enfatizaram que os indivíduos que foram orientados por profissionais de saúde para adoção de um estilo de vida saudável tinham maior probabilidade de praticar as recomendações, em comparação aos que não as receberam, sendo as associações estatisticamente significativas.

No Brasil foram encontrados cinco estudos transversais, sendo três de base populacional, e dois realizados em serviços de saúde. Nos três estudos de base populacional as entrevistas foram realizadas no domicílio dos indivíduos.

Nos estudos realizados em serviços, um acompanhou as consultas avaliando a conduta médica em relação à oferta de orientações para hábitos saudáveis, o outro entrevistou os indivíduos enquanto aguardavam o atendimento.

Nos três estudos de inquérito domiciliar, as prevalências de orientações, avaliadas através do relato do indivíduo, variaram de 38,9% a 74,5% para atividade física<sup>22, 34, 35</sup> e de 75,9% a 88,2% para dieta<sup>34, 35</sup>. A prevalência de orientações para cessação do tabagismo, diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, diminuição do consumo de sal e alimentos gordurosos, evidenciadas em apenas um estudo<sup>35</sup>, com indivíduos hipertensos, foram de 73,2%; 93,7%; 98,4%; 88,2%, respectivamente.

Em relação ao estudo que avaliou somente o relato de aconselhamento para prática de atividade física<sup>22</sup>, no estrato dos idosos foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. O relato de aconselhamento para atividade física foi maior entre as mulheres, entre aqueles com a menor faixa etária, nos ex-tabagistas, entre os portadores de hipertensão e diabetes autorreferidos e naqueles que utilizavam medicamentos de uso contínuo.

O estudo que incluiu observação de consultas<sup>36</sup>, para avaliação do desempenho médico encontrou baixas prevalências de orientações para hábitos saudáveis, sendo de 9,0% para redução do consumo de sal, 11,6% para redução do consumo de fritura ou gordura, 13,0% para perda de peso, 13,7% para prática de atividade física e 15,6% para cessação do tabagismo. Todas as orientações foram mais frequentes no grupo de indivíduos com DCNT. Em 58% das consultas não houve qualquer tipo de orientação, sendo que isto foi mais frequente (60,9%) entre os que não eram portadores de DCNT.

A maior parte dos estudos encontrados avaliou o recebimento de orientações sobre dieta e atividade física. Entre os estudos selecionados, oito foram realizados com indivíduos que possuíam alguma doença crônica (hipertensão arterial ou diabetes mellitus), o que pode implicar no aumento da frequência de orientações sobre hábitos saudáveis. Os estudos que avaliaram o conjunto, indivíduos sem e com doenças crônicas, encontraram maior frequência de orientações entre os que possuíam alguma dessas doenças.

Pode-se concluir que a prevalência de relato de orientações sobre hábitos saudáveis na maioria dos estudos selecionados foi baixa sendo, em torno, de 40%, independente para qual hábito esta orientação foi feita. Os

principais profissionais de saúde dispensadores de orientações sobre hábitos saudáveis, nestes estudos, foram os médicos. Todos os estudos (n= 14) verificaram o relato de recebimento de orientações no contexto dos serviços de saúde e o período recordatório utilizado em alguns estudos foi de doze meses, outros utilizavam a expressão atualmente.

Ainda, alguns destes estudos encontrados sugerem que o recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis pode estar fortemente relacionado à realização destes comportamentos, mostrando a importância das recomendações.

### **3. Marco teórico**

As estratégias de promoção e prevenção da saúde são consideradas atribuições dos sistemas e dos profissionais de saúde devendo conferir aos indivíduos informações necessárias para que estes possam gerir melhor as suas condições de saúde<sup>3, 12</sup>. Fazem parte dessas estratégias as orientações para hábitos saudáveis que, em geral, consistem na prática de atividade física, aconselhamento para uma alimentação saudável, com ênfase na diminuição de sal, doces e gorduras, cessação do tabagismo, controle de peso e redução no consumo de bebidas alcoólicas<sup>2, 10-12</sup>. Espera-se que estas orientações sejam feitas por profissionais de saúde em todo contato com o idoso, de modo a incentivá-lo a prática diária do que foi orientado<sup>11, 12</sup>. Entretanto, cabe salientar que existe um conjunto de fatores envolvidos nessa complexa determinação do relato de recebimento de orientações para hábitos saudáveis realizados por profissionais de saúde.

Para compreender melhor o recebimento de orientações por profissionais de saúde sobre hábitos saudáveis a partir do relato do idoso é necessário conhecer os determinantes deste processo (Figura1).

Inicialmente, cabe salientar a importância da utilização dos serviços de saúde como uma das formas de contato do indivíduo com os profissionais de saúde. Os fatores socioeconômicos, como nível socioeconômico e escolaridade, são os principais determinantes da utilização dos serviços de saúde e também do tipo de serviço utilizado. O Brasil é um país marcado pelas desigualdades sociais em saúde, onde indivíduos com menor renda tendem a encontrar

dificuldades na utilização dos serviços de saúde e por isso usam com menor frequência. Assim, pessoas pertencentes a classes econômicas mais baixas apresentam menor probabilidade de receber recomendações de profissionais de saúde para melhor manejar suas necessidades, caracterizando as iniquidades na assistência à saúde<sup>8, 35, 38</sup>.

Indivíduos com baixa escolaridade, na maioria das vezes, desconhecem a importância do acompanhamento em saúde<sup>39</sup>. Devido a isso, acredita-se que, quanto maior a escolaridade, melhor pode ser o entendimento e o grau de importância dado às orientações realizadas por profissionais de saúde, entre os idosos.

Dentre os determinantes demográficos, sabe-se que a idade influencia na utilização dos serviços de saúde, uma vez que, com o aumento da idade, ocorre um incremento na ocorrência de doenças crônicas, levando ao maior contato do indivíduo com o serviço de saúde<sup>7, 8</sup>. Em relação ao sexo, existe amplo conhecimento de que as mulheres preocupam-se mais com o seu estado de saúde e, por isso, frequentam os serviços de saúde sistematicamente para acompanhamento de suas condições de saúde, podendo vir a receber orientações com maior frequência. Já os homens, utilizam mais os serviços de saúde por necessidade emergencial<sup>40, 41</sup>.

A situação conjugal pode determinar, também, o processo de recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis por profissionais de saúde, uma vez que a presença de um (a) companheiro (a) pode simbolizar o cuidado e o apoio recebido, para que cada indivíduo trate sua própria saúde<sup>8</sup>. Podem existir diferenças entre os indivíduos com e sem companheiro (a), pois aqueles que possuem companheiro (a) podem ser mais incentivados a procurar o serviço de saúde<sup>8</sup> e com isso, ter maior probabilidade de receber as orientações.

Outros fatores devem ser mencionados na determinação dos desfechos em estudo. A presença de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, merece um destaque, uma vez que idosos que possuem essas doenças têm maior probabilidade de utilizar os serviços<sup>4, 6, 11</sup>. Além disso, diante dessas condições de saúde, torna-se fundamental a existência de um profissional que acompanhe o indivíduo, pois o cuidado continuado e o maior contato com os serviços, são vistos como uma qualidade da atenção à saúde<sup>42</sup>. Isso é semelhante ao que ocorre com a utilização dos serviços de saúde.

A utilização de medicamentos de uso contínuo pode ter influência no recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis<sup>22</sup>. Estes indivíduos são os que possuem maiores necessidades em saúde<sup>43</sup> e, por isso, frequentam mais os serviços<sup>44</sup>, estando mais expostos à receber recomendações por parte de algum profissional de saúde.

Outro aspecto importante nesta determinação é a existência de uma relação positiva quanto ao número de consultas, ou seja, a maior frequência no contato dos indivíduos com os serviços de saúde pode levar à maior probabilidade de se beneficiar de ações de prevenção e promoção da saúde<sup>35</sup>. Não obstante, deve-se salientar que cabe ao indivíduo a procura pelo serviço.

Neste caso, o serviço de saúde utilizado, também determinado pelos fatores socioeconômicos, caracteriza o local onde os idosos costumam consultar e, conseqüentemente, onde recebem as orientações de profissionais de saúde. Com isso pode-se verificar se o tipo de serviço de saúde influencia no recebimento de orientações, ou até mesmo, na compreensão do idoso quanto às orientações. O SUS, por exemplo, tem como meta o acesso universal e a garantia de ações que priorizem a prevenção, promoção e recuperação da saúde<sup>3, 20</sup>.

As características dos serviços de saúde também devem ser mencionadas na determinação dos desfechos em estudo, consistindo, basicamente, no número e formação de recursos humanos, ou seja, de profissionais, nas equipes multiprofissionais e no modo de organização destas. O processo de um sistema de saúde é embasado em ações de oferta e recebimento de serviços com dois componentes, que são: a parte que representa as atividades de oferta das ações e os que recebem, sendo este último a população<sup>42</sup>. Ainda, acredita-se que a formação acadêmica dos profissionais possa fortalecer a inserção destes em ações que visem à promoção e educação em saúde, enfatizando a importância da academia na integração com a realidade.

Ainda neste contexto das características dos serviços de saúde, torna-se importante considerar a existência de equipes multiprofissionais, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual visa uma elevada cobertura populacional, facilidade no acesso e atendimento integral dos indivíduos<sup>45</sup>. Essas equipes podem garantir efetividade nas ações de promoção da saúde e

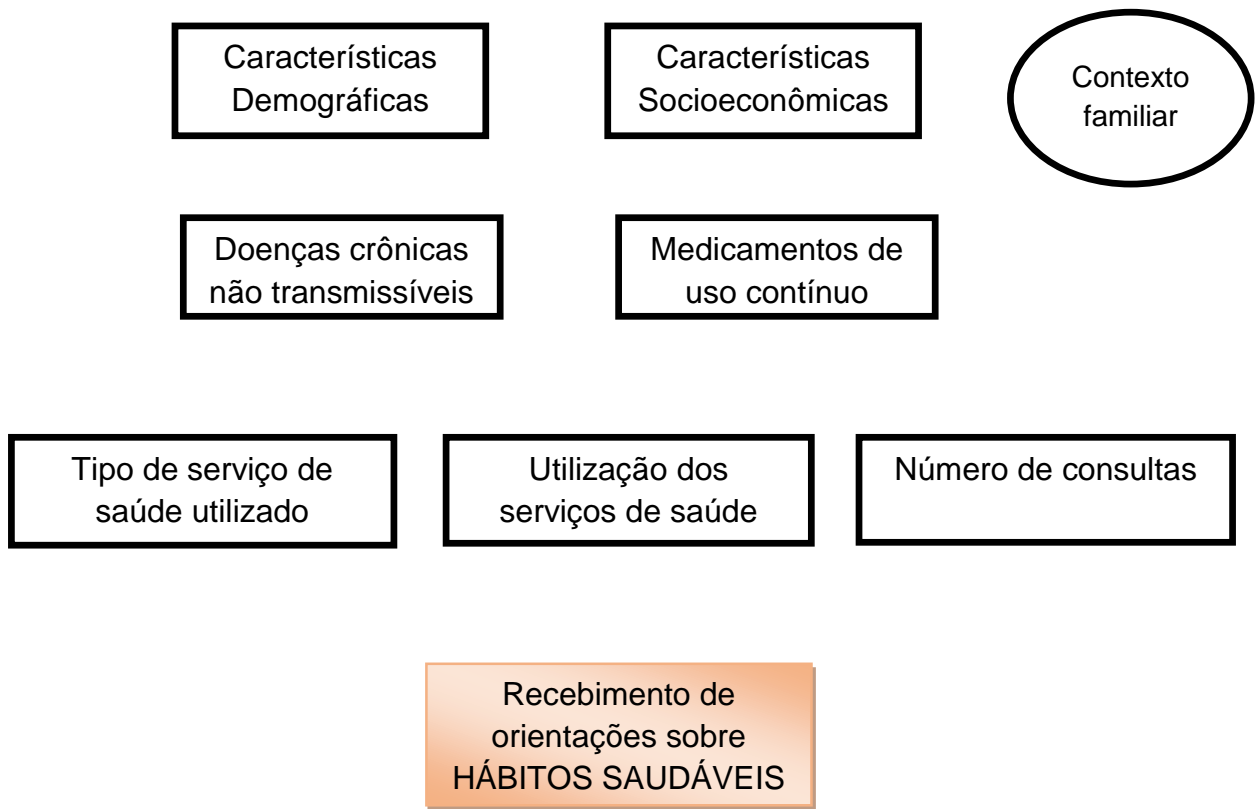
ainda reduzir as iniquidades em saúde que ainda persistem<sup>46</sup>. Todas estas características do serviço aqui abordadas podem, tanto em conjunto quanto separadamente, influenciar e auxiliar fortemente na oferta de orientações sobre hábitos saudáveis entre os usuários, uma vez que integram e operacionalizam o processo de oferta de ações de prevenção e promoção as quais são consideradas importantes abordagens que visam a educação em saúde<sup>3, 12, 42</sup>.

Cabe, ainda, salientar que todos os profissionais de saúde devem atuar na promoção de saúde sendo dispensadores de informações que possam trazer algum benefício para a saúde dos indivíduos que utilizam o serviço, como no caso das orientações sobre hábitos saudáveis<sup>3, 12</sup>. Outro aspecto do serviço, especificamente da atenção primária, que também deve ser citado, é o tempo de duração das consultas, sendo que os problemas enfrentados pelo serviço como o número reduzido de profissionais e a alta demanda podem minimizar este processo de oferta de informações devido ao curto tempo para o contato com os indivíduos, não permitindo que os profissionais enfatizem as orientações em todos os encontros com os indivíduos. Sendo assim, a ESF deve ser efetiva de modo a propiciar o atendimento a uma considerável parcela da população que necessita de ações educativas e preventivas<sup>46</sup>.

O contexto familiar no qual o idoso está inserido pode influenciar tanto na utilização dos serviços de saúde e na periodicidade das consultas quanto na inserção deste idoso em grupos que tenham o objetivo de educação e promoção da saúde. Acredita-se que o apoio vindo de familiares pode ser benéfico para que o idoso cuide da sua própria saúde e, também, para que frequente mais o serviço<sup>5, 12</sup>.

O modelo teórico (Figura 1) ilustra a relação entre o conjunto de influências sobre o recebimento de orientações para hábitos saudáveis em idosos.

### 3.1. Modelo teórico



**Figura 1.** Modelo teórico conceitual.



#### 4. Justificativa

Com o aumento da expectativa de vida, ações de promoção da saúde aos indivíduos tornam-se necessárias, a fim de melhorar as condições de saúde e minimizar os anos vividos com alguma DCNT, bem como os possíveis agravos gerados pela falta de controle dessas doenças<sup>4, 6, 12</sup>. No Brasil, a atenção à saúde tem investido em políticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, configurando em esforços que priorizem a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e do coletivo<sup>3</sup>. Nos serviços prestados pelo SUS, há uma ênfase na promoção, informação e educação voltadas ao incentivo à prática de atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, controle do tabagismo e do uso abusivo de álcool, além de cuidados especiais voltados ao envelhecimento<sup>3</sup>.

Alguns dos benefícios das ações de promoção de hábitos saudáveis podem ser encontrados na literatura<sup>2, 3, 10, 12, 13, 47</sup>. Entretanto, as prevalências de DCNT estão aumentando, acometendo principalmente a população idosa<sup>10</sup>. Essas doenças apresentam importantes consequências à saúde pública e, apesar da complexidade e importância atribuída a elas, cerca de 60% a 80% dos casos podem ser tratados eficientemente pela atenção básica<sup>11</sup>.

Mesmo que muitas vezes algumas condições de saúde necessitem da utilização de medicamentos para o tratamento, as modificações no estilo de vida devem ser incentivadas e fazer parte da terapêutica<sup>5, 10</sup>. Estratégias que promovam a saúde para os indivíduos, tanto para aqueles que possuem doenças crônicas como para o conjunto da população, devem ser constantemente realizadas, para que seja possível manter a população em condições favoráveis de vida<sup>2, 3</sup>. Ainda, é importante que as pessoas sejam acompanhadas, devendo ser constantemente estimuladas a se engajar em um estilo de vida saudável<sup>8, 10, 11, 35</sup>. O relato de não recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis nos serviços de saúde, pode ser considerado um indicador de má qualidade da atenção<sup>11</sup>, embora possa ser também atribuído à não compreensão por parte do usuário que recebeu a orientação.

As orientações para adoção a um estilo de vida saudável podem estar vinculadas a diversos meios, inclusive aos de comunicação<sup>48</sup>. Porém, qualquer tipo de orientação que tenha como objetivo a educação em saúde e que seja destinada à promoção de hábitos saudáveis é atribuição dos profissionais de

saúde<sup>3, 12</sup>. Sabe-se que existem diferentes metodologias para avaliação do recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis realizadas por profissionais de saúde, podendo ser pela observação de consultas<sup>36</sup>, através de entrevistas realizadas no serviço de saúde com os indivíduos<sup>37</sup> e, ainda, por meio do relato do indivíduo em inquéritos domiciliares<sup>22, 25, 26, 34, 35</sup>. Portanto, é importante considerar o relato do indivíduo sobre o que foi orientado pelo profissional de saúde, uma vez que a compreensão do que foi orientado pode ter maior impacto na efetiva adesão<sup>24</sup>.

Este trabalho justifica-se pela existência de poucos estudos brasileiros, de base populacional, que verifiquem o relato do idoso sobre o recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis por profissionais de saúde<sup>22, 35</sup>. Tendo em vista a importância de conhecer a percepção dos idosos em relação a estas orientações, tem-se como objetivo descrever o recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis realizadas por profissionais de saúde, através de relato dos idosos da zona urbana do município de Pelotas/RS.

## **5. Objetivos**

Objetivo geral: Descrever a prevalência do recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis realizadas por profissionais de saúde entre idosos da zona urbana do município de Pelotas/RS.

### Objetivos específicos:

- Verificar, através de relato do idoso, o recebimento de orientações realizadas por profissionais de saúde sobre hábitos saudáveis de vida (manutenção do peso ideal, diminuição no consumo de sal, açúcar e doces e gorduras, atividade física, cessação do tabagismo e controle de bebidas alcoólicas), no contexto dos serviços de saúde, nos últimos doze meses;
- Descrever a frequência de recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis, nos últimos doze meses, de acordo com:
  - ✓ Número de consultas;
  - ✓ Tipo de serviço utilizado;

- ✓ Presença de doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas.
- Identificar os fatores demográficos, socioeconômicos e de utilização de medicamentos de uso contínuo associados ao relato de recebimento de orientações por profissionais de saúde entre os idosos.

## **6. Hipóteses**

- As prevalências de idosos que irão referir recebimento de orientações de profissionais de saúde, nos últimos doze meses, para manutenção do peso ideal, diminuição no consumo de sal, de açúcar e doces e de gorduras, atividade física, cessação do tabagismo e controle de bebidas alcoólicas serão de 60%, 47%, 30%, 50%, 40%, 70% e 56%, respectivamente;
- O recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis será maior entre os idosos que consultaram mais vezes durante o último ano, que foram atendidos em consultórios e entre os que possuíam alguma doença crônica não transmissível;
- O recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis estará associado aos idosos do sexo feminino, com a maior faixa etária, com a cor da pele branca, entre aqueles com companheiro (a), pertencentes às classes econômicas mais altas (A/B), com maior escolaridade e que utilizam medicamentos de uso contínuo.

## **7. Metodologia**

### **7.1. Delineamento**

O delineamento será do tipo transversal de base populacional. Uma amostra de idosos representativa da cidade de Pelotas/RS será entrevistada, através de um inquérito domiciliar.

### **7.2. Justificativa para o delineamento do estudo**

O delineamento foi escolhido por possuir agilidade em sua realização, baixo custo orçamentário, quando comparado a outros delineamentos, e elevado potencial descritivo, podendo subsidiar o planejamento de intervenções de saúde na população estudada. Além disso, é o tipo de delineamento adotado pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel para a realização do consórcio de pesquisa.

Neste estudo, o delineamento transversal permitirá avaliar, através do relato dos idosos, o recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis realizadas por profissionais de saúde. Este tipo de delineamento tem sido utilizado para descrever os hábitos saudáveis de vida e aspectos de saúde<sup>22, 34, 35</sup>.

### **7.3. População-alvo**

Indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes na zona urbana do município de Pelotas/RS.

### **7.4. Critérios de elegibilidade**

#### **7.4.1. Critérios de inclusão**

- Indivíduos com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos;
- Residentes na zona urbana do município de Pelotas/RS;
- Para os idosos com alguma limitação física ou mental, que os incapacitem de responder ao questionário, sua inclusão se dará a partir do relato do seu responsável.

#### **7.4.2. Critérios de exclusão**

- Idosos institucionalizados (casas geriátricas, hospitais e presídios).

## **7.5. Definição operacional das variáveis**

### **7.5.1. Definição operacional dos desfechos**

Orientações sobre hábitos saudáveis: Neste trabalho, o desfecho será definido através do relato dos idosos quanto ao recebimento de orientações por profissionais de saúde sobre hábitos saudáveis, nos últimos doze meses. Os desfechos serão coletados a partir do seguinte questionamento: “Desde <MÊS> do ano passado até agora, algum profissional de saúde orientou o (a) Sr (a) a...” sendo substituído pelas orientações, que são: controlar o peso; diminuir o consumo de sal; diminuir o consumo de açúcar e doces; diminuir o consumo de gorduras; praticar atividade física; não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas<sup>2, 10, 12</sup>.

### **7.5.2. Definição das variáveis independentes**

No Quadro 3 estão as variáveis independentes na forma como serão coletadas.

**Quadro 3.** Definição operacional das variáveis independentes.

Variável	Tipo de variável	Definição
<b>Variáveis demográficas</b>		
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino/Feminino
Cor da pele	Categórica dicotômica	Branca/Preta/Amarela/Indígena/Parda
Idade	Numérica discreta	Anos completos
Situação conjugal	Categórica dicotômica	Com companheiro/Sem companheiro
<b>Variáveis socioeconômicas</b>		
Nível econômico (ABEP)	Categórica ordinal	A/B/C/D/E
Escolaridade	Numérica discreta	Anos completos de estudo
<b>Variáveis relacionadas aos serviços de saúde</b>		
Consulta com algum profissional de saúde no último ano	Categórica dicotômica	Sim/Não
Número de consultas no último ano	Numérica discreta	Pergunta em aberto
Tipo de serviço de saúde utilizado na última consulta	Categórica nominal	Posto de saúde do bairro/Outro posto de saúde/Pronto socorro Municipal/Consultório/Ambulatório das faculdades ou Hospital/Pronto-Atendimento/Ambulatório de sindicato ou empresa/Centro de Especialidades/Policlínica ou medicina de grupo/Outro
<b>Variáveis de saúde e doença</b>		
Hipertensão autorreferida	Categórica dicotômica	Sim/Não
Diabetes autorreferido	Categórica dicotômica	Sim/Não
Utilização de medicamentos de uso contínuo	Categórica dicotômica	Sim/Não

### 7.6. Cálculo de tamanho de amostra

A amostra para este estudo foi calculada no programa Epilinfo versão 7, e será utilizado o maior número de idosos necessários para estudar o tema. Em

2010, o número de idosos na população da zona urbana do município de Pelotas/RS<sup>16</sup> era de 46.099 habitantes.

### 7.6.1. Cálculo para estudo das prevalências dos desfechos

Para o cálculo do tamanho de amostra para estudar as prevalências dos desfechos foram utilizadas estimativas da literatura<sup>22, 25, 35</sup> e das entrevistas de pré-piloto realizadas pela autora do projeto. O cálculo do número total de idosos para o estudo de prevalências (N\*) inclui o valor da prevalência dos desfechos, com acréscimos de 10% para perdas e recusas, e 1,5 para efeito de delineamento estimado. Sendo assim, para estudar a prevalência de recebimento de orientações realizadas por profissionais de saúde, através do relato do idoso, serão necessários 979 idosos.

**Quadro 4.** Cálculo de tamanho de amostra para estudo das prevalências para todos os desfechos.

Desfechos	Recebimento de orientações			
	% estimada	Margem de erro (p.p.)	N sem acréscimos	N**
Manutenção do peso ideal	60	4	854	940
Diminuição do consumo de sal*	47	4	885	973
Diminuição do consumo de doces*	30	4	749	824
Diminuição do consumo de gorduras*	50	4	890	<b>979</b>
Prática de atividade física	40	4	854	940
Cessação do tabagismo	70	4	749	824
Controle de bebidas alcoólicas	56	4	876	964

\*Estimativas baseadas no pré-piloto.

\*\* N considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas e 1,5 para efeito de delineamento.

### 7.6.2. Cálculo para fatores associados aos desfechos

Além do estudo descritivo, torna-se importante analisar algumas diferenças entre os grupos. Portanto, em relação ao cálculo de tamanho de amostra para associações, para aferir a prevalência no grupo exposto e não exposto utilizou-se as estimativas das variáveis socioeconômicas e demográficas do banco de idosos do Consórcio de Pesquisa do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia do ano de 2011/2012. E, para estimar essas prevalências (grupo exposto e não exposto) para a exposição referente aos

medicamentos de uso contínuo utilizou-se a prevalência com base na literatura<sup>44</sup>. As estimativas de prevalência dos desfechos basearam-se tanto na literatura como no estudo pré-piloto realizado pela autora do projeto. Não foram encontradas estimativas de razão de prevalência (RP) para todas as exposições em estudo, portanto foram calculadas as RP mínimas detectadas com poder de 80% e nível de significância de 95%, considerando uma amostra em torno de 1.500 idosos, que é o que se espera estudar no consórcio de pesquisa de 2013/2014. O valor total (Amostra total\*) inclui o número de idosos com acréscimo de 10% para perdas e recusas, 15% para controle de fatores de confusão e um efeito de delineamento de 1,5.

Os Quadros de 5 a 11 indicam os cálculos de tamanho de amostra realizados para os fatores associados aos desfechos em estudo.

**Quadro 5.** Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados ao recebimento de orientação para controlar o peso.

Variável	Grupo não exposto	% desfecho no grupo não exposto	Razão não exposto/exposto	RP	Amostra sem acréscimos	Amostra total*
Sexo	Masculino	53,2	0,56	1,2	772	1465
Idade	60 até 74 anos	56,4	3,71	1,3	413	784
Cor da pele	Não branca	48,2	0,22	1,3	658	1249
Situação conjugal	Sem companheiro	54,2	0,89	1,2	685	1300
Nível econômico	D e E	44,8	0,18	1,4	501	951
Escolaridade	Menos ou igual a 4 anos	54,0	0,56	1,2	740	1404
Utilização de medicamentos de uso contínuo	Não usam	49,6	0,43	1,3	468	888

\*N considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas, 1,5 para efeito de delineamento e 15% para fator de confusão.



**Quadro 6.** Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados ao recebimento de orientação para diminuição do sal.

Variável	Grupo não exposto	% desfecho no grupo não exposto	Razão não exposto/exposto	RP	Amostra sem acréscimos	Amostra total*
Sexo	Masculino	39,4	0,56	1,3	643	1220
Idade	60 até 74 anos	44,2	3,71	1,3	702	1332
Cor da pele	Não branca	35,4	0,22	1,4	691	1311
Situação conjugal	Sem companheiro	40,6	0,89	1,3	558	1059
Nível econômico	D e E	33,0	0,18	1,5	587	1114
Escolaridade	Menos ou igual a 4 anos	40,2	0,56	1,3	613	1163
Utilização de medicamentos de uso contínuo	Não usam	38,8	0,43	1,3	725	<b>1376</b>

\*N considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas, 1,5 para efeito de delineamento e 15% para fator de confusão.

**Quadro 7.** Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados ao recebimento de orientação para diminuição de açúcar e doces.

Variável	Grupo não exposto	% desfecho no grupo não exposto	Razão não exposto/exposto	RP	Amostra sem acréscimos	Amostra total*
Sexo	Masculino	22,7	0,56	1,5	576	1093
Idade	60 até 74 anos	27,1	3,71	1,5	593	1125
Cor da pele	Não branca	21,3	0,22	1,6	772	1469
Situação conjugal	Sem companheiro	24,8	0,89	1,4	712	1351
Nível econômico	D e E	20,0	0,18	1,7	738	1400
Escolaridade	Menos ou igual a 4 anos	24,5	0,56	1,4	787	<b>1493</b>
Utilização de medicamentos de uso contínuo	Não usam	22,2	0,43	1,5	658	1248

\*N considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas, 1,5 para efeito de delineamento e 15% para fator de confusão.

**Quadro 8.** Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados ao recebimento de orientação para diminuição de gorduras.

Variável	Grupo não exposto	% desfecho no grupo não exposto	Razão não exposto/exposto	RP	Amostra sem acréscimos	Amostra total*
Sexo	Masculino	41,9	0,56	1,3	569	1080
Idade	60 até 74 anos	47,0	3,71	1,3	626	1188
Cor da pele	Não branca	37,7	0,22	1,4	619	1175
Situação conjugal	Sem companheiro	43,1	0,89	1,3	503	954
Nível econômico	D e E	37,3	0,18	1,4	734	<b>1374</b>
Escolaridade	Menos ou igual a 4 anos	42,8	0,56	1,3	552	1047
Utilização de medicamentos de uso contínuo	Não usam	41,3	0,43	1,3	641	1216

\*N considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas, 1,5 para efeito de delineamento e 15% para fator de confusão.

**Quadro 9.** Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados ao recebimento de orientação para prática de atividade física.

Variável	Grupo não exposto	% desfecho no grupo não exposto	Razão não exposto/exposto	RP	Amostra sem acréscimos	Amostra total*
Sexo	Masculino	31,8	0,56	1,4	534	1013
Idade	60 até 74 anos	36,9	3,71	1,4	559	1061
Cor da pele	Não branca	28,4	0,22	1,5	657	1247
Situação conjugal	Sem companheiro	33,0	0,89	1,4	461	875
Nível econômico	D e E	28,1	0,18	1,5	769	<b>1460</b>
Escolaridade	Menos ou igual a 4 anos	32,7	0,56	1,4	507	962
Utilização de medicamentos de uso contínuo	Não usam	31,2	0,43	1,4	600	1138

\*N considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas, 1,5 para efeito de delineamento e 15% para fator de confusão.

**Quadro 10.** Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados ao recebimento de orientação para cessação do tabagismo.

Variável	Grupo não exposto	% desfecho no grupo não exposto	Razão não exposto/ exposto	RP	Amostra sem acréscimos	Amostra total*
Sexo	Masculino	62,1	0,56	1,2	507	962
Idade	60 até 74 anos	67,2	3,71	1,2	560	1063
Cor da pele	Não branca	56,2	0,22	1,3	446	846
Situação conjugal	Sem companheiro	63,3	0,89	1,2	442	839
Nível econômico	D e E	55,8	0,18	1,3	523	992
Escolaridade	Menos ou igual a 4 anos	62,9	0,56	1,2	484	918
Utilização de medicamentos de uso contínuo	Não usam	61,4	0,43	1,2	568	<b>1078</b>

\*N considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas, 1,5 para efeito de delineamento e 15% para fator de confusão.

**Quadro 11.** Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados ao recebimento de orientação para não ingerir bebidas alcoólicas.

Variável	Grupo não exposto	% desfecho no grupo não exposto	Razão não exposto/ exposto	RP	Amostra sem acréscimos	Amostra total*
Sexo	Masculino	47,0	0,56	1,3	453	860
Idade	60 até 74 anos	52,7	3,71	1,3	488	926
Cor da pele	Não branca	44,9	0,22	1,3	769	<b>1459</b>
Situação conjugal	Sem companheiro	50,6	0,89	1,3	395	750
Nível econômico	D e E	41,8	0,18	1,4	581	1102
Escolaridade	Menos ou igual a 4 anos	47,9	0,56	1,3	434	823
Utilização de medicamentos de uso contínuo	Não usam	46,3	0,43	1,3	511	970

\*N considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas, 1,5 para efeito de delineamento e 15% para fator de confusão.

## **7.7. Seleção da amostra**

### **7.7.1. Processo de amostragem**

O processo de amostragem será realizado em múltiplos estágios, tendo como unidades amostrais os setores censitários que serão delimitados de acordo com o IBGE. Alguns domicílios dos setores censitários serão selecionados, de forma sistemática, e entre os domicílios que forem sorteados para a pesquisa todos os moradores elegíveis, considerando os critérios de inclusão e exclusão, serão convidados a participar do estudo. Maiores detalhes serão incluídos após a realização da oficina de amostragem.

### **7.7.2. Aspectos logísticos e trabalho de campo**

Posteriormente à definição do processo de amostragem será iniciada a organização para o trabalho de campo, onde cada mestrando irá compor, pelo menos, uma comissão sendo responsável por suas atribuições de modo a auxiliar no trabalho em equipe. As comissões do consórcio de pesquisa, as quais os mestrandos devem se distribuir, são: elaboração do questionário, elaboração do manual de instruções, amostragem e banco de dados, logística e de trabalho de campo, divulgação, finanças, elaboração do “projeto” e a do relatório de trabalho de campo.

Será feita a contratação do pessoal para a realização da identificação e contagem dos domicílios com moradores idosos nos setores censitários selecionados e posteriormente para a realização das entrevistas domiciliares.

Para aferição do instrumento final de pesquisa, será realizado um estudo piloto em um setor censitário que não tenha sido sorteado para participar do estudo. As entrevistadoras serão recrutadas para um treinamento onde, entre outros assuntos, será abordado todo o questionário do consórcio e a maneira como cada pergunta deverá ser formulada. Para o trabalho de campo, as entrevistadoras terão disponível um manual de instruções, que irá conter informações específicas sobre cada questão.

No trabalho de campo, cada mestrando ficará responsável por um número de setores censitários, sendo que, previamente a coleta das informações, deverá visitar os sorteados para apresentar a pesquisa e esclarecer possíveis dúvidas para aqueles idosos que aceitarem participar do estudo.

No momento da visita da entrevistadora, caso algum indivíduo elegível não esteja presente, poderá ser agendado outro horário para o retorno naquele domicílio. Em casos onde algum entrevistado se recuse a participar do estudo, serão realizadas mais duas tentativas pela entrevistadora. Se houver persistência da decisão, será feita uma última tentativa pelo mestrando responsável por aquele setor, para só então registrar como recusa.

Para a coleta dos dados serão utilizados netbooks, onde os questionários serão inseridos por meio de programação na plataforma eletrônica do software Pendragon®. As informações coletadas serão descarregadas diretamente no banco de dados. Em caso de questionários realizados em papel, a entrada dos dados no banco será por meio de digitação direta no software. Ainda serão definidos mais detalhes sobre o andamento do consórcio e trabalho de campo.

#### **7.8. Instrumento de pesquisa**

O instrumento será composto por dez questões, sendo três referentes aos serviços de saúde e as outras sete às orientações realizadas por profissionais de saúde no último ano, as quais vão compor os desfechos em estudo. O questionário foi elaborado com o intuito de coletar as variáveis dependentes e independentes de forma que atenda as questões científicas propostas por este projeto de pesquisa (Apêndice 1).

Foi realizado um estudo pré-piloto com entrevistas a quarenta e três idosos para verificar se as questões e as opções de resposta estavam adequadas para serem aplicadas ao público elegível para este estudo. As entrevistas foram realizadas em uma amostra de conveniência que incluiu homens e mulheres, com faixa etária entre 60 e 83 anos e, também, com variação na escolaridade. Foi verificado que as questões aplicadas tiveram variabilidade nas opções de resposta e que os idosos entrevistados tiveram boa compreensão do instrumento, não necessitando de maiores esclarecimentos.

As questões que abordam as características socioeconômicas, demográficas e a presença de doenças crônicas, autorreferidas, serão obtidas pelo bloco geral e são comuns a todos os mestrandos. Ainda, serão utilizadas as questões referentes à utilização de medicamentos de uso contínuo as quais farão parte do instrumento de pesquisa de outra mestranda.

## **7.9. Análise dos dados**

A análise dos dados será realizada no programa estatístico STATA versão 12.0. Inicialmente, será realizada uma análise descritiva dos desfechos e das variáveis independentes para caracterização da amostra. Serão recategorizadas as variáveis independentes na forma como serão analisadas. Para as variáveis categóricas serão apresentados os cálculos de prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para as variáveis numéricas será realizado o cálculo da média, da mediana e do desvio padrão.

Serão realizadas análises bivariadas e multivariável para as associações entre cada um dos desfechos com as variáveis socioeconômicas (escolaridade e nível socioeconômico), demográficas (sexo, idade, cor da pele e situação conjugal) e utilização de medicamentos de uso contínuo. Será utilizado o nível de significância estatística de 5%. Nas análises com variáveis categóricas dicotômicas será realizado o teste de qui-quadrado e, para as que tiverem mais do que duas categorias, o teste de tendência linear.

Nas análises multivariáveis será utilizada a Regressão de Poisson, para o controle das possíveis variáveis de confusão. Os possíveis fatores de confusão serão observados através do modelo hierarquizado e serão considerados como tal, quando estiverem distorcendo a associação entre desfecho e a variável independente e quando não fizerem parte da cadeia causal que leva a exposição ao desfecho. Todas as análises levarão em conta o efeito de delineamento amostral.

Os desfechos também serão estratificados de acordo com as variáveis de serviços de saúde e de doenças crônicas autorreferidas, conforme citado nos objetivos específicos.

## **8. Aspectos Éticos**

O projeto final, o qual incluirá itens dos projetos de todos os mestrados, será submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. As entrevistas serão realizadas após a assinatura, pelo idoso ou responsável legal, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual será elaborado pelos mestrados e deverá atender a todos os requisitos éticos para a realização da pesquisa. Serão garantidos ao participante: o sigilo

absoluto dos dados informados, uma via do TCLE e o direito de recusa quanto à participação no estudo.

### **9. Controle de qualidade**

O controle de qualidade dos dados coletados será tarefa dos mestrandos do consórcio de pesquisa 2013/2014, sendo que os mesmos devem visitar novamente 10% dos domicílios e aplicar um questionário reduzido, para a confirmação de algumas questões, verificando possíveis erros ou problemas de falsificação. Para avaliar a concordância entre as questões será utilizada a estatística Kappa.

### **10. Financiamento**

Este estudo será financiado por recursos vindos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, através do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e uma parte pelos mestrandos da turma 2013/2014.

### **11. Divulgação dos resultados**

Os resultados oriundos deste projeto de pesquisa serão: um volume final de dissertação, um artigo a ser publicado em periódico científico, um resumo com os principais resultados a ser divulgado em nota para a imprensa e ainda, um folder ilustrativo com os principais resultados a serem devolvidos à população que participou do estudo.

## 12. Cronograma

Etapas	2013											2014										
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Definição do tema de pesquisa	■	■	■	■																		
Elaboração do projeto				■	■	■																
Revisão Bibliográfica			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Estudo pré-piloto				■	■																	
Processo de amostragem							■	■														
Seleção e Treinamento entrevistadores								■	■													
Estudo piloto									■													
Trabalho de campo										■	■	■	■									
Processamento dos dados											■	■	■	■	■							
Análise dos dados															■	■	■					
Redação da dissertação															■	■	■	■	■	■	■	
Entrega e Defesa dissertação																					■	■



### **13. Referências Bibliográficas**

1. Palacios R. The future of global ageing. *International Journal of Epidemiology*. 2002;31(4):786-91.
2. BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005. Brasília
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet* 2011.
5. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana de Saúde 2012.
6. Malta DC, Silva Junior JBd. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol serv saúde*. 2013;22(1):151-64.
7. Barros MBdA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(4):911-26.
8. Costa JSdD, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RdS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev saúde pública*. 2008;42(6):1074-84.
9. Rodrigues EM, Soares FPdTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev nutr*. 2005;18(1):119-28.
10. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2006.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM. Brasília, . 2002.

12. 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. .
13. World Health Organization – WHO. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. WHO; 2009.
14. Organização Mundial da Saúde. Guia Global: Cidade amiga do idoso. 2008.
15. World Health Organization. Ageing. 2012 [cited 2013 30/08/2013]; Available from: : <http://www.who.int/topics/ageing/en/index.html>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico de 2010. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
19. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, J. M. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011 May 9.
20. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. p. 291.
21. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
22. 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.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

24. Kreuter MW, Chheda SG, FC B. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med*. 2000;9(4):26-33.
25. 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 Jul-Aug;27(4):446-54.
26. 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.
27. Märki A, Bauer GB, Angst F, Nigg CR, Gillmann G, TM. G. Systematic counselling by general practitioners for promoting physical activity in elderly patients: a feasibility study. *Swiss Med Wkly*. 2006;8(136):482.
28. Schonberg MA, Marcantonio ER, Wee CC. Receipt of exercise counseling by older women. *J Am Geriatr Soc*. 2006 Apr;54(4):619-26.
29. Viera AJ, Kshirsagar AV, Hinderliter AL. Lifestyle modification advice for lowering or controlling high blood pressure: who's getting it? *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2007 Nov;9(11):850-8.
30. 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 Mar;54(3):404-12.
31. Heymann AD, Gross R, Tabenkin H, Porter B, Porath A. Factors associated with hypertensive patients' compliance with recommended lifestyle behaviors. *Isr Med Assoc J*. 2011 Sep;13(9):553-7.
32. Nguyen HT, Markides KS, Winkleby MA. Physician advice on exercise and diet in a U.S. sample of obese Mexican-American adults. *Am J Health Promot*. 2011 Jul-Aug;25(6):402-9.
33. Yang K, Lee YS, Chasens ER. Outcomes of health care providers' recommendations for healthy lifestyle among U.S. adults with prediabetes. *Metab Syndr Relat Disord*. 2011 Jun;9(3):231-7.
34. Assunção MCF, Santos IS, Costa JSD. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad saúde pública*. 2002;18(1):205-11.

35. 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.
36. 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.
37. Andrade KA, Toledo MTTd, Lopes MS, Carmo GESd, 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.
38. Sassi RM, Béria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(5):1257-66.
39. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Horta BL, Barros FC, Victora CG. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev saúde pública*. 2008;42(supl.2):51-9.
40. Moreira JPdL, Moraes JRd, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(9):3781-93.
41. Zavatini MA, Obreli-Neto PR, Cuman RKN. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. *Rev gaúch enferm*. 2010;31(4):647-54.
42. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde; 2002.
43. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev saúde pública*. 2004;38(2):228-38.
44. Loyola Filho Ald, Uchoa E, Firmo JdOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad saúde pública*. 2005;21(2):545-53.
45. Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2000;34(3):316-9.
46. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):595-603.

47. Almeida-Pititto B, Griffi SJ, Sharp SJ, Hirai AT, Gimeno SGA, Ferreira SRG. A behavioral intervention in a cohort of Japanese-Brazilians at high cardiometabolic risk. *Rev Saúde Pública* 2012;46(4):602-9.
48. Domingues M, Gigante D. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004;20(1):204-15.

## **APÊNDICE DO PROJETO DE PESQUISA**

### **APÊNDICE 1: Instrumento de Pesquisa**

<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<i>Quando eu falar em profissionais de saúde, considere os seguintes: Médico, Enfermeiro, Auxiliar/Técnico em Enfermagem, Nutricionista, Dentista, Fisioterapeuta, Farmacêutico e Educador Físico.</i>	
1. Desde <b>&lt;MÊS DO ANO PASSADO ATÉ AGORA&gt;</b> , o (a) Sr. (a) consultou com algum profissional de saúde? (0) Não <i>Pule para a questão 4</i> (1) Sim      (9) IGN	
2. Desde <b>&lt;MÊS DO ANO PASSADO ATÉ AGORA&gt;</b> , quantas vezes o (a) Sr. (a) consultou com algum profissional de saúde? ____ vezes (888) NSA	
3. Onde o (a) Sr.(a) consultou pela última vez, no último ano? (1) Posto de saúde do bairro (2) Posto de saúde do bairro (3) Outro posto de saúde (4) Pronto socorro Municipal (5) Consultório (6) Ambulatório das faculdades/Hospital (7) Pronto- Atendimento (10) Ambulatório de sindicato ou empresa (11) Centro de Especialidades (12) Policlínica ou medicina de grupo (13)Outro. (Qual? _____) (9) IGN	
<b>AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE HÁBITOS EM SAÚDE</b>	
4. Desde <b>&lt;MÊS DO ANO PASSADO ATÉ AGORA&gt;</b> , algum profissional de saúde orientou o (a) Sr (a) a controlar o seu peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN	
5. Desde <b>&lt;MÊS DO ANO PASSADO ATÉ AGORA&gt;</b> , algum profissional de saúde orientou o (a) Sr (a) a diminuir o consumo de sal? (0) Não (1) Sim (9) IGN	
6. Desde <b>&lt;MÊS DO ANO PASSADO ATÉ AGORA&gt;</b> , algum profissional de saúde orientou o (a) Sr (a) a diminuir o consumo de açúcar e doces? (0) Não (1) Sim (9) IGN	

- |   |
|---|
| 7. Desde <b>&lt;MÊS DO ANO PASSADO ATÉ AGORA&gt;</b> , algum profissional de saúde orientou o (a) Sr (a) a diminuir o consumo de gorduras?<br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(9) IGN   |
| 8. Desde <b>&lt;MÊS DO ANO PASSADO ATÉ AGORA&gt;</b> , algum profissional de saúde orientou o (a) Sr (a) a praticar exercícios físicos?<br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(9) IGN      |
| 9. Desde <b>&lt;MÊS DO ANO PASSADO ATÉ AGORA&gt;</b> , algum profissional de saúde orientou o (a) Sr (a) a não fumar?<br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(9) IGN                        |
| 10. Desde <b>&lt;MÊS DO ANO PASSADO ATÉ AGORA&gt;</b> , algum profissional de saúde orientou o (a) Sr (a) a não consumir bebidas alcoólicas?<br>(0) Não<br>(1) Sim<br>(9) IGN |

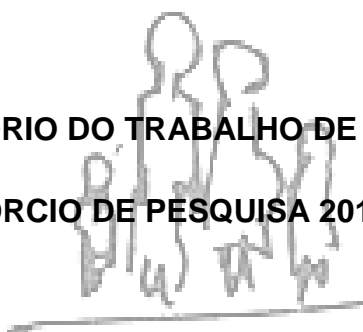


## **2.RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**  
**CONSÓRCIO DE PESQUISA 2013/2014**



**Pelotas - RS**

**2014**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	60
2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO .....	62
3. QUESTIONÁRIOS.....	64
4. MANUAL DE INSTRUÇÕES .....	64
5. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	65
6. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS.....	66
7. ESTUDO PILOTO.....	68
8. LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO .....	68
9. LOGÍSTICA DOS ACELERÔMETROS.....	70
10. CONTROLE DE QUALIDADE .....	71
11. RESULTADOS GERAIS.....	72
12. CRONOGRAMA.....	73
13. ORÇAMENTO .....	74
14. REFERÊNCIAS.....	75

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), foi criado em 1991 e foi o primeiro da área de Saúde Coletiva a receber nota “7”, conceito máximo da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo considerado de excelência no padrão internacional.

Desde 1999 o PPGE realiza, bianualmente, o “Consórcio de Pesquisa”, que consiste em um estudo transversal, de base populacional realizado na zona urbana do município de Pelotas, no sul do Rio Grande do Sul<sup>1</sup>. Essa pesquisa, contribui com a redução do tempo de trabalho de campo e otimiza os recursos financeiros e humanos. Além disso, visa compartilhar entre os alunos a experiência em todas as etapas de um estudo epidemiológico resultando nas dissertações dos mestrados e ainda, retratando a situação de saúde da população da cidade.

Ao longo de quatro bimestres, através das disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ofertadas pelo PPGE, ocorre o planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até a planificação e execução do trabalho de campo. Em 2013/14, a pesquisa contou com a supervisão de 18 mestrados do PPGE, sob a coordenação de três docentes do Programa: Dra. Maria Cecília Assunção, Dra. Helen Gonçalves e Dra. Elaine Tomasi. Neste ano o estudo de base populacional teve um diferencial, pois foi realizado apenas com a população idosa da cidade, indivíduos com 60 anos ou mais, no qual foram investigadas informações demográficas, socioeconômicas e comportamentais, juntamente com temas específicos de cada mestrando (Tabela 1). Além da aplicação do questionário, foram realizados testes, medidas antropométricas e medida de atividade física através de um aparelho (acelerômetro) com os idosos, sendo essas medidas parte dos estudos de alguns mestrados. O peso e altura do joelho possibilitaram a medida de Índice de Massa Corporal (IMC), através de uma fórmula específica, que foi a única comum a todos os mestrados.

**TABELA 1.** Descrição dos alunos, áreas de graduação e temas do Consórcio de Pesquisa do PPGE, 2013/2014. Pelotas, RS.

<b>Mestrando</b>	<b>Graduação</b>	<b>Tema de Pesquisa</b>
Ana Paula Gomes dos Santos	Nutrição	Comportamento alimentar
Andrea Wendt Böhm	Educação Física	Suporte social para atividade física
Bárbara Heather Lutz	Medicina	Uso de medicamentos inadequados
Camila Garcez Ribeiro	Odontologia	Perda dentária e uso de prótese
Caroline dos Santos Costa	Nutrição	Obesidade geral e abdominal
Fernanda Ewerling	Economia	Avaliação temporal da posse de bens
Fernando Pires Hartwig	Biotecnologia	Consumo de leite e intolerância à lactose
Giordano Santana Sória	Odontologia	Falta de acesso e utilização de serviço odontológico
Isabel Oliveira Bierhals	Nutrição	Dependência para comer, comprar e fazer as refeições
Luna Strieder Vieira	Nutrição	Risco nutricional
Maurício Feijó da Cruz	Educação Física	Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas
Natália Limões Hellwig	Psicologia	Sintomas depressivos
Natália Peixoto Lima	Nutrição	Ambiente domiciliar e fatores de risco para queda
Rosália Garcia Neves	Enfermagem	Vacinação contra <i>influenza</i>
Simone FaríasAntúnes Reis	Nutrição	Fragilidade em idosos
Thaynã Ramos Flores	Nutrição	Orientações sobre hábitos saudáveis
Thiago Gonzalez B. Silva	Medicina	Prevalência de Sarcopenia
Vanessa Iribarrem Miranda	Farmácia	Utilização do programa Farmácia Popular

Através dos projetos individuais de cada mestrando, foi elaborado um projeto geral intitulado “Avaliação da saúde de idosos da cidade de Pelotas, RS, 2013”. Este projeto geral, também chamado de “projetão”, contemplou o delineamento do estudo, os objetivos e as justificativas de todos os temas de pesquisa, além da metodologia, processo de amostragem e outras características da execução do estudo. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFPel através da

Plataforma Brasil no dia 19 de novembro, com a obtenção do número de protocolo:201324538513.1.0000.5317. No dia posterior ao envio, o projeto foi aprovado pelo CEP.

## 2. COMISSÕES DO TRABALHO DE CAMPO

O Consórcio de Pesquisa busca integrar todos os mestrandos para o trabalho em grupo, para isso foram estabelecidas comissões e responsáveis por cada uma a fim de garantir melhor preparação da pesquisa e bom andamento do trabalho de campo. Essas comissões eram compostas por todos os mestrandos, podendo os mesmos estar inseridos em mais de uma delas. Ainda, os alunos pertencentes à *Wellcome Trust* ficaram envolvidos com o trabalho do Consórcio de 2013/14, embora suas dissertações não tenham sido feitas com os dados coletados nesta pesquisa. As comissões, os responsáveis e as suas atribuições estão listadas abaixo:

**Elaboração do questionário:** Bárbara Lutz; Thaynã Flores.

Essa comissão foi responsável pela elaboração do questionário comum à todos os mestrandos, pela organização dos instrumentos de cada mestrando e pela elaboração do controle de qualidade.

**Logística e trabalho de campo:** Gary Joseph; Giordano Sória; Isabel Bierhals; Natália Hellwig.

Foi responsável pela contratação de uma secretária, pela aquisição e controle do material utilizado em campo. Ainda, organizou seleção das candidatas para executarem a contagem dos domicílios (“bateção”) e para a função de entrevistadoras e, também, auxiliou na organização dos treinamentos.

**Elaboração do “Projeto”:** Ana Paula Gomes; Camila Garcez.

Foi responsável pela elaboração do projeto geral enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base em itens dos projetos de cada mestrando.

**Financeiro:** Fernanda Ewerling; Fernando Hartwig; Isabel Bierhals.

Responsável pelo orçamento e controle das finanças do Consórcio de Pesquisa.

**Amostragem e banco de dados:** Andrea Böhm; Caroline Costa; Leidy Ocampo; Luna Vieira; Maurício da Cruz; Simone Farías.

Essa comissão foi responsável por organizar os dados para a realização do processo de amostragem da pesquisa, sendo esses dados os mapas e setores censitários. Além disso, organizaram todo o questionário na versão digital utilizando o *software* Pendragom®Forms VI e sua inserção em todos os *netbooks* utilizados no trabalho de campo. Após o início da pesquisa, semanalmente, os integrantes da comissão se organizaram em escalas de plantão para realizar a transferência das entrevistas para o servidor e gerenciamento do banco de dados, executando todas as alterações necessárias e corrigindo as inconsistências disponibilizadas pela comissão das planilhas. Por fim, essa comissão foi responsável, também, pela versão final do banco de dados que foi utilizado por todos os mestrandos em suas análises.

**Divulgação do trabalho de campo:** Giordano Sória; Rosália Neves; Thiago Silva.

Responsável pela divulgação da pesquisa para a população através dos meios de comunicação existentes, juntamente com o setor de imprensa do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE). Ainda, essa comissão auxiliou na elaboração do material com os resultados finais da pesquisa a serem devolvidos aos participantes.

**Elaboração do relatório de trabalho de campo:** Rosália Neves; Thaynã Flores. Foi responsável pelo registro de todas as informações relevantes das reuniões e pela elaboração do relatório do trabalho de campo do Consórcio de Pesquisa do PPGE.

**Elaboração do manual de instruções:** Thiago Silva; Vanessa Miranda.

Responsável pela elaboração de um manual de instruções contendo todas as informações sobre o instrumento geral, procedimentos genéricos durante a entrevista e instruções para cada pergunta dos questionários dos mestrandos.

**Controle de planilhas:** Fernanda Ewerling; Natália Lima.

Essa comissão foi responsável pelo controle de entrevistas de cada setor, sendo que as informações eram obtidas de cada mestrando, semanalmente, para que a planilha ficasse atualizada. Essa planilha possuía informações sobre número de domicílios visitados, número de idosos, número de domicílios sem idosos, número de entrevistas realizadas, controles de qualidades feitos e pendências de entrevistas ou de setores. Ainda, foi responsável pelo controle de inconsistências das entrevistas que eram enviadas para o mestrando

responsável pela entrevistadora, solucionado e devolvido para a comissão do banco de dados para a correção.

### **3. QUESTIONÁRIOS**

As questões referentes aos aspectos socioeconômicos foram incluídas no instrumento “Bloco B”, sendo referente ao bloco domiciliar. As questões demográficas, comportamentais e específicas do instrumento de cada mestrando foram incluídas no questionário geral, denominado “Bloco A” ou bloco individual.

O Bloco A era respondido por indivíduos com 60 anos ou mais, pertencentes à pesquisa. Esta parte foi composta por 220 questões, incluindo aspectos demográficos e questões específicas do instrumento de cada mestrando, como: atividade física, estilo de vida, presença de doenças, alimentação e nutrição, utilização dos serviços de saúde, vacinação contra a gripe, consultas com o dentista, utilização de prótese dentária, acesso e utilização de medicamentos, ajuda para alguma atividade de vida diária e depressão. Além disso, continha os testes e medidas que foram realizados durante a entrevista (teste de marcha, levante e ande e da força manual; medidas de peso, altura do joelho, circunferência da cintura e da panturrilha). Também foi coletada saliva apenas em idosas nascidas nos meses de janeiro, março, maio, junho, agosto, setembro, outubro e dezembro.

O Bloco B foi respondido apenas por uma pessoa, preferencialmente o chefe da família, podendo ser ou não o(a) idoso(a). Esse bloco continha 31 perguntas referentes aos aspectos socioeconômicos da família e posse de bens.

### **4. MANUAL DE INSTRUÇÕES**

A elaboração do manual de instruções auxiliou no treinamento e eventualmente nas entrevistas durante o trabalho de campo. Cada entrevistadora possuía uma versão impressa do manual e para agilizar no momento da entrevista ainda tinha nos *netbooks* uma versão digital do documento.



O manual continha informações necessárias para cada questionário, incluindo orientações sobre o que se pretendia coletar de dados, tendo a explicação da pergunta e opções de resposta além de instruções nos casos em que as opções deveriam ser lidas ou não. Ainda, continha as definições de termos utilizados no questionário, a escala de plantão com o telefone de todos os supervisores e cuidados com a manipulação do *netbook*.

## **5. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM**

Nos projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para o tema de interesse, tanto para estimar número necessário para prevalência quanto para as possíveis associações. Em todos os cálculos foram considerados 10% para perdas e recusas com acréscimo de 15% para cálculo de associações, tendo em vista o controle de possíveis fatores de confusão, e ainda, o efeito de delineamento amostral dependendo de cada tema. Na oficina de amostragem realizada nos dias 16 e 17 de outubro de 2013 coordenada pelos professores Aluísio Jardim Dornellas de Barros e Maria Cecília Formoso Assunção, foi definido o maior tamanho de amostra necessário ( $n=1.649$ ) para que todos os mestrandos tivessem a possibilidade de estudar os seus desfechos, levando em consideração as questões logísticas e financeiras envolvidas.

O processo de amostragem foi realizado em dois estágios. Inicialmente, foram selecionados os conglomerados através dos dados do Censo de 2010<sup>2</sup>. No total tinham 488 setores, porém em razão de haver setores com número muito pequeno de indivíduos com 60 anos ou mais, em comparação aos outros, alguns foram agrupados, restando 469 setores que foram ordenados, de acordo com a renda média dos setores, para a realização do sorteio. Esta estratégia garantiu a inclusão de diversos bairros da cidade e com situações econômicas distintas. Cada setor continha informação do número total de domicílios, organizados através do número inicial e número final, totalizando 107.152 domicílios do município. Sendo assim, com base no Censo de 2010, para encontrar os 1.649 indivíduos foi necessário incluir 3.745 domicílios da zona urbana do município de Pelotas. Definiu-se que seriam selecionados sistematicamente 31 domicílios por setor para possibilitar a identificação de, no

mínimo, 12 idosos nos mesmos, o que implicou na inclusão de 133 setores censitários. Os domicílios, dos setores selecionados, foram listados e sorteados sistematicamente.

A comissão de amostragem e banco de dados providenciou os mapas de todos os setores sorteados e estes foram divididos entre os 18 mestrandos, ficando cada um responsável por, em média, sete setores censitários.

## **6. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS**

Para o reconhecimento dos setores e contagem dos domicílios, realizou-se uma seleção de pessoal para compor a equipe do trabalho de campo. Foi realizada uma pré-divulgação da abertura das inscrições para a função de “batedora” na rede social *Facebook* e site do Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) a partir do dia 14 de outubro de 2013. A divulgação do edital iniciou no dia 21 de outubro de 2013 e foi realizada por diversos meios, como: *web site* da Universidade Federal de Pelotas e do CPE, no jornal Diário da Manhã, cartazes nas faculdades e via *Facebook* do PPGE e dos mestrandos. As inscrições foram encerradas no dia 1º de novembro de 2013.

Como critérios de seleção para as candidatas às vagas de “batedora” e posteriormente entrevistadora, foram utilizados os seguintes critérios: ser do sexo feminino, ter o ensino médio completo e disponibilidade de tempo para realização do trabalho. Outras características, também, foram consideradas, como: experiência prévia em pesquisa, desempenho no trabalho no reconhecimento dos setores, aparência, carisma, relacionamento interpessoal e indicação por pesquisadores do programa. Nesse edital, inscreveram-se 157 pessoas. A seleção das entrevistadoras foi realizada com base em experiências prévias em pesquisa, disponibilidade de tempo e apresentação das candidatas, resultando em 77 pré-selecionadas.

O treinamento para o reconhecimento dos setores censitários foi realizado em novembro de 2013, tendo 4 horas de duração e ao final a aplicação de uma prova teórica, a qual serviu como critério de seleção para a realização do reconhecimento dos setores censitários que fizeram parte do consórcio de pesquisa do PPGE 2013/14. Das 77 selecionadas, 67 compareceram no dia do

treinamento. Sendo que após a realização da prova teórica permaneceram 36. Cada mestrando contou com 2 mulheres para realizar o reconhecimento de cada setor. Este processo, chamado de “bateção”, iniciou em novembro de 2013 e foi até o início de dezembro do mesmo ano, identificando todos os domicílios pertencentes aos setores correspondentes. Além do endereço completo foi, também, registrada a situação do domicílio, ou seja, se era residencial, comercial ou desocupado. Cada mestrando realizou o controle de qualidade (CQ) nos setores sob sua responsabilidade logo quando o reconhecimento foi feito, sendo uma revisão aleatória de alguns domicílios, a observação do ponto inicial e final do setor e recontagem dos domicílios. Cada batedora recebeu R\$ 60,00 por setor adequadamente reconhecido, sendo pago somente após o CQ feito pelo supervisor.

As 29 batedoras que permaneceram até o final do reconhecimento dos setores, foram chamadas para o treinamento do questionário e padronização das medidas que iniciou em janeiro de 2014. De acordo com a logística do trabalho de campo, seria necessário no mínimo de 30 entrevistadoras. Além destas, foram chamadas outras previamente indicadas por pesquisadores e vindas de outras pesquisas que estavam sendo realizadas concomitante.

O treinamento para as entrevistas iniciou no dia 08/01/2014 pela manhã, sendo que 23 entrevistadoras foram convocadas. O mesmo foi realizado pelos mestrandos do programa, onde cada um apresentou suas questões a fim de garantir melhor desempenho das entrevistas. Após a realização da prova teórica, 11 entrevistadoras foram selecionadas para a padronização de medidas de altura do joelho, circunferência da cintura, peso e circunferência da panturrilha. Durante a padronização uma entrevistadora desistiu, restando 10 para serem divididas, onde optou-se por uma organização em duplas de mestrandos.

O trabalho de campo iniciou no dia 28/01/2014 e após o terceiro dia três entrevistadoras desistiram. Diante do número reduzido de entrevistadoras em campo, os mestrandos e responsáveis pelo consórcio de pesquisas do PPGE optaram por realizar uma nova seleção de entrevistadoras. O edital para inscrições foi realizado da mesma maneira que o primeiro e ficou disponível para inscrição do dia 31/01 até 07/02 de 2014. Sendo assim, 65 entrevistadoras se inscreveram e optou-se por chamar todas para este segundo treinamento. No

dia 11/02/2014 iniciou o novo treinamento, com as 65 inscritas. Após o primeiro dia 20 destas permaneceram e restaram 14 para a padronização de medidas, tendo uma desistência totalizando em 13 entrevistadoras ao final. O treinamento e padronização de medidas tiveram duração de 2 semanas, utilizando os turnos da manhã e tarde.

## **7. ESTUDO PILOTO**

O estudo piloto com as entrevistadoras selecionadas na primeira etapa foi realizado no dia 24/01/2014 em um setor não sorteado para a pesquisa, sendo realizado em um dos condomínios da Cohabpel durante manhã e tarde deste dia. Um mestrando de cada dupla responsável pela entrevistadora acompanhou a entrevista e realizou uma avaliação padrão, que também foi considerada mais uma etapa da seleção das mesmas. Após o estudo piloto, foi realizada uma reunião com os mestrandos para a discussão de situações encontradas em campo e possíveis erros nos questionários. As modificações necessárias foram realizadas pela comissão do questionário, manual e banco de dados antes do início do trabalho de campo.

No dia 24/02/2014, exatamente um mês após o primeiro, foi realizado outro estudo piloto, também no condomínio Cohabpel no período da tarde como forma de seleção das entrevistadoras que participaram do treinamento de questões e padronização de medidas da segunda etapa. Foi discutido entre a turma, após ambos estudos pilotos, sobre o desempenho das candidatas e questões que precisavam ser reforçadas antes do início do trabalho.

## **8. LOGÍSTICA E TRABALHO DE CAMPO**

O início do trabalho de campo deu-se no dia 28/01/2014, inicialmente as entrevistadoras recebiam os vales-transportes e visitavam por conta os domicílios referentes aos setores dos seus mestrandos responsáveis. Porém, devido ao reduzido número de entrevistadoras e algumas desistências que ocorreram entre as primeiras selecionadas e, também, para agilizar o trabalho de campo a logística foi reorganizada contando com o auxílio de uma van da UFPel que levava as entrevistadoras nos setores selecionados para a pesquisa.

Para isso, o trabalho de campo foi realizado por bairros e respectivos setores, com todas as entrevistadoras juntas permanecendo cada mestrando como responsável pelos setores previamente sorteados e pelas entrevistadoras. Os critérios foram os mesmos em ambos os treinamentos. Esta van da UFPel iniciou ao final do mês de fevereiro (27/02/2014) e permaneceu até o final do campo, agosto (02/08/2014), foram 114 dias trabalhados para o Consórcio de Pesquisas do PPGE.

Em todos os domicílios sorteados foi aplicado um questionário de composição familiar (CF), no qual eram registrados: nome e idade de todos os moradores e contato telefônico (fixo e/ou celular). Onde havia algum morador com 60 anos ou mais, essa pessoa era convidada a participar da pesquisa no momento, através de uma carta de apresentação, e se no momento, não fosse possível era agendado o melhor horário.

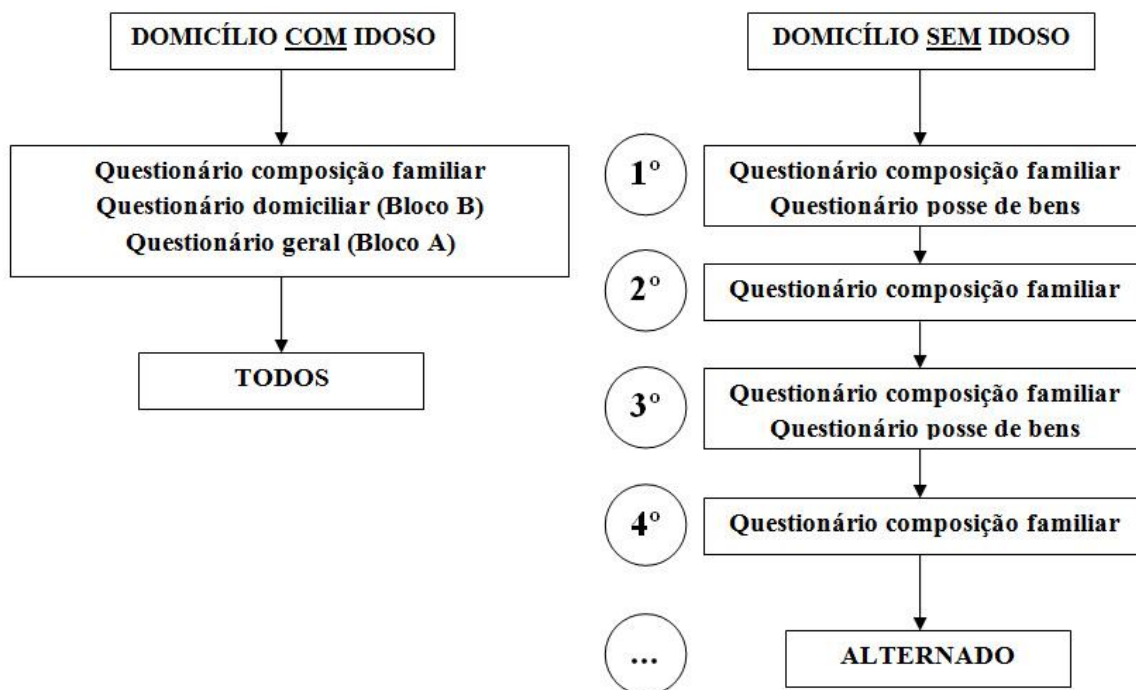
Nos domicílios em que não tinham moradores com 60 anos ou mais, era aplicado um questionário sobre a posse de bens a cada dois domicílios, ou seja, no primeiro que fosse aplicado o questionário de composição familiar e não houvesse idosos aplicava-se o questionário de composição familiar e posse de bens. No segundo que não tivesse idosos, não se aplicava o questionário de posse de bens (apenas o de composição familiar). No terceiro, aplicavam-se ambos, e assim por diante. Esta parte, em domicílios sem idosos, foi realizada por ser o tema de pesquisa de uma mestranda (Figura 1).

Inicialmente, as CF eram aplicadas pelas entrevistadoras juntamente com o questionário de posse de bens, realizado a cada dois domicílios sem idosos. Essa parte da pesquisa foi obtida remuneração extra às entrevistas. Após o término das CF de todos os setores de um bairro iniciou-se a etapa de entrevistas, as quais foram agendadas por telefone, ou pessoalmente, e distribuídas para as entrevistadoras de forma homogênea.

Tendo em vista a nova logística, durante o trabalho de campo a escala de plantões teve que ser reorganizada tendo dois mestrandos por dia, um que ia na van, organizando a rota e auxiliando as entrevistadoras, e outro que agendava as entrevistas e organizava a demanda recebida na sala do consórcio.

Diante das necessidades em identificar idosos em outros setores, de outros bairros, os mestrandos assumiram as CF, indo nos domicílios para fazer a identificação dos moradores e entregada carta de apresentação em casos de

presença de idoso além da aplicação das questões de posse de bens. Essa mudança foi um consentimento geral entre a turma a fim de otimizar o tempo do trabalho de campo. Sendo assim, outros setores foram abertos e as entrevistadoras ficaram responsáveis somente pelas entrevistas com idosos que, na maioria das vezes, eram previamente agendadas.



**Figura 1.** Fluxograma do funcionamento das composições familiares em domicílios com e sem idosos (60 anos ou mais). Consórcio de Pesquisa do PPGE, 2013/2014. Pelotas, RS.

## 9. LOGÍSTICA DOS ACELERÔMETROS

Durante o trabalho de campo, todos os idosos entrevistados eram contatados para a entrega de um aparelho que mede a atividade física, o acelerômetro, sendo de interesse de dois mestrandos da área. O modelo utilizado na coleta de dados foi o GENEActive®, o qual deveria ser utilizado durante sete dias. O dispositivo deveria ser colocado no pulso do membro superior não dominante, durante as 24 horas do dia, incluindo o banho e as horas de sono, após esse período o dispositivo era recolhido para o download e análise dos dados.

Quanto à marcação e entrega para a colocação, o agendamento era feito diariamente. O responsável por esta tarefa marcava as colocações de

segunda-feira a sábado e repassava para o entregador o qual levava o aparelho até o domicílio dos idosos. No momento da entrega o aparelho era ativado. O recolhimento se dava sete dias após a colocação, o responsável pelos agendamentos marcava com o indivíduo e o entregador buscava o dispositivo nos domicílios dos idosos.

Para os agendamentos e recolhimentos, todos entrevistados foram contatados via telefone após a entrevista. O recolhimento e a entrega dos dispositivos eram realizados de forma simultânea, o entregador saía do Centro de Pesquisas com duas listas, uma lista de idosos que completaram os sete dias de coleta e, portanto, deveriam entregar o acelerômetro, e uma lista de idosos marcados para a colocação do dispositivo.

## **10. CONTROLE DE QUALIDADE**

Para garantir a qualidade dos dados coletados foi feito treinamento das entrevistadoras, elaboração de manual de instruções, verificação semanal de inconsistências no banco de dados e reforço das questões que frequentemente apresentavam erros. Além disso, os mestrandos participaram ativamente do trabalho de campo fazendo o controle direto de diversas etapas.

Já na primeira etapa onde foi feito o reconhecimento dos setores pelas “batedoras” os mestrandos realizaram um controle de qualidade checando a ordem e o número dos domicílios anotados na planilha além de selecionar aleatoriamente algumas residências para verificar se as mesmas foram visitadas.

Após a realização das entrevistas, através do banco de dados recebido semanalmente, eram sorteados 10% dos indivíduos para aplicação de um questionário reduzido, elaborado pela comissão do questionário, contendo 19 questões. Este controle era feito pelos mestrandos por meio de revisita aos domicílios sorteados, afim de identificar possíveis problemas no preenchimento dos questionários e calcular a concordância, através da estatística Kappa, entre as respostas.

## 11. RESULTADOS GERAIS

A coleta dos dados terminou no dia 02 de agosto de 2014 com oito entrevistadoras em campo. O banco de dados trabalhou durante duas semanas, após o final do trabalho de campo, para a entrega do banco final contendo todas as informações coletadas e necessárias para as dissertações dos mestrandos. Durante todo o trabalho de campo foram realizadas, periodicamente, reuniões entre os mestrandos, professoras supervisoras e entrevistadoras visando o repasse de informações, tomada de decisões, resolução de dificuldades e avaliação da situação do trabalho. No dia 19 de agosto foi realizada a última reunião do Consórcio de Pesquisas do ano de 2013/2014, entre mestrandos e coordenadoras da pesquisa, para entrega dos resultados finais e atribuições de cada comissão.

Ao final do trabalho de campo foram contabilizadas 1.451 entrevistas com idosos, sendo 63% (n= 914) do sexo feminino e 37% (n= 537) do masculino. O número de idosos encontrados foi de 1.844, totalizando 21,3% (n= 393) de perdas e recusas, sendo a maioria do sexo feminino (59,3%) e com faixa etária entre 60-69 anos (59,5%), conforme descrito na tabela 2. O percentual atingido, ao final do trabalho de campo, foi de 78,7% com o número de idosos encontrados (1.844) e de 88% considerando o número de idosos que se pretendia encontrar inicialmente (1.649).

Fizeram parte da pesquisa 4.123 domicílios dos 133 setores sorteados, sendo 3.799 visitados tendo 1.379 domicílios com indivíduos de 60 anos ou mais. Em relação ao estudo de uma mestranda sobre índice de bens, foram realizadas 886 listas de bens nos domicílios sem idosos, conforme a logística apresentada anteriormente. O percentual de CQ (10%) foi atingido, ao final, sendo realizados 145 controles.



**TABELA 2.** Descrição das perdas e recusas segundo sexo e idade. N=393. Consórcio de Pesquisa do PPGE, 2013/2014. Pelotas, RS.

Variáveis	N (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	159 (40,5)
Feminino	233 (59,3)
Sem informação	1 (0,2)
<b>Faixa etária</b>	
60-69	234 (59,5)
70-79	90 (22,9)
80 ou mais	67 (17,1)
Sem informação	2 (0,5)

## 12. CRONOGRAMA

As atividades do Consórcio tiveram início em outubro de 2013 e terminaram em agosto de 2014.

Atividades	2013			2014							
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Oficina de amostragem											
Entrega do projeto ao CEP da FAMED, UFPEL											
Reconhecimento dos setores											
Elaboração do questionário e manual de instruções											
Treinamento das entrevistadoras											
Estudo Piloto											
Realização do trabalho de campo											

### 13. ORÇAMENTO

O Consórcio de Pesquisa foi financiado por duas diferentes fontes: recursos provenientes do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da CAPES, repassados pelo PPGE, no valor de R\$ 82.500,00 e recursos dos mestrandos no valor de R\$ 8.100,00. No total, foram disponibilizados R\$ 85.228,05 gastos conforme demonstrado abaixo (Tabelas 3 e 4).

**TABELA 3.** Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelo programa. Consórcio de Pesquisa do PPGE, 2013/2014. Pelotas, RS.

Item	Quantidade	Custo total (R\$)
Vale-transporte	7.072	20.430,50
Pagamento da secretária	11 meses	9.393,34
Pagamento das entrevistas	1.452	37.729,00
Pagamento da bateção	134	8.340,00
Camisetas/serigrafia	80	1.160,00
Cópias/impressões	50.000	4.000,00
Total	-	81.052,84

**TABELA 4.** Gastos finais da pesquisa com recursos disponibilizados pelos mestrandos do programa. Consórcio de Pesquisa do PPGE, 2013/2014. Pelotas, RS.

Itens	Quantidade	Custo total (R\$)
Seguro de vida entrevistadoras	21	1.485,78
Mochilas	20	960,00
Antropômetros	20	795,00
Material de escritório	-	606,43
Coquetel final de trabalho de campo	-	298,00
Divulgação	-	30,00
Total	-	4.175,21

## **14. REFERÊNCIAS**

1. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11: 133-44.
2. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.

### **3.ARTIGO ORIGINAL**

**HÁBITOS SAUDÁVEIS: QUE TIPO DE ORIENTAÇÃO A POPULAÇÃO  
IDOSA ESTÁ RECEBENDO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?**

**HEALTHY HABITS: WHAT KIND OF ORIENTATION ELDERLY  
POPULATION IS RECEIVING OF HEALTH PROFESSIONALS?**

**HÁBITOS SALUDABLES: ¿QUÉ TIPO DE ORIENTACIÓN PERSONAS  
MAYORES SE RECIBE DE PROFESIONALES DE LA SALUD?**

Título resumido: **Orientações sobre hábitos saudáveis para idosos**

<sup>1</sup>Thaynã Ramos Flores

<sup>1</sup>Maria Cecília Formoso Assunção

<sup>1</sup>Andréa Dâmaso Bertoldi

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de  
Pelotas

### **Correspondência**

Thaynã Ramos Flores  
Rua Marechal Deodoro, 1160- 3º Piso  
Bairro Centro- Pelotas, RS  
Cep: 96020-220- Caixa Postal 464  
Tel/fax +55 (53) 3284-1300

## **Resumo**

O objetivo foi descrever orientações sobre hábitos saudáveis por profissionais de saúde em idosos de acordo com indicadores socioeconômicos, demográficos, comportamentais, de saúde e do tipo de serviços. Estudo transversal, de base populacional, com indivíduos de 60 anos ou mais da zona urbana de Pelotas/RS. Foram avaliadas as orientações: controlar o peso, reduzir o sal, açúcar e gordura, praticar atividade física, não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas. Entre os 1.451 idosos, 1.281 consultaram no último ano. As orientações mais referidas foram redução de gordura (61,7%), de sal (61,5%) e prática de atividade física (58,2%). Idosos que consultaram três vezes ou mais no último ano e pelo SUS receberam mais orientações. Os com nível econômico A/B tiveram maior probabilidade de receber orientação para controle de peso (27%) e para prática de atividade física (34%), e os escolarizados tiveram maior probabilidade de receber orientação para praticar atividade física (34%). As orientações, por profissionais de saúde, devem ser mais frequentes considerando as características dos idosos.

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

## **Abstract**

The aim was to describe orientation on healthy habits for health professionals in the elderly according to socioeconomic, demographic, behavioral, health and the type of services. Cross sectional study of population-based individuals 60 years or more in the urban area of Pelotas/RS. The orientation were evaluated: control weight, reduce salt, sugar and fat, physical activity, not smoking and not drinking alcohol. Among the 1,451 elderly, 1,281 visits in the past year. The more these orientation were fat reduction (61.7%), salt (61.5%) and physical activity (58.2%). Seniors who attended three or more times in the last year and the SUS received further orientation. The economic level with A/B were more likely to receive counseling for weight control (27%) and physical activity (34%), and the educated were more likely to receive orientation for physical activity (34%). The orientation for health professionals should be more frequent considering the characteristics of the elderly.

**Keywords:** Orientation; Health promotion; Lifestyle; Healthy behavior; Aged.

## **Resumen**

El objetivo fue describir orientación sobre hábitos saludables para los profesionales de la salud en los ancianos según socioeconómicas, demográficas, de comportamiento, la salud y el tipo de servicios. Estudio transversal de individuos basados en población de 60 años o más en el área urbana de Pelotas/RS. Se evaluaron las directrices: controlar el peso, reducir la sal, el azúcar y la grasa, la actividad física, no fumar y no beber alcohol. Entre las 1.451 personas mayores, 1.281 visitas en el último año. Los más estas directrices eran la reducción de grasa (61,7%), sal (61,5%) y la actividad física (58,2%). Las personas mayores que asistieron a tres o más veces en el último año y el SUS recibieron orientación adicional. El nivel económico con A/B tenían más probabilidades de recibir asesoramiento para el control de peso (27%) y la actividad física (34%) y la educación eran más propensos a recibir orientación para la actividad física (34%). Las pautas para los profesionales de la salud, deben ser más frecuentes considerando las características de las personas mayores.

**Palabras clave:** Orientación; Promoción de la salud; Estilo de vida; Conductas saludables; Adultos mayores.



## Introdução

A mudança demográfica que acometeu o mundo todo é caracterizada pelo fenômeno de envelhecimento populacional<sup>1, 2</sup>. No Brasil, esse processo ocorreu concomitante à transição epidemiológica, mudança do quadro de doenças infecciosas para doenças crônicas não transmissíveis, agregando um grande desafio para o sistema de saúde<sup>3</sup>, sendo necessário maior ênfase e investimentos em ações de promoção e prevenção da saúde<sup>1</sup>.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) objetiva ações de prevenção de doenças e promoção da saúde como componente fundamental dos serviços, salientando as orientações sobre hábitos saudáveis como uma das estratégias propostas em todas as faixas etárias<sup>2</sup>. As recomendações em saúde consistem em um processo genérico de auxílio que envolve desde as orientações realizadas por profissionais de saúde até as estratégias de intervenção<sup>4</sup>. Em países de renda alta, estudos evidenciaram uma melhoria nos hábitos de vida após recomendações realizadas por algum profissional de saúde<sup>5, 6</sup>. Evidências apontam os benefícios das ações de promoção de hábitos saudáveis sobre as condições de saúde da população idosa<sup>7, 8</sup>.

As ações estabelecidas pela PNPS devem abranger toda população, permitindo o alcance de indivíduos pertencentes às camadas menos privilegiadas e mais vulneráveis, auxiliando no processo de redução das iniquidades sociais<sup>9</sup>. O Brasil possui marcantes desigualdades sociais em saúde, onde indivíduos com menor classificação econômica e escolaridade tendem a encontrar mais dificuldades no acesso aos serviços, utilizando-os com menor frequência<sup>10</sup>. Assim, esses indivíduos podem receber menos orientações de profissionais de saúde<sup>11, 12</sup>.

As orientações sobre hábitos saudáveis podem estar vinculadas a diversos meios, inclusive aos de comunicação<sup>3</sup>. Entretanto, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos são atribuições dos profissionais de saúde e devem ser realizadas em todo contato do usuário com o serviço<sup>2, 13, 14</sup>.

Existem diferentes formas de avaliar o recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis, realizadas por profissionais de saúde, podendo ser por meio de observação de consultas<sup>15</sup>, em entrevistas realizadas no serviço de saúde com os indivíduos<sup>16</sup> e, ainda, no relato do indivíduo em inquéritos domiciliares<sup>17</sup>

<sup>5, 6, 18, 19</sup>. Esta última possui algumas vantagens em relação às anteriores, pois

evita que a resposta dos indivíduos seja influenciada por estarem nos serviços de saúde, o que configura em um 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 recomendações<sup>20</sup>. Estudos, de base populacional, apenas com idosos que abordem essa temática são escassos no Brasil.

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, RS. O inquérito, realizado no ano de 2014, fez parte de uma pesquisa envolvendo 18 mestrandos que investigaram temas relacionados à saúde da população idosa. Os métodos utilizados neste estudo foram aplicados anteriormente e maiores detalhes podem ser encontrados em outra publicação<sup>21</sup>.

No último censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>22</sup> 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 a realização do sorteio os 469 setores foram ordenados por renda média do setor, permitindo que todos os setores censitários da cidade tivessem a mesma oportunidade de participar do estudo independente de classe econômica. Visando atender todos os objetivos dos mestrandos envolvidos na pesquisa, foi estabelecido que seriam estudados 1.649 idosos. Para isso, foram selecionados 133 setores e 3.745 domicílios.

A partir da seleção dos setores e sorteio dos domicílios, 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 neste estudo.

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<sup>1, 3, 13</sup>. 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 com uma amostra de conveniência com 43 indivíduos de ambos os sexos, com faixa etária entre 60 e 83 anos e com diferentes escolaridades.

As variáveis demográficas e socioeconômicas utilizadas foram: sexo (masculino e feminino), faixa etária (60-69, 70-79 e 80 ou mais), cor da pele observada pela entrevistadora (branca e não branca), 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)<sup>23</sup>. Também foram utilizadas as seguintes variáveis: morbidades autorreferidas (sim/não) - hipertensão arterial e diabetes mellitus - 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)<sup>24</sup> sendo utilizada uma estimativa global, considerando a atividade física no deslocamento e no lazer.

Realizou-se a mensuração do peso e altura dos idosos. Uma vez que nessa população é comum a presença de curvatura de coluna, a altura foi estimada através da medida da altura do joelho ao calcanhar<sup>25</sup>. Por meio de equações específicas<sup>26</sup> é possível obter uma estimativa da altura real do indivíduo. Para obtê-la utilizou-se antropômetro infantil em madeira da marca Indaiá®, com escala de 100 centímetros, graduação em milímetros. Para aferição do peso foram utilizadas balanças eletrônicas da marca Tanita®, modelo UM-080, com capacidade máxima de 150 quilogramas e precisão de 100 gramas. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi construído a partir das medidas de peso (Kg) e altura estimada a partir da altura do joelho ao calcanhar (cm). O ponto de corte definido foi de  $IMC > 27 \text{ Kg/m}^2$  para excesso de peso<sup>27</sup>.

Ainda, foram utilizadas as seguintes variáveis referentes às características de 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/políclínicas, sindicatos/empresas e outros) e financiamento do atendimento da última consulta (particular, convênio ou Sistema Único de Saúde - SUS). Para coleta de todas as informações acima, o período recordatório utilizado foi de um ano.

O tamanho de amostra para o presente estudo foi calculado a fim de garantir o número necessário para investigar a prevalência das orientações sobre hábitos saudáveis e suas possíveis associações com as variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais, de saúde e dos serviços de saúde. Para estudar as prevalências de todos os desfechos seriam necessários 979 idosos, que foi o número máximo calculado em relação à variável “orientação de redução do consumo de gorduras”. Para o cálculo de associações adotou-se um nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80% e razões de prevalências mínimas de 1,2. Ainda, acrescentou-se 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fator de confusão. Considerando um efeito de delineamento de 1,5, a associação que exigiu maior tamanho de amostra foi entre orientação para redução do consumo de açúcar e escolaridade, sendo necessários 1.493 idosos.

As entrevistas foram realizadas por entrevistadoras treinadas para a função. A coleta de dados teve duração de seis meses e as entrevistas foram realizadas com registro de dados em *netbooks*, que apresentavam o instrumento completo, além de campos para o preenchimento das medidas antropométricas realizadas na mesma ocasião. Foram consideradas perdas e recusas as entrevistas não realizadas após três ou mais tentativas em dias e turnos diferentes, sendo que pelo menos uma tentativa deveria ser realizada pelo mestrando responsável. O controle de qualidade das entrevistas foi realizado pelos mestrandos, em 10% da amostra, através de questionário reduzido contendo 19 questões. O valor do coeficiente Kappa para a variável (consulta com profissional de saúde no último ano) inserida para verificar a concordância foi de 0,64.

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%), considerando aqueles idosos que consultaram com profissionais de saúde no último ano. Também verificou-se as prevalências dos desfechos de acordo com características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de saúde e dos serviços. Para isso utilizou-se o teste de qui-quadrado de heterogeneidade para as variáveis categóricas nominais e o teste de qui-quadrado de tendência linear

para as categóricas ordinais. Os valores de p deste último teste foram apresentados nos resultados somente após checagem de desvio de linearidade.

Utilizou-se regressão de Poisson<sup>28</sup> para obtenção das razões de prevalência com seus respectivos IC95% e valores de p na análise bruta e ajustada entre os desfechos e os indicadores socioeconômicos (classificação econômica e escolaridade). Os ajustes realizados foram para as seguintes variáveis: sexo, idade, cor da pele e situação conjugal. Além dessas, quando avaliou-se os desfechos com a classificação econômica incluiu-se a escolaridade no modelo e quando avaliou-se os desfechos com a escolaridade incluiu-se a classificação econômica, com a intenção de controlar o efeito das possíveis variáveis de confusão. Considerou-se que a classificação econômica e escolaridade permitiriam explicações diferentes já que a correlação foi de 0,61. Associações com valor-p menor 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 projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, tendo como número de protocolo: 201324538513.1.0000.5317. As entrevistas foram realizadas somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo idoso ou seu responsável.

## 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 apresentaram diferenças em relação a amostra estudada, para a variável idade, sendo as médias de 70,7 (DP= 8,2) e 69,5 (DP= 8,6) para a amostra e para as perdas e recusas, respectivamente (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 neste estudo. Esta 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%), casado/com companheiro (53,8%), com o 1º grau incompleto (52,9%) e pertencentes à classificação econômica C (52,5%). Majoritariamente, o recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis foi mais frequente entre as mulheres e em idosos com 60-69 anos. Em relação à cor da pele, apenas a orientação de redução de sal apresentou diferença, 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 (Tabela 1).

Cerca de 70% referiu diagnóstico médico de hipertensão arterial e 25% de diabetes mellitus. Em relação às variáveis comportamentais, cerca de 10% da amostra era fumante, 20% ingeriu bebidas alcoólicas nos 30 dias que antecederam à pesquisa, 57% estavam com excesso de peso,

aproximadamente 60% eram insuficientemente ativos e 90% usavam medicamentos 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 três vezes no ano anterior à entrevista (67,9%), sendo a maior concentração em consultas financiadas por convênios (44,2%) e realizada em consultórios médicos (48,1%). As maiores prevalências de recebimento de orientações foram evidenciadas entre os idosos que consultaram mais de três vezes no último ano 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, em relação aos demais locais. Observou-se que a orientação para prática de atividade física foi mais prevalente em idosos que foram atendidos por convênio e em consultórios (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta a análise bruta e ajustada entre os desfechos e os indicadores socioeconômicos. 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 ajuste para as variáveis demográficas e escolaridade, mantiveram-se as associações entre classificação econômica e orientação para controle de peso ( $p= 0,04$ ) e para a prática de atividade física ( $p= 0,01$ ). 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).

Em relação à escolaridade, no modelo bruto observou-se associação com as orientações para controle de peso, redução de sal e de açúcar e prática de atividade física. Após o ajuste, permaneceram significativas as associações entre escolaridade e orientação de redução do consumo de sal ( $p= 0,003$ ), redução do consumo de açúcar ( $p= 0,04$ ) e prática de atividade física ( $p= 0,007$ ). Os idosos que mais receberam orientação para redução do consumo de sal



possuíam o 1º grau completo e, para redução do consumo de açúcar tinham o 1º grau incompleto. Já para a orientação para prática de atividade física observou-se maior recebimento de orientação entre os mais escolarizados, sendo que aqueles com nível superior tiveram uma probabilidade 34% maior de receber orientação do que os com nenhuma escolaridade.

## Discussão

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

Mesmo considerando os grupos mais vulneráveis (hipertensos, diabéticos, com excesso de peso e em uso de medicamentos de uso contínuo), as recomendações atingiram menos de 80% dos idosos com essas características, com exceção da orientação para redução do consumo de açúcar entre os indivíduos com diabetes. As prevalências de orientações entre os hipertensos e diabéticos deste estudo foram inferiores para a maioria das orientações observadas em estudos realizados nos Estados Unidos e Canadá<sup>5, 6</sup>. Entretanto, no presente estudo, a prevalência de orientação para a prática de atividade física foi maior do que a encontrada no estado do Rio Grande do Sul (cerca de 35%) em um estudo realizado em áreas de abrangência de UBS no Nordeste e Sul do Brasil incluindo adultos e idosos<sup>18</sup>.

As ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, atribuídas aos profissionais, devem subsidiar a adoção de um estilo de vida saudável<sup>2, 13</sup>, sendo uma maneira de integrar o indivíduo no gerenciamento de sua própria saúde<sup>16</sup>. A realização destas orientações pode conferir aos serviços maior qualidade e diminuição de agravos vinculados à falta de promoção da saúde<sup>9, 13</sup>.

O processo de um sistema de saúde é embasado em ações de oferta e recebimento, sendo que neste último o alvo é a população que busca atendimento nos serviços de saúde<sup>29</sup>. Os idosos consultam com maior frequência a profissionais de saúde<sup>30</sup>, em relação aos demais grupos etários. Neste estudo, a relação entre o recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis e o número de consultas com profissionais de saúde mostrou-se positiva, ratificando que o maior contato dos idosos com os serviços representam mais oportunidades para o recebimento de recomendações<sup>12</sup>. Não obstante, considerando as prevalências dos desfechos e que a maioria os 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 a profissionais de saúde com essa frequência e não receberam orientação para redução do consumo de sal e gordura, por exemplo. O Ministério da Saúde preconiza que as recomendações sobre hábitos saudáveis devem ser realizadas em todo o contato com o usuário<sup>3</sup>,  
13, 14.

A partir dos resultados observados, neste estudo, 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 o que foi recomendado pelo profissional de saúde<sup>18</sup> e, não, simplesmente uma transmissão de informações. Neste processo de educação em saúde existem muitos fatores envolvidos e que não foram avaliados neste estudo, como a formação dos profissionais o que pode atuar de forma positiva na inserção de ações que visem a promoção e educação em saúde<sup>13</sup>, orientando mais os indivíduos. Outro aspecto a ser mencionado é o tempo de duração das consultas que pode ser um dos problemas enfrentados pelo serviço, bem como o número reduzido de profissionais e a alta demanda podendo minimizar a oferta de informações devido ao curto tempo com os indivíduos, não permitindo que os profissionais enfatizem as orientações em todos os encontros.

Os idosos que referiram consultar pela última vez, nos últimos doze meses, pelo convênio apresentaram maior frequência de recebimento de orientações para redução do consumo de açúcar e para a prática de atividade física. Enquanto que aqueles que foram financiados pelo SUS, receberam mais orientações para a redução do consumo de sal, para a redução do consumo de gorduras e para não fumar. Os achados mostraram que os serviços financiados pelo SUS estão enfatizando as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, de forma que a população que busca por esses serviços possa estar sendo atingida por estratégias que visem a melhoria dos hábitos de vida<sup>2</sup>. Ainda, observou-se que a prevalência de idosos hipertensos e diabéticos atendidos por serviços do SUS foi maior do que em outros tipos de financiamento (convênio ou particular).

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 feminino<sup>12</sup>, aumentando as oportunidades de recebimento de recomendações para um estilo de vida

saudável. As prevalências de recebimento de orientações mostraram-se maior entre os idosos da faixa etária de 60 a 69 anos e para alguns desfechos entre aqueles com 70 a 79 anos, nunca maiores para os com 80 anos ou mais. As baixas prevalências de orientações para os idosos mais velhos pode ser justificadas pelos profissionais acreditarem ser tardia a adoção de um estilo saudável para essa faixa etária<sup>1</sup>.

Os idosos com alguma doença crônica não transmissível (DCNT) são os que mais utilizam os serviços de saúde para o monitoramento de suas condições e redução dos agravos gerados por essas doenças<sup>30</sup>. 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 do que aqueles sem essas condições. Esse achado foi semelhante ao encontrado em estudos realizados com adultos e idosos brasileiros<sup>18</sup>. No entanto, cabe destacar as oportunidades perdidas de prevenção da saúde entre os idosos que não apresentavam problemas crônicos. O aconselhamento deve ser oferecido independente da presença de doenças ou condições crônicas<sup>19, 31</sup>.

É importante ressaltar que mesmo que as DCNT necessitem do tratamento medicamentoso, as modificações no estilo de vida devem ser incentivadas e fazer parte da terapêutica<sup>14</sup>. Embora as prevalências de orientações sobre hábitos saudáveis, observadas no presente estudo tenham sido superiores em idosos com problemas crônicos acredita-se que as prevalências estejam abaixo do esperado, visto que essa população usa com maior frequência os serviços de saúde e assim está mais exposta a receber orientações<sup>30, 31</sup>. Esse achado foi semelhante ao evidenciado em outro estudo, com adultos, cabendo salientar que esse impasse não é específico para a população idosa<sup>19</sup>, 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. (2009)<sup>18</sup>. Esses resultados sugerem que os profissionais de saúde, no momento da consulta, não investigam sobre a prática de atividade física dos indivíduos<sup>18</sup>. Ainda, a falta de recomendações pode reduzir o engajamento dos indivíduos nos hábitos saudáveis. Por isso, os profissionais de saúde devem incentivar constantemente os indivíduos a adotar

um estilo de vida saudável, diminuindo a presença de doenças crônicas e de suas consequências<sup>5, 6, 20</sup>.

Nesta amostra, os questionamentos sobre o recebimento de orientação para não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas não foram direcionados apenas aos idosos que possuíam esses hábitos. Acredita-se que ambos os comportamentos estão interligados e não possuem momento certo para o início ou recidivas<sup>14</sup>. Ainda, a PNPS recomenda que a população deve ser fortemente incentivada contra a adoção e desvinculação desses comportamentos<sup>2</sup>, sendo que essas medidas buscam evitar o aparecimento de DCNT ou reduzir suas consequências aos idosos<sup>1</sup>.

As orientações sobre hábitos saudáveis devem ser igualmente distribuídas na população<sup>2, 9</sup>. 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 destas 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 achados. Os profissionais de saúde podem concluir que indivíduos mais pobres enfrentam maiores dificuldades para aderir a esses comportamentos 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<sup>18, 30</sup>.

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<sup>31</sup>. Porém, quanto à escolaridade as desigualdades não mostraram tendências claras nas diferenças de recomendações para redução de sal e de açúcar. Na orientação para prática de atividade física ficou mais claro que os idosos mais escolarizados foram mais orientados. Embora esses importantes achados em relação à classificação econômica e escolaridade tenham sido demonstrados, cabe

salientar que as desigualdades foram observadas em quatro desfechos em estudo, estando os outros três igualmente distribuídos entre os idosos.

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 realiza inferências causais o que pode minimizar esse viés. Segundo, há possibilidade de viés de recordatório já que as orientações sobre hábitos saudáveis podem não ser eventos marcantes justamente pela baixa frequência com que são realizadas pelos profissionais. Embora a maior parte da literatura utilize o período de doze meses, estudos sobre validação dos períodos recordatórios devem 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, pois 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 da população não era conhecido anteriormente às entrevistas, portanto, mediante testes do questionário com outras formulações desta recomendação foi possível constatar que essa seria a melhor forma de verificação do desfecho, visto que foi a melhor compreendida pelos idosos. Outra possibilidade, que deve ser mencionada, é o erro de classificação quanto à fonte de informação das orientações. As recomendações investigadas são de cunho geral e vinculadas à 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<sup>11, 16-19</sup>. 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 do sistema e serviços de saúde do município.

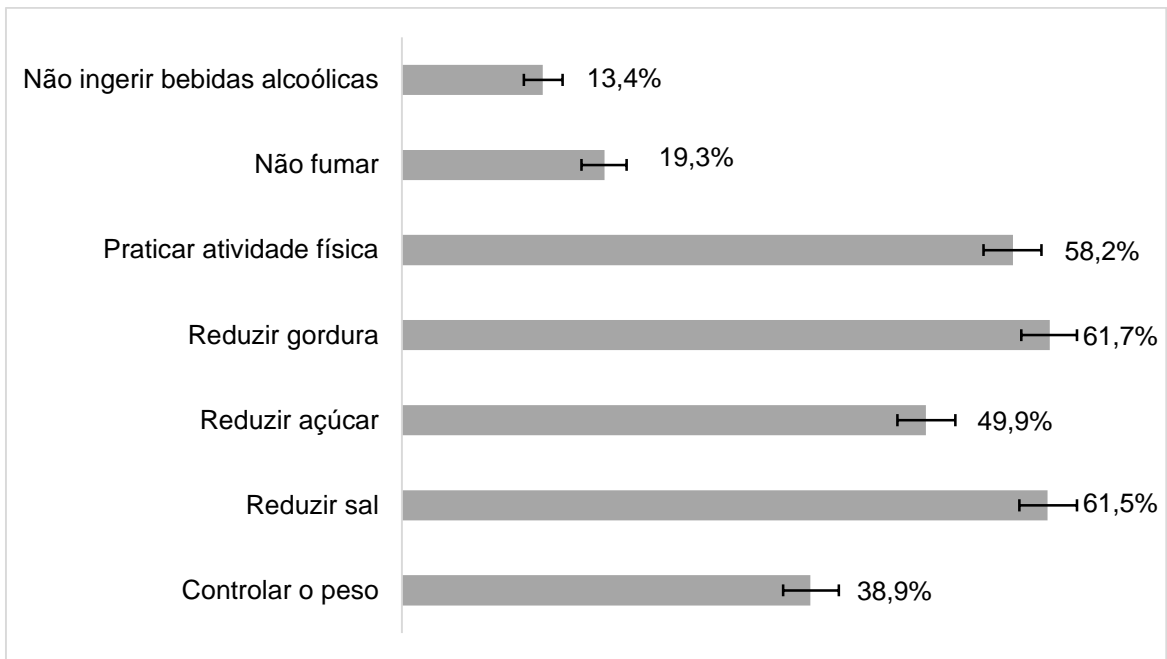
A oferta de orientações sobre hábitos saudáveis, realizada por profissionais de saúde, deve ser mais frequente considerando as características da população idosa. Acredita-se que os serviços possam ainda estar

despreparados para atender à crescente demanda de idosos no contexto de incentivo à adoção de um estilo saudável, mesmo com as melhorias evidenciadas 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. Esses 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.

**Colaboradores:** T.R. Flores participou do trabalho de campo do estudo, elaborou o artigo, analisou os dados, interpretou os resultados, montou as tabelas e redigiu a versão final do artigo. M.C.F. Assunção contribuiu na concepção e revisão do artigo. A.D. Bertoldi trabalhou na revisão do trabalho, desde a concepção até o final, revisou as análises dos dados, interpretação de resultados e revisão final do artigo.

**Agradecimentos/Financiamento:** Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).





**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)

**Tabela 1.** Descrição da amostra de idosos que consultaram profissionais de saúde no último ano e prevalência de orientações recebidas sobre hábitos saudáveis de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas. Pelotas, RS, 2014. (N = 1.281)

Variável	N (%)	Controlar o peso %	Reduzir sal %	Reduzir açúcar %	Reduzir gorduras %	Praticar atividade física %	Não fumar %	Não ingerir bebidas alcoólicas %
<b>Sexo</b>		<i>P=0,004</i>	<i>P=0,16</i>	<i>P= 0,23</i>	<i>P=0,005</i>	<i>P=0,01</i>	<i>P=0,006</i>	<i>P&lt;0,001</i>
Masculino	459 (35,8)	33,8	58,8	47,9	57,1	53,6	23,3	18,1
Feminino	822 (64,2)	41,9	63,0	51,1	64,2	60,7	17,0	10,8
<b>Idade (anos completos)</b>		<i>P&lt;0,001*</i>	<i>P=0,19</i>	<i>P=0,83</i>	<i>P=0,12</i>	<i>P&lt;0,001*</i>	<i>P&lt;0,001*</i>	<i>P&lt;0,001*</i>
60-69	655 (51,3)	43,2	60,1	50,4	62,1	62,3	22,4	17,9
70-79	413 (32,3)	37,3	64,9	50,6	64,4	57,9	20,1	10,9
80 ou mais	210 (16,4)	29,1	57,6	48,1	55,7	46,2	8,1	4,8
<b>Cor da pele**</b>		<i>P=0,73</i>	<i>P=0,02</i>	<i>P=0,87</i>	<i>P=0,71</i>	<i>P=0,31</i>	<i>P=0,90</i>	<i>P=0,67</i>
Branca	1079 (84,4)	38,8	60,2	50,1	61,5	58,9	19,4	13,6
Não Branca	200 (15,6)	40,0	69,0	49,5	63,0	55,0	19,0	12,5
<b>Situação conjugal</b>		<i>P=0,59</i>	<i>P=0,13</i>	<i>P=0,06</i>	<i>P=0,51</i>	<i>P=0,12</i>	<i>P=0,19</i>	<i>P=0,26</i>
Com companheiro	688 (53,8)	39,4	61,8	51,6	61,9	61,1	20,2	13,7
Solteiro	75 (5,9)	44,0	49,3	44,0	54,7	54,7	13,3	10,7
Separado	111 (8,7)	41,4	60,4	38,7	59,5	60,4	24,3	18,9
Viúvo	405 (31,7)	36,8	63,7	51,6	63,5	53,6	17,5	12,1
<b>Escolaridade</b>		<i>P=0,01</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P=0,03</i>	<i>P=0,08</i>	<i>P&lt;0,001*</i>	<i>P=0,38</i>	<i>P=0,85</i>
Nenhuma	169 (13,3)	27,8	62,1	43,2	56,8	45,6	21,9	14,2
1º grau incompleto	672 (52,9)	39,7	64,9	53,9	65,2	56,4	20,8	14,0
1º grau completo	132 (10,4)	37,9	66,7	51,5	60,6	59,1	15,9	14,4
2º grau completo	146 (11,5)	45,9	57,5	45,9	58,9	67,1	15,8	11,6
Nível superior	151 (11,9)	43,7	45,0	43,7	55,6	70,9	16,6	11,3
<b>Classificação Econômica (ABEP)***</b>		<i>P=0,003*</i>	<i>P=0,02</i>	<i>P=0,20</i>	<i>P=0,09</i>	<i>P&lt;0,001*</i>	<i>P=0,03*</i>	<i>P=0,82*</i>
A/B	483 (35,2)	43,6	55,3	47,8	57,1	64,0	16,2	13,3
C	720 (52,5)	37,4	64,1	52,4	64,1	56,2	19,5	12,9
D/E	169 (12,3)	30,6	64,9	45,5	64,2	41,0	24,6	12,7

Valor-P: Teste de qui-quadrado para heterogeneidade \*Valor-P: Teste de qui-quadrado para tendência linear

\*\*Não Branca: Preta, parda, amarela e vermelha.

\*\*\*Classificação da Associação Brasileira das Empresas Brasileiras –ABEP 2014– [www.abep.org](http://www.abep.org).

**Tabela 2.** Descrição da amostra de idosos que consultaram profissionais de saúde no último ano e prevalência de orientações recebidas sobre hábitos saudáveis de acordo com 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 %
<b>Hipertensão arterial</b>		<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P=0,002</i>	<i>P=0,10</i>	<i>P=0,04</i>
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
<b>Diabetes Mellitus</b>		<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P=0,01</i>	<i>P=0,69</i>	<i>P=0,01</i>
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
<b>Tabagismo</b>		<i>P=0,003</i>	<i>P=0,02</i>	<i>P=0,13</i>	<i>P=0,04</i>	<i>P=0,004</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>
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
<b>Álcool (últimos 30 dias)</b>		<i>P=0,03</i>	<i>P=0,10</i>	<i>P=0,10</i>	<i>P=0,52</i>	<i>P=0,17</i>	<i>P=0,89</i>	<i>P&lt;0,001</i>
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
<b>Excesso de peso</b>		<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P=0,35</i>	<i>P=0,22</i>
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
<b>Insuficientemente ativos</b>		<i>P=0,88</i>	<i>P=0,11</i>	<i>P=0,68</i>	<i>P=0,66</i>	<i>P=0,004</i>	<i>P=0,62</i>	<i>P=0,07</i>
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
<b>Medicamentos uso contínuo</b>		<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P&lt;0,001</i>	<i>P=0,69</i>	<i>P=0,17</i>
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 de qui-quadrado para heterogeneidade

**Tabela 3.** Descrição da amostra de idosos que consultaram com profissionais de saúde no último ano e 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 %
<b>Número de consultas</b>		<i>P&lt;0,001*</i>	<i>P&lt;0,001*</i>	<i>P&lt;0,001*</i>	<i>P&lt;0,001*</i>	<i>P&lt;0,001*</i>	<i>P=0,10</i>	<i>P&lt;0,001*</i>
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
<b>Financiamento</b>		<i>P=0,11</i>	<i>P=0,006</i>	<i>P=0,03</i>	<i>P=0,04</i>	<i>P=0,008</i>	<i>P=0,007</i>	<i>P=0,57</i>
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
SUS	468 (36,6)	36,3	66,9	51,3	65,0	54,5	23,9	14,7
<b>Local da última consulta</b>		<i>P=0,09</i>	<i>P=0,03</i>	<i>P=0,20</i>	<i>P=0,22</i>	<i>P=0,04</i>	<i>P=0,04</i>	<i>P=0,56</i>
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 de qui-quadrado para heterogeneidade \*Valor-P: teste de qui-quadrado para tendência linear

\*\*PA: Pronto-Atendimentos

\*\*\*Consultas no domicílio; com familiares e vizinhos.

**Tabela 4.** Análise bruta e ajustada entre o recebimento de orientações e os indicadores socioeconômicos. Pelotas, RS, 2014. (N = 1.281)

Orientações Modelo de ajuste	Classificação econômica (ABEP)**a			Escolaridade <sup>b</sup>				Valor-P
	AB RP (IC95%)	C RP (IC95%)	Valor-P	1º grau incompleto RP (IC95%)	1º grau completo RP (IC95%)	2º grau RP (IC95%)	Nível superior RP (IC95%)	
<b>Controlar o peso</b>								
Análise bruta	1,42 (1,07; 1,90)	1,22 (0,92; 1,62)	<b>0,003*</b>	1,43 (1,11; 1,84)	1,36 (1,02; 1,81)	1,65 (1,20; 2,27)	1,57 (1,14; 2,17)	<b>0,03</b>
Análise Ajustada	1,27 (1,06; 1,70)	1,11 (0,85; 1,47)	<b>0,04*</b>	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>								
Análise bruta	0,85 (0,72; 1,01)	0,99 (0,85; 1,14)	<b>0,04</b>	1,04 (0,91; 1,19)	1,07 (0,90; 1,28)	0,93 (0,78; 1,11)	0,72 (0,60; 0,88)	<b>&lt; 0,001</b>
Análise Ajustada	0,92 (0,77; 1,11)	0,96 (0,83; 1,11)	0,70	1,08 (0,93; 1,25)	1,11 (0,92; 1,34)	0,97 (0,79; 1,19)	0,77 (0,61; 0,97)	<b>0,003</b>
<b>Reduzir açúcar</b>								
Análise bruta	1,05 (0,85; 1,29)	1,15 (0,95; 1,40)	0,21	1,25 (1,05; 1,49)	1,19 (0,96; 1,49)	1,06 (0,84; 1,34)	1,01 (0,76; 1,34)	<b>0,03</b>
Análise Ajustada	1,05 (0,85; 1,30)	1,08 (0,89; 1,31)	0,72	1,26 (1,05; 1,51)	1,18 (0,92; 1,50)	1,07 (0,84; 1,36)	1,01 (0,74; 1,38)	<b>0,04</b>
<b>Reduzir gorduras</b>								
Análise bruta	0,89 (0,76; 1,04)	1,00 (0,85; 1,17)	0,08	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
Análise Ajustada	0,88 (0,74; 1,05)	0,95 (0,81; 1,11)	0,28	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>								
Análise bruta	1,56 (1,24; 1,96)	1,37 (1,08; 1,74)	<b>&lt; 0,001*</b>	1,24 (1,02; 1,50)	1,30 (1,04; 1,61)	1,47 (1,19; 1,83)	1,56 (1,27; 1,90)	<b>&lt; 0,001*</b>
Análise Ajustada	1,34 (1,06; 1,69)	1,26 (1,00; 1,59)	<b>0,01*</b>	1,16 (0,95; 1,41)	1,11 (0,88; 1,39)	1,26 (1,00; 1,58)	1,34 (1,07; 1,68)	<b>0,007</b>
<b>Não fumar</b>								
Análise bruta	0,66 (0,44; 0,99)	0,79 (0,54; 1,16)	<b>0,04*</b>	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
Análise Ajustada	0,71 (0,47; 1,07)	0,80 (0,57; 1,13)	0,13*	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>								
Análise bruta	1,05 (0,59; 1,87)	1,02 (0,62; 1,67)	0,85	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
Análise Ajustada	1,17 (0,63; 2,19)	1,07 (0,65; 1,77)	0,59	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%.

\*\*Classificação da Associação Brasileira das Empresas Brasileiras –ABEP 2014 – www.abep.org.

<sup>a</sup>ABEP: Análise ajustada para sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e escolaridade. Categoria de referência: D/E.

<sup>b</sup>Escolaridade: Análise ajustada para sexo, idade, cor da pele, situação conjugal e ABEP. Categoria de referência: Nenhuma escolaridade.

## Referências bibliográficas

1. BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005. Brasília.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: 2010
3. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2006.
4. Rodrigues EM, Soares FFTP, 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 Jul-Aug;27(4):446-54.
7. 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.
8. Almeida-Pititto B, Griffi SJ, Sharp SJ, Hirai AT, Gimeno SGA, Ferreira SRG. A behavioral intervention in a cohort of Japanese-Brazilians at high cardiometabolic risk. *Rev Saúde Pública* 2012;46(4):602-9.
9. 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.
10. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011 May 9.
11. 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.
12. 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.

13. 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.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM. Brasília, 2002.
15. 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.
16. Andrade KA, Toledo M, 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.
17. Assunção MCF, Santos IS, Costa JSD. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad saúde pública*. 2002;18(1):205-11.
18. 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.
19. Silva, SM; Facchini, LA; Tomasi, E; Piccini, R; Thumé, E; Silveira, DS; Siqueira, FV; Dilélio, AS; Nunes, BP; Saes, MO. 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.
20. Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med*. 2000;9(4):26-33.
21. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, 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;11:133-44.
22. IBGE. Censo Brasileiro 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.
23. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2014.
24. 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 Aug.;35(8):1381-95.
25. Kamimura MA, Baxmann A, Sampaio LR, Cuppari L. Avaliação Nutricional. In: Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto Barueri, SP, Manole. 2005(89-115).

26. Chumlea WC, Guo S. Equations for predicting stature in white and black elderly individuals. *J Gerontol.* 1992;47(6):M197-203.
27. Lischitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care.* 1994;21(1):55-67.
28. 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):DOI: 10.1186/471-2288-3-21.
29. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde; 2002.
30. 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.
31. 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.



## **4.NOTA PARA A IMPRENSA**

## **Falta orientação sobre hábitos saudáveis aos idosos em 40% dos atendimentos em saúde da cidade de Pelotas**

Nove em cada dez idosos da população de Pelotas consultaram um profissional de saúde em 2013. Em menos de 62% das consultas, os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos receberam orientações sobre hábitos saudáveis. Mesmo no grupo de portadores de doenças crônicas, a frequência das recomendações não atingiu 80% dos casos.

Os dados provêm de inquérito sobre o perfil de saúde da população idosa em Pelotas, realizado pelo curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (PPGE/UFPel). De fevereiro a agosto de 2014, o grupo de pesquisa realizou entrevistas domiciliares com aproximadamente 1,4 mil pessoas de 60 anos de idade ou mais residentes na zona urbana do município.

*“É um público que consulta profissionais de saúde com maior frequência. E a consulta é uma excelente oportunidade, que está sendo subaproveitada, de orientar os idosos quanto à adoção de hábitos de vida mais saudáveis”,* avalia a nutricionista Thaynã Ramos Flores, autora da dissertação “Orientações de profissionais de saúde sobre hábitos saudáveis entre idosos”, que teve como orientadora a docente do PPGE, Andréa Dâmaso e coorientadora, a também docente do programa, Maria Cecília Assunção.

O trabalho investigou a frequência com que os idosos receberam sete orientações sobre hábitos saudáveis em consulta aos serviços de saúde: reduzir consumo de sal, de açúcar e de gorduras na dieta, controlar o peso, não fumar, evitar bebidas alcólicas e praticar atividades físicas.

De acordo com resultados da análise, fatores como posição socioeconômica ou presença de doenças influenciaram a ocorrência das recomendações entre idosos. Portadores de diabetes, hipertensos, idosos acima do peso e usuários de medicação contínua estão no grupo de maior frequência de recebimento das orientações, por exemplo. Já idosos mais pobres e com menor escolaridade receberam com menor frequência orientações para controle de peso e prática de atividade física.

Em série de artigos científicos publicada na revista *The Lancet* de 5 de novembro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) situa o envelhecimento populacional como questão prioritária da agenda de políticas de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil.

Medidas de baixo custo, como redução do consumo de sal, políticas antitabagistas e orientações para uma vida saudável, estão entre as soluções estratégicas apontadas pelos especialistas para a prevenção de doenças crônicas e seus agravos entre idosos nos países de baixa e média rendas através dos sistemas públicos de saúde.

## **5. ANEXOS**

## I- Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PELOTAS



Continuação do Parecer: 472.357

Além disso, muitos dos problemas que serão objeto deste estudo não estão circunscritos somente à cidade de Pelotas, sendo de interesse do país em que vivemos.

### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudar a saúde e o comportamento da população idosa da cidade de Pelotas, RS.

Objetivo Secundário:

Estimar as seguintes prevalências na população idosa da cidade de Pelotas, RS: vacinação contra influenza em 2013; recebimento de orientações sobre hábitos saudáveis realizadas por profissionais de saúde; utilização do Programa Farmácia Popular; falta de acesso e a utilização dos serviços de saúde bucal; obesidade geral e abdominal; sarcopenia; risco nutricional; fragilidade; dependência relacionada às atividades de alimentação; depressão; perda dentária severa e uso de prótese dentária autorreferidos. Estudar os seguintes desfechos na população idosa da cidade de pelotas,RS: a evolução temporal da posse de bens que compõem o IEN; a associação entre atividade física e suporte social; o uso de medicamentos potencialmente inadequados; o polimorfismos de base única (SNPs) na região enhancer do gene LCT os genes e sua relação com consumo de leite; a simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis; a adequação do comportamento alimentar às diretrizes brasileiras para uma alimentação saudável; potenciais fatores de risco para quedas no ambiente domiciliar.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O instrumento consta apenas de um questionário de pesquisa a ser respondido no próprio domicílio do entrevistado. Quanto à coleta de saliva, esta é um fluido que é coletado de modo não invasivo, necessitando, apenas, que o indivíduo utilize a língua para estimular a descamação das células da mucosa oral. Na aplicação do teste da marcha, por ser solicitado ao idoso que caminhe numa velocidade maior do que a habitual (porém, frisando que não há a necessidade de correr), percebe-se uma pequena possibilidade de risco de quedas. Visando minimizar tal eventualidade, as seguintes medidas serão adotadas: Escolha adequada do trajeto do percurso a ser percorrido (evitando ambientes escorregadios, como pisos úmidos, excessivamente lisos ou com tapetes; e retirando objetos pontiagudos do trajeto e arredores). Essa escolha fará parte do treinamento das entrevistadoras, e ambientes seguros e inseguros serão ilustrados no manual dos entrevistadores textualmente e por meio de ilustrações demonstrativas; Posicionamento da entrevistadora ou demais pessoas ao redor próximos aos idosos (a fim de amparar quedas, se iminentes); Livre arbítrio do idoso quanto à realização do teste, e possibilidade de interromper o mesmo a qualquer

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301  
Bairro: Centro CEP: 96.020-360  
UF: RS Município: PELOTAS  
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

Página 02 de 04

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PELOTAS



Continuação do Parecer: 472.357

momento se julgar necessário; Treinamento das entrevistadoras para medidas de segurança na realização do teste, e orientação para contato imediato com a equipe de plantão do consórcio no caso de acidentes (visando avaliação médica e/ou encaminhamento a pronto-socorro traumatológico, se necessário); Com relação ao exame de DXA, a ser realizado em um dos subestudos, ressalta-se que a exposição à radiação gerada em um único exame é mínima, e não acarreta riscos à saúde dos entrevistados(4). Os demais testes (medida de força manual através de dinamômetro, e medidas de peso, altura, da circunferência da panturrilha e da cintura) não apresentam, no entendimento do autores, peculiaridades dignas de nota que ponham em risco a segurança do entrevistado. No estudo que prevê a identificação de possíveis casos de depressão, aqueles indivíduos que pontuarem um escore de cinco pontos ou mais, indicando risco de depressão, receberão orientações da mestranda responsável pelo estudo, via telefone ou visita à residência, para buscar auxílio de profissionais e serviços de saúde para avaliação especializada em saúde mental. Estes idosos serão encaminhados ao Ambulatório de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e também à Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas, ambos serviços gratuitos. Todos os domicílios que apresentarem fatores de risco ambientais para queda receberão informativo sobre como corrigilos, com intenção de prevenir a ocorrência de quedas acidentais. Dessa forma, considera-se que o risco aos participantes será mínimo ou nulo, e o indivíduo poderá ser ainda beneficiado através das orientações recebidas e de encaminhamentos de eventuais problemas.

**Benefícios:**

Encaminhamento dos problemas de saúde, eventualmente identificados, a atendimento nos serviços de saúde. O exame de DXA, além de fornecer informações sobre a massa magra e gorda, também tem o objetivo de avaliar a densidade óssea dos idosos. Sendo a osteoporose uma patologia associada à senescência, e tendo em mente a dificuldade de obtenção do exame de densitometria óssea pelo sistema público de saúde, percebe-se um feedback positivo para o comparecimento ao estudo. Além disso, o laudo, devidamente analisado, facilita o subsequente diagnóstico (ou acompanhamento) de patologias detectadas durante a avaliação. Planeja-se encaminhamento dos idosos a serviços da rede pública específicos, no caso de identificação de patologias até então desconhecidas por eles. No estudo que prevê a identificação de possíveis casos de depressão, aqueles indivíduos que pontuarem um escore de cinco pontos ou mais, indicando risco de depressão, receberão orientações da mestranda responsável pelo estudo, via telefone ou visita à residência, para buscar auxílio de profissionais e serviços de saúde para avaliação especializada em saúde mental. Estes idosos serão encaminhados ao Ambulatório de

**Endereço:** Rua Prof Araujo, 465 sala 301  
**Bairro:** Centro **CEP:** 96.020-360  
**UF:** RS **Município:** PELOTAS  
**Telefone:** (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

Página 03 de 04



FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PELOTAS



Continuação do Parecer: 472.357

Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e também à Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas, ambos serviços gratuitos. Todos os domicílios que apresentarem fatores de risco ambientais para queda receberão informativo sobre como corrigi-los, com intenção de prevenir a ocorrência de quedas acidentais

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto relevante, de base populacional, que engloba o trabalho de diversos alunos de mestrado em forma de consórcio de pesquisa, que irá avaliar a saúde dos idosos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequado em todos os aspectos, apresenta o TCLE geral e também para cada subestudo separadamente.

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trabalho adequado, sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PELOTAS, 28 de Novembro de 2013

Assinador por:

Patricia Abrantes Duval  
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301  
Bairro: Centro CEP: 96.020-360  
UF: RS Município: PELOTAS  
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com



## II- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade Federal de Pelotas  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Medicina Social

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr.(a),

Nós, professores e alunos do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), gostaríamos de convidar o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa com a população pelotense com 60 anos ou mais de idade. O objetivo do estudo é avaliar as condições de saúde dos idosos. Os resultados deste estudo contribuirão para o conhecimento da saúde da população de Pelotas com 60 ou mais anos de idade e deverão fazer parte de artigos científicos, podendo também ser divulgados nos jornais locais e na página oficial da internet do Centro de Pesquisas Epidemiológicas: <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br>. *No final, pretendemos ainda enviar a todos os participantes um informativo sobre os principais resultados do estudo.*

Para que o(a) Sr.(a) possa entender melhor, informamos que:

**PROCEDIMENTOS:** Para participar da pesquisa o(a) Sr.(a) responderá a um questionário contendo perguntas sobre a sua saúde, alimentação, uso de medicamentos e de serviços de saúde, vacinação e se pratica atividade física, entre outros temas importantes. Além disso, pretendemos realizar medidas da cintura e panturrilha, e avaliar o peso, a altura, a força do aperto de mão e a caminhada. Com essas medidas poderemos avaliar a sua composição corporal. O(a) Sr.(a) receberá o resultado das medidas mediante contato pessoal ou telefônico.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** Sua participação é voluntária. O(A) Sr.(a) mesmo após ter sido entrevistado poderá cancelar a sua participação no estudo, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.



**DESPESAS:** O(A) Sr.(a) NÃO terá que pagar nada para participar do estudo, em momento algum.

**RISCOS:** A sua participação não lhe trará riscos ou prejuízos à sua saúde ou segurança. Na realização das medidas toda a segurança será providenciada. Na avaliação da sua caminhada, por exemplo, o(a) Sr.(a) poderá contar com o auxílio da entrevistadora, para evitar a possibilidade de que caia e se machuque.

**CONFIDENCIALIDADE:** Garantimos total sigilo das informações obtidas, ou seja, tudo o que for respondido será usado somente para esta pesquisa e seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo.

Queremos salientar que alguns entrevistados poderão ser novamente entrevistados, especialmente quando algumas perguntas podem não ter sido feitas. Outros serão convidados para realizar outras medidas físicas na Clínica do Centro de Pesquisas, da Universidade Federal de Pelotas, e terão suas despesas de deslocamento pagas pelo estudo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas. O(A) Sr.(a) ficará com uma cópia deste documento com o nosso telefone e endereço, podendo nos procurar para tirar suas dúvidas sobre o estudo e a sua participação quando achar melhor. A sua assinatura nesse documento significa que entendeu todas as informações e concorda em participar desse estudo.

NOME COMPLETO: -

\_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/201\_\_

Por favor, assinale abaixo os procedimentos que o(a) Sr.(a) concorda em fazer:

- Questionário
- Testes da caminhada
- Medida de peso e altura

- Medida de circunferência da cintura
- Medida de circunferência da panturrilha
- Força da mão

---

**Prof<sup>a</sup>. Helen Gonçalves Prof<sup>a</sup>. Maria Cecília Formoso Assunção Prof<sup>a</sup>.  
Elaine Tomasi**

(Pesquisadoras responsáveis)

**Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFPel**  
**Centro de Pesquisas Epidemiológicas**  
Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º Piso  
Bairro Centro - Pelotas, RS - CEP 96020-220 - Caixa Postal 464  
Tel/fax +55 (53) 3284 – 1300 RAMAL CONSÓRCIO: 1334

III- Questionários apenas com questões utilizadas nesta  
dissertação (Bloco B e Bloco A)

**BLOCO B DOMICILIAR – COMPOSIÇÃO DE RENDA/BENS E DESPESAS**

*Este bloco deve ser aplicado preferencialmente ao chefe da família*

Entrevistadora: \_\_ \_\_

Data da entrevista: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Horário de início da entrevista: \_\_ \_\_: \_\_ \_\_

Número do setor \_\_ \_\_ \_\_

Número da família \_\_ \_\_

Endereço:

---

**<BOM DIA/ BOA TARDE>. MEU NOME É <ENTREVISTADORA>. ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, REALIZADA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, COM A POPULAÇÃO COM 60 ANOS OU MAIS. ESSE É UM ESTUDO QUE ESTÁ AVALIANDO A SAÚDE E AS CONDIÇÕES DE VIDA DOS PELOTENSES NESSA FAIXA ETÁRIA. ESTUDOS COMO ESTE SÃO REALIZADOS A CADA DOIS ANOS. TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO CONFIDENCIAIS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA. INICIALMENTE PRECISAMOS CONVERSAR COM ALGUÉM RESPONSÁVEL PELA SUA FAMÍLIA PARA OBTER ALGUMAS INFORMAÇÕES E DEPOIS PRECISAREMOS ENTREVISTAR OS MORADORES COM 60 OU MAIS ANOS DE IDADE.**

B1) **Complete de acordo com a planilha de composição familiar. Quantas pessoas moram neste domicílio? Verifique a definição de morador no manual.**

\_\_ \_\_

(99) IGN

**B2) QUEM É O CHEFE DA SUA FAMÍLIA?**

(1) Próprio idoso

(2) Outro (grau de parentesco?):

---

**B3) QUAL A ESCOLARIDADE DO CHEFE DA SUA FAMÍLIA?**

(0) Nenhuma ou até a 3ª série (primário incompleto)

(1) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto

(2) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto

(3) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto

(4) Nível superior completo ou Pós-graduação

(9) IGN
B4) <b>A(O) SUA/SEU&lt;CASA/APARTAMENTO&gt; É:</b> <i>Ler opções</i> (1) Própria/Financiada (2) Alugada (3) Arrendada (4) Emprestada (de familiares/amigos) (5) Outro
<b>EU VOU LER PARA O(A) SR.(A) UMA LISTA DE APARELHOS E OUTROS BENS. POR FAVOR, ME RESPONDA <u>SE</u> TEM E <u>QUANTOS</u> TEM.</b>
<b>NA SUA CASA, O(A) SR.(A) TEM:</b>
B5) <b>ASPIRADOR DE PÓ?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B6) <b>MÁQUINA DE LAVAR ROUPA? NÃO CONSIDERE TANQUINHO.</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B7) <b>SECADORA DE ROUPAS?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B8) <b>MÁQUINA DE LAVAR LOUÇA?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B9) <b>DVD?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B10) <b>VIDEOCASSETE?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B11) <b>GELADEIRA?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B12) <b>FREEZER OU GELADEIRA DUPLEX?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B13) <b>FORNO MICROONDAS?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B14) <b>COMPUTADOR DE MESA?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B15) <b>COMPUTADOR PORTÁTIL - NOTEBOOK OU NETBOOK?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B16) <b>RÁDIO?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B17) <b>TELEVISÃO PRETO E BRANCO?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B18) <b>TELEVISÃO COLORIDA?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN
B19) <b>APARELHO DE AR CONDICIONADO?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN <i>Se ar condicionado central, marque o número de cômodos servidos</i>
B20) <b>AUTOMÓVEL SEM SER PARA TRABALHO – SOMENTE DE USO PARTICULAR?</b> (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN

**B21) MOTOCICLETA SEM SER PARA TRABALHO – SOMENTE DE USO PARTICULAR?** (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN

**B22) A SUA CASA POSSUI ÁGUA ENCANADA?** (0) Não (1) Sim (9) IGN

**B23) Observar e anotar. A rua do domicílio tem calçamento:** (0) Não (1) Sim (9) IGN

**B24) O(A) SR.(A) TEM TV A CABO OU POR ASSINATURA? NÃO CONSIDERE ANTENA PARABÓLICA.** (0) Não (1) Sim (9) IGN

**B25) O(A) SR.(A) TEM ACESSO À INTERNET? NÃO CONSIDERE INTERNET DO CELULAR.** (0) Não (1) Sim (9) IGN

**B26) QUANTAS PEÇAS <DESSA(E) CASA/APARTAMENTO> SÃO USADAS PARA DORMIR?**

\_\_ peças (99) IGN

**B27) QUANTOS BANHEIROS EXISTEM NA(O)<CASA/APARTAMENTO>? CONSIDERE TODOS OS QUE TÊM VASO SANITÁRIO MAIS CHUVEIRO OU BANHEIRA.**

\_\_ banheiros (99) IGN

**B28) O(A) SR.(A) TEM EMPREGADOS DOMÉSTICOS? SE SIM, QUANTOS?** (0) (1) (2) (3) (4+) (9) IGN

## BLOCO A – GERAL

*Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos idosos*

Entrevistadora: \_\_\_ \_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

Horário de início da entrevista: \_\_\_ \_\_\_: \_\_\_ \_\_\_

Número do setor \_\_\_ \_\_\_

Número da família \_\_\_ \_\_\_

Número da pessoa \_\_\_ \_\_\_

Endereço:

---

**<BOM DIA/ BOA TARDE>. MEU NOME É <ENTREVISTADORA>. ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, REALIZADA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, COM A POPULAÇÃO COM 60 ANOS OU MAIS. ESTE É UM ESTUDO QUE IRÁ AVALIAR A SAÚDE E AS CONDIÇÕES DE VIDA DOS PELOTENSES NESTA FAIXA ETÁRIA. ESTUDOS COMO ESTE SÃO REALIZADOS A CADA DOIS ANOS. GOSTARIA DE CONVERSAR COM O(A) SR.(A) E É IMPORTANTE ESCLARECER QUE TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO CONFIDENCIAIS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA.**

A1) **QUAL O SEU NOME?**

---

A2) **QUAL É A SUA IDADE?** \_\_\_ \_\_\_ anos completos

A3) **QUAL É A SUA DATA DE NASCIMENTO?** \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

A4) **Observar e anotar: Cor da pele:**

(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra

A5) **Observar e anotar:Sexo:** (1) Masculino (2) Feminino

A6) **O(A) SR.(A) SABE LER E ESCREVER?** Se o(a) idoso(a) é o chefe da família e, portanto, já respondeu à pergunta sobre escolaridade no Bloco B   Assinale a opção (8) NSA e prossiga normalmente a partir da questão A8

(0) Não  Pule para a questão A8

(1) Sim

(2) Só assina  Pule para a questão A8

(9) IGN  Pule para a questão A8

**A7) ATÉ QUE SÉRIE O(A) SR.(A) ESTUDOU?** *Se o(a) idoso(a) é o chefe da família e, portanto, já respondeu à pergunta sobre escolaridade no Bloco B*

Assinale a opção (8) NSA e prossiga normalmente a partir da questão A8

(0) Nenhuma

(1) 1ª até 3ª série (primário incompleto)

(2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto

(3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto

(4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto

(5) Nível superior completo

(8) NSA

(9) IGN

**A8) QUAL A SUA SITUAÇÃO CONJUGAL?** *Ler opções*

(1) Casado(a) ou mora com companheiro(a)

(2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a)

(3) Separado(a)

(4) Viúvo(a)

(9) IGN

### AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO

**A22) O(A) SR.(A) FUMA OU JÁ FUMOU?**

(0) Não, nunca fumou → *Pule para a questão A33*

(1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) → *Pule para a questão A25*

(2) Já fumou, mas parou de fumar → *Responde as questões A23 até A27. Após, pule para a questão A33.*

(9) IGN

**A23) HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE FUMAR?**

\_\_\_ \_\_ anos \_\_\_ \_\_ meses (88) NSA

(99) IGN

**A24) COM QUE IDADE O(A) SR.(A) PAROU DE FUMAR?**

\_\_\_ \_\_ anos

(88) NSA

(99) IGN

**A25) HÁ QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMA/ POR QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMOU?**

\_\_\_ \_\_ anos \_\_\_ \_\_ meses

(88) NSA

(99) IGN

**A26) QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) <FUMA OU FUMAVA> POR DIA?**

\_\_\_ \_\_ cigarros

(88) NSA

(99) IGN

**A27) COM QUE IDADE O(A) SR.(A) COMEÇOU A FUMAR?**

\_\_\_ anos

(88) NSA

(99) IGN

**A28) QUANTO TEMPO APÓS ACORDAR O(A) SR.(A) FUMA O SEU PRIMEIRO CIGARRO?**

(3) Dentro de 5 minutos

(2) Entre 6 e 30 minutos

(1) Entre 31 e 60 minutos

(0) Após 60 minutos

(8) NSA

(9) IGN

**A29) O(A) SR.(A) ACHA DIFÍCIL NÃO FUMAR EM LOCAIS ONDE O FUMO É PROIBIDO - COMO IGREJAS, BIBLIOTECAS, ETC.?**

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

**A30) QUAL O CIGARRO DO DIA QUE LHE TRAZ MAIS SATISFAÇÃO, OU O CIGARRO QUE MAIS DETESTARIA DEIXAR DE FUMAR?**

(1) O primeiro da manhã

(0) Outros

(8) NSA

(9) IGN

**A31) O(A) SR.(A) FUMA MAIS FREQUENTEMENTE PELA MANHÃ OU NAS PRIMEIRAS HORAS DO DIA QUE NO RESTO DO DIA?**

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

**A32) O(A) SR.(A) FUMA MESMO QUANDO ESTÁ TÃO DOENTE QUE PRECISA FICAR DE CAMA A MAIOR PARTE DO TEMPO?**

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

**AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS**

**A33) NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, O(A) SR.(A) TOMOU ALGUMA BEBIDA DE ÁLCOOL?**

(0) Não → *Pule para a questão A38* (1) Sim

(9) IGN

**A34) ALGUMA VEZ O(A) SR.(A) SENTIU QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA OU PARAR DE BEBER?**

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA

(9) IGN

**A35) AS PESSOAS O(A) ABORRECEM PORQUE CRITICAM O SEU MODO DE TOMAR BEBIDA ALCOÓLICA?**



(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

A36) **O(A) SR.(A) SE SENTE CHATEADO(A) CONSIGO MESMO(A) PELA MANEIRA COMO COSTUMA TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS?**

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IG

A37) **O(A) SR.(A) COSTUMA TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS PELA MANHÃ PARA DIMINUIR O NERVOSISMO OU RESSACA?**

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

A38) **Observar e anotar:** Se o entrevistado estiver acamado ou for cadeirante marque a opção "(1) Sim":

(0) Não(1) Sim  *Pule para a medida 4 da etapa 1*

### AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

**PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS O(A) SR.(A) DEVE SABER QUE: ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AQUELAS QUE EXIGEM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL.**

**ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MÉDIO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL.**

**EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS.**

**GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE NAS ATIVIDADES QUE FAZ NO SEU TEMPO LIVRE POR ESPORTE, LAZER OU EXERCÍCIO FÍSICO.**

A39) **DESDE <DIA DA SEMANA PASSADA>, EM QUANTOS DIAS O(A) SR(A) CAMINHOU POR, PELO MENOS, 10 MINUTOS SEGUIDOS NO SEU TEMPO LIVRE? NÃO CONSIDERE AS CAMINHADAS PARA IR OU VOLTAR DO SEU TRABALHO.**

(0) Nenhum → *Pule para a questão A41* (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)dias

(8) NSA (9) IGN

A40) **NOS OS DIAS EM QUE O(A) SR.(A) FAZ ESSAS CAMINHADAS, QUANTO TEMPO ELAS DURAM POR DIA?**

\_\_ \_ minutos (888) NSA (999) IGN

A41) **DESDE <DIA DA SEMANA PASSADA>, EM QUANTOS DIAS POR**

**SEMANA O(A) SR.(A) FAZ ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS NO SEU TEMPO LIVRE? POR EX: NADAR, PEDALAR EM RITMO MÉDIO, PRATICAR ESPORTES POR DIVERSÃO. NÃO CONSIDERE CAMINHADAS.**

(0) Nenhum → *Pule para a questão A43* (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)dias

(8) NSA (9) IGN

**A42) NOS DIAS EM QUE O(A) SR.(A) FAZ ESSAS ATIVIDADES, QUANTO TEMPO ELAS DURAM POR DIA?**

\_\_ \_ minutos (888) NSA (999) IGN

**A43) DESDE <DIA DA SEMANA PASSADA>, EM QUANTOS DIAS POR SEMANA O(A) SR.(A) FAZ ATIVIDADES FÍSICAS FORTES NO SEU TEMPO LIVRE? POR EX: CORRER, FAZER GINÁSTICA NA ACADEMIA, PEDALAR EM RITMO RÁPIDO.**

(0) Nenhum → *Pule para a questão A45* (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)dias

(8) NSA (9) IGN

**A44) NOS DIAS EM QUE O(A) SR.(A) FAZ ESSAS ATIVIDADES, QUANTO TEMPO ELAS DURAM POR DIA?**

\_\_ \_ minutos (888) NSA (999) IGN

**AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE COMO SE DESLOCA DE UM LUGAR PARA OUTRO. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO OU QUANDO O(A) SR.(A) VAI FAZER COMPRAS. CONSIDERE APENAS AS ATIVIDADES QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS.**

**A45) DESDE <DIA DA SEMANA PASSADA>, EM QUANTOS DIAS POR SEMANA O(A) SR.(A) CAMINHA PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO?**

(0) Nenhum → *Pule para a questão A47* (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)dias

(8) NSA (9) IGN

**A46) NESSES DIAS, QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) CAMINHOU POR DIA?**

\_\_ \_ minutos (888) NSA (999) IGN

**A47) DESDE <DIA DA SEMANA PASSADA>, EM QUANTOS DIAS POR SEMANA O(A) SR.(A) USA A BICICLETA PARA IR DE UM LUGAR A OUTRO?**

(0) Nenhum → *Pule para a questão A49* (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)dias

(8) NSA (9) IGN

A48) **NESES DIAS, QUANTO TEMPO NO TOTAL O(A) SR.(A) PEDALOU POR DIA?**

\_\_ \_\_ minutos (888) NSA (999) IGN

**ALERTA:** As questões A50 até A61 só poderão ser respondidas pelo(a) idoso(a). NÃO podem ser respondidas por cuidador ou responsável.

A49) Quem está respondendo ao questionário?

(1) Idoso(a), sem ajuda (2) Idoso(a), com ajuda (3) Cuidador(a)/Familiar  
→ *Pule para a medida 1 da etapa 1*

**AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SUA SAÚDE E COMO O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO**

**ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM:**

A63) **HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA), MESMO QUE CONTROLADA?** (0) Não (1) Sim (9) IGN

A64) **DIABETES?**(0) Não (1) Sim (9) IGN

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. QUANDO EU FALAR EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, CONSIDERE: MÉDICO, ENFERMEIRO, AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM, NUTRICIONISTA, DENTISTA, FISIOTERAPEUTA, FARMACÊUTICO E EDUCADOR FÍSICO**

A127) **DESDE <MÊS DO ANO PASSADO> ATÉ AGORA, O(A) SR.(A) CONSULTOU COM ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE?**

(0) Não (1) Sim  *Pule para a questão A129* (9) IGN

A128) **MESMO NÃO TENDO UTILIZADO, O(A) SR.(A) PRECISOU DE ATENDIMENTO EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE DESDE <MÊS DO ANO PASSADO>?**

(0) Não  *Pule para a questão A132* (1) Sim  *Pule para a questão A132* (8) NSA (9) IGN

A129) **DESDE <MÊS DO ANO PASSADO> ATÉ AGORA, QUANTAS VEZES O(A) SR.(A) CONSULTOU COM ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE?**

\_\_ \_\_ vezes

(88) NSA (99) IGN

A130) **ONDE O(A) SR.(A) CONSULTOU PELA ÚLTIMA VEZ, NO ÚLTIMO ANO?**

- (1) Posto de saúde do bairro
- (2) Outro posto de saúde
- (3) Pronto Socorro Municipal
- (4) Consultório
- (5) Ambulatório das faculdades/Hospital
- (6) Pronto-Atendimento
- (7) Ambulatório de sindicato ou empresa
- (8) Centro de Especialidades
- (9) Policlínica ou medicina de grupo
- (10) Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- (88) NSA
- (99) IGN

**A131) O ATENDIMENTO, NESSE ÚLTIMO SERVIÇO DE SAÚDE, FOI POR ALGUM CONVÊNIO, PARTICULAR OU PELO SUS? NÃO CONSIDERE GASTOS COM REMÉDIOS PRESCRITOS PELO MÉDICO OU EXAMES SOLICITADOS. *Ler opções***

- (1) Particular
- (2) Particular, mas não cobrado
- (3) Por algum convênio
- (4) Por algum convênio, com pagamento extra
- (5) SUS
- (6) SUS, com pagamento extra
- (8) NSA
- (9) IGN

#### **AGORA VAMOS FALAR SOBRE HÁBITOS EM SAÚDE**

**A132) DESDE <MÊS DO ANO PASSADO> ATÉ AGORA, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE ORIENTOU O(A) SR.(A) A CONTROLAR O SEU PESO?**

- (0) Não (1) Sim (9) IGN

**A133) DESDE <MÊS DO ANO PASSADO> ATÉ AGORA, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE ORIENTOU O(A) SR.(A) A CONSUMIR POUCO SAL?**

- (0) Não (1) Sim (9)IGN

**A134) DESDE <MÊS DO ANO PASSADO> ATÉ AGORA, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE ORIENTOU O(A) SR.(A) A DIMINUIR O CONSUMO DE AÇÚCAR E DOCES?**

- (0) Não (1) Sim (9) IGN

A135) DESDE <MÊS DO ANO PASSADO> ATÉ AGORA, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE ORIENTOU O(A) SR.(A) A DIMINUIR O CONSUMO DE GORDURAS?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

A136) DESDE <MÊS DO ANO PASSADO> ATÉ AGORA, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE ORIENTOU O(A) SR.(A) A PRATICAR EXERCÍCIOS FÍSICOS?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

A137) DESDE <MÊS DO ANO PASSADO> ATÉ AGORA, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE ORIENTOU O(A) SR.(A) A NÃO FUMAR?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

A138) DESDE <MÊS DO ANO PASSADO> ATÉ AGORA, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE ORIENTOU O(A) SR.(A) A NÃO CONSUMIR BEBIDAS ALCOÓLICAS?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

### **Medidas etapa 2**

**ALERTA:** Em caso de idoso acamado ou cadeirante → NÃO realizar medidas 5, 6, 7 e 8 desta etapa e pular para a questão A150

Medida 5: **AGORA, GOSTARIA DE MEDIR A ALTURA DA SUA PERNA. O(A) SR.(A) PODE PERMANECER SENTADO, POR FAVOR, COM AS COSTAS APOIADAS NO ENCOSTO.**

**ALERTA:** Para registrar a medida utilize ponto. Preencha todas as casas, incluindo o zero quando necessário, não arredonde. Ex: 53,8 = 053.8

Informações a serem registradas sobre a altura do joelho:

Anote o resultado da 1ª medida: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_ cm(8888) NSA (9999) IGN

Anote o resultado da 2ª medida: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_ cm(8888) NSA (9999) IGN

Se a diferença entre a primeira e a segunda medida for maior do que 1 cm, realizar a terceira medida.

Anote o resultado da 3ª medida: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_ cm(8888) NSA (9999) IGN

Se a altura do joelho não pode ser medida por qualquer motivo, registre aqui:

---

---

---

---

---

Medida 7: **AGORA, GOSTARIA DE PESAR O(A) SR(A). POR FAVOR, PERMANEÇA EM PÉ. VOU PRECISAR QUE O(A) SR.(A) SUBA NA BALANÇA E OLHE PARA FRENTE, COM OS BRAÇOS COLADOS NO CORPO.**

**ALERTA:** Para registrar a medida utilize ponto. Preencha todas as casas, incluindo o zero quando necessário, não arredonde. Ex: 90,8 = 090.8

Informações a serem registradas sobre o peso:

Anote o valor que aparecer no visor da balança:

\_\_\_ \_\_\_. \_\_\_ kg(8888) NSA (9999) IGN

Se o peso não pode ser aferido por qualquer motivo, registre aqui. Anote as roupas que o entrevistado está usando.

---

---

---

---

---

---

---

---

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE REMÉDIOS**

**A200) O(A) SR.(A) PRECISA TOMAR ALGUM REMÉDIO DE USO CONTÍNUO? CONSIDERE REMÉDIO DE USO CONTÍNUO AQUELE QUE O(A) SR.(A) USA REGULARMENTE SEM DATA PARA PARAR.**

(0) Não (1) Sim (9) IGN

## IV- Normas para publicação – Cadernos de Saúde Pública

### Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

### Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

#### 1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

**1.1 - Artigo:** resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois modelos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

**1.2 - Revisão:** Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações;

**1.3 - Ensaio:** texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 6000 palavras (leia mais);

**1.4 - Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.5 - Debate:** análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.6 - Seção temática:** seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

**1.7 - Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

**1.8 - Questões Metodológicas:** artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos

devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.9 - Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

**2.0 - Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

## **2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS**

**2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

**2.2** - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

**2.3** - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

**2.4** - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

## **1. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

**3.1** - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**3.2** - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

**3.3**- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

1. [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
2. [ClinicalTrials.gov](#)
3. [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)



4. Nederlands Trial Register (NTR)
5. UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
6. WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

## **2. FONTES DE FINANCIAMENTO**

**4.1** - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

**4.2** - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

**4.3** - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## **3. CONFLITO DE INTERESSES**

**5.1** - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## **4. COLABORADORES**

**6.1** - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

**6.2** - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

## **5. AGRADECIMENTOS**

**7.1** - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## **6. REFERÊNCIAS**

**8.1** - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva <sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

**8.2** - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

**8.3** - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **7. NOMENCLATURA**

**9.1** - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **8. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**10.1** - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

**10.2** - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

**10.3** - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

**10.4** - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## **9. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**

**11.1** - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

**11.2** - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

**11.3** - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

**11.4** - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## **10. ENVIO DO ARTIGO**

**12.1** - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

**12.2** - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

**12.7** - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha,

Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

**12.8 - Agradecimentos.** Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

**12.15 - Ilustrações.** O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

**12.17** - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18 - Tabelas.** As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.19 - Figuras.** Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial** e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial** e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22 -** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

**12.23 -** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24 -** As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.25 -** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

**12.26 - Formato vetorial.** O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27 - Finalização da submissão.** Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

**12.28** - *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

## **11. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

**13.1** - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

**13.2** - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

## **12. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

**14.1** - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.enasp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

## **13. PROVA DE PRELO**

**15.1** - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

**15.2** - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.