

Mudanças nos comportamentos de saúde em idosos brasileiros: dados das Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019

Changes in health behaviors in elderly Brazilians: data from the 2013 and 2019 National Health Surveys

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0001-8053-7972>)¹
Ana Karina Bezerra Pinheiro (<https://orcid.org/0000-0003-3837-4131>)²

Abstract *Changes in health behaviors of elderly people (≥ 65 years old) in Brazil included in the National Health Survey 2013 ($n=7,712$) and 2019 ($n=15,926$) were analyzed. Cross-sectional study compared prevalence estimates and 95% confidence intervals (95% CI) of current and past smoking; alcohol abuse; leisure-time physical activity; consumption of fruit and vegetables. Differences were considered statistically significant at the 5% level. All positive health behaviors increased significantly over the period. The consumption of fruit and vegetables was the most prevalent, and smoking cessation the one that grew the most. The consumption of fruit and vegetables, physical activity during leisure time and alcohol abuse prevailed in the capitals, with current and past smokers prevailing in the interior. Men had higher estimates of current and past smoking and alcohol abuse. In younger women, alcohol abuse significantly increased. Leisure-time physical activity did not differ between the sexes. Women consumed more fruit at all ages and years, but vegetables depended on age and year. The prevalence of healthy behavior has increased in Brazil. However, individual and contextual inequalities have remained and affect the achievement of more positive levels of health.*

Key words *Elderly, Smoking, Diet, Alcohol consumption, Physical activity*

Resumo *Analisaram-se as mudanças nos comportamentos de saúde de idosos (≥ 65 anos) no Brasil incluídos na Pesquisa Nacional Saúde 2013 ($n=7.712$) e 2019 ($n=15.926$). Estudo transversal comparou as estimativas de prevalência e intervalos de confiança à 95% (IC95%) do tabagismo atual e passado; uso abusivo de álcool; atividade física no lazer; consumo de frutas e vegetais ou legumes. Diferenças foram consideradas estatisticamente significante ao nível de 5%. Todos os comportamentos positivos de saúde aumentaram significativamente no período. O consumo de frutas e de vegetais ou legumes foram os mais prevalentes, e a cessação do fumo o que mais cresceu. O consumo de frutas e vegetais ou legumes, atividade física no lazer e uso abusivo de álcool prevaleceram nas capitais, já fumo atual e passado no interior. Homens tiveram maiores estimativas de fumo atual, passado e uso abusivo de álcool. Nas mulheres mais jovens aumentou significativamente o uso abusivo de álcool. A atividade física no lazer não diferiu entre os sexos. Mulheres consumiram mais frutas em todas as idades e ano, mas verduras ou legumes dependeu da idade e ano. Aumentaram as prevalências dos comportamentos saudáveis de saúde no Brasil. Mas, desigualdades individuais e contextuais permaneceram e afetaram a conquista de níveis mais saudáveis de saúde.*

Palavras-chave *Idoso, Fumo, Dieta, Ingesta de álcool, Atividade física*

¹ Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão. Av. dos Portugueses 1966, Vila Bacanga. 65080-805 São Luís MA Brasil. oliveira.bruno@ufma.br

² Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza CE Brasil.

Introdução

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) representam o mais sério problema de saúde pública da população atual e provavelmente no futuro¹. A elevada carga de morbimortalidade por DCNT afeta a qualidade de vida dos indivíduos e a sustentabilidade dos sistemas de saúde¹⁻³. Um pequeno conjunto de comportamentos relacionados aos fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física e baixo consumo de dieta a base de frutas, verduras e legumes tem determinado e sustentado elevados níveis da presença dessas doenças de modo singular ou como multimorbidades^{2,4-6}.

A ocorrência das DCNT é atribuída a combinação de processos socioeconômicos, raciais, culturais e políticos que aumentaram adoção e manutenção de comportamentos e estilos de vida negativos à saúde associados a esses agravos^{1,4}. Comportamentos relacionados aos fatores de risco ocorrem sobre complexa interdependência de relações e a extensão da exposição a eles se modifica ao longo do curso da vida⁶. Desiguais trajetórias de vida e saúde definem o acúmulo individual de benefícios ou déficits de comportamentos saudáveis de saúde que modelam a qualidade de cada ciclo vital⁶⁻⁸.

A prevalência e distribuição dos comportamentos de risco à saúde dependem das características individuais e são moldados pelos contextos em que as pessoas vivem e trabalham⁷. Podem diferir também em função do próprio tipo de comportamento avaliado^{9,10} e estratégias públicas de enfrentamento adotadas contra eles⁹. Nesse sentido, torna-se importante monitorar a distribuição desses comportamentos potencialmente modificáveis nos diferentes ciclos de vida como forma de se avaliar o sucesso das medidas públicas adotadas no enfrentamento dos modos e estilos negativos de saúde^{2,3,9}.

Idosos estão entre os grupos etários mais socioeconomicamente vulneráveis e expostos a baixos níveis de adesão e manutenção de comportamentos saudáveis de saúde associados a ocorrência de DCNT^{3,8}. Logo, reduzir as desigualdades e a exposição aos fatores de risco as DCNT entre idosos pode favorecer a maior expectativa de vida saudável³ e de envelhecimento ativo¹¹.

O Brasil apresenta um dos processos mais dinâmicos e desiguais de envelhecimento populacional no mundo^{8,11-13}, os quais afetam a adesão aos comportamentos saudáveis de saúde e a

qualidade de vida e bem-estar associados a eles. Contudo, no Brasil análises dos comportamentos relacionados aos fatores de risco à saúde em idosos são menos investigados do que na população adulta ou geral^{3,6}. Entre os estudos disponíveis com idosos, há diferenças nos níveis de comportamentos de saúde entre os grupos de sexo, idade, tipo de comportamento de saúde^{2,5,6,14,15} ou até da orientação sobre hábitos saudáveis de saúde dada por profissionais de saúde¹⁶.

Por outro lado, a maioria dos estudos disponíveis estão restritos a idosos de contextos ou cidades específicas^{5,8,15,16}, não utilizam bases de dados representativas de toda a população idosa brasileira^{8,15,16} ou tendem analisar isoladamente comportamentos de saúde de modo específico e não em conjunto¹⁴. Tal realidade não permite compreender em contexto nacional e das diferentes cidades do país as mudanças na adesão a estilos de vida saudáveis nem o monitoramento combinado dos vários comportamentos de saúde. Com efeito, torna-se limitada a implementação de ações públicas e de engajamento social com foco nas necessidades dos idosos a fim de ajudá-los manter e aumentar comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis ao longo de toda a fase idosa da vida.

Nesse sentido, dados de inquéritos nacionais como os da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019 são úteis para se compreender e acompanhar as mudanças na distribuição dos comportamentos de saúde dos idosos brasileiros ao longo da segunda década deste século.

Portanto, este estudo analisou as mudanças nos comportamentos de saúde de idosos no Brasil ao longo da PNS 2013 e 2019.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal baseado nos dados secundários coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada nos anos de 2013 e 2019. Esses dados foram utilizados para se analisar as mudanças nos comportamentos saudáveis de saúde entre idosos brasileiros ao longo desses anos.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

A PNS foi realizada em 2013 e 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e

a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)^{17,18}. Trata-se de um inquérito domiciliar de base populacional, de abrangência nacional, realizado com o objetivo de obter informações válidas e representativas da população brasileira sobre um amplo conjunto de indicadores de vida e saúde. A população-alvo da PNS 2013 foi composta pelos indivíduos maior ou igual a 18 anos de idade e a de 2019 maior ou igual a 15 anos de idade, residentes em domicílios particulares permanentes no Brasil. Nos questionários da pesquisa constam questões sobre os domicílios e todos os seus moradores. Uma terceira parte das questões é destinada ao registro de outras informações de saúde relacionadas a um morador ≥ 18 anos de idade em 2013 e ≥ 15 anos de idade em 2019 selecionado aleatoriamente entre todos os moradores do domicílio previamente selecionado¹⁷⁻¹⁹.

A PNS utiliza amostra probabilística complexa de um conjunto de unidades de áreas selecionadas (setores censitários ou um conjunto de setores que são definidos como Unidades Primárias de Amostragem - UPA) de todas as Unidades Federadas (UF) do Brasil, a qual representa uma subamostra da Amostra Mestra que compõe o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE. A amostragem utilizada foi probabilística por conglomerados em três estágios de seleção, com estratificação das UPA. Os domicílios representam as unidades secundárias e a terciária o morador (≥ 18 anos em 2013 e ≥ 15 anos de idade em 2019) selecionado de cada domicílio a partir da listagem dos moradores, que responde à parte individual do questionário aplicado pela PNS em 2013 e 2019. Os setores censitários ou conjunto de setores foram selecionados inicialmente por probabilidade proporcional ao tamanho para a Amostra Mestra e por probabilidade igualmente proporcional para a PNS. Já os domicílios e os moradores foram selecionados por amostragem aleatória simples¹⁷⁻¹⁹. Maiores detalhes metodológicos podem ser obtidos em publicações da PNS¹⁷⁻¹⁹.

Variáveis do estudo

Neste presente estudo foram considerados apenas os indivíduos maior ou igual a 65 anos de idade em 2013 (n=7.712) e 2019 (n=15.926). Para as análises foram utilizadas um conjunto de variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamentos de saúde. Entre as variáveis socioeconômicas e demográficas foram: sexo (masculino, feminino); idade (em anos completos

agrupadas em quatro faixas etárias: 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e ≥ 80 anos); cor/raça (branca, parda, preta, outras); escolaridade (em níveis, até fundamental incompleto ou equivalente, médio incompleto ou equivalente, superior incompleto ou equivalente, superior completo); área de localização do domicílio (urbano, rural); macrorregião de residência no país, em cinco categorias (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); tipo de cidade dentro da Unidade Federada (UF) (capital, região metropolitana excluindo capital (RM), interior); UF (Unidade Federada: 26 estados e o Distrito Federal); nível de renda domiciliar *per capita* (até 1/2 SM, 1/2 até 1 SM, 1 até 2 SM, 2 até 3 SM, mais de 3 SM). Em 2013, a mediana de renda no menor nível foi de R\$ 268 e no maior R\$ 3.550. Já em 2019, a mediana de renda no menor nível foi de R\$ 440 e no maior R\$ 4.925.

Já para os comportamentos de saúde foram avaliadas as seguintes variáveis: Tabagismo (sim, não): Fumo atual (sim, não) e fumo passado (sim, não); Consumo abusivo de álcool (sim, não) (considerado o consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião, em pelo menos uma vez nos últimos 30 dias); Atividade física no lazer: ativos (indivíduos que praticaram pelo menos 150 minutos por semana de atividade leve a moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana); Dieta: consumo de vegetais ou legumes (cru ou cozido) e de frutas em pelos menos cinco dias por semana (sim, não).

Análise

Para ambos os anos da PNS foram estimadas as prevalências e seus intervalos de 95% de confiança (IC95%) para as variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentos saudáveis de saúde. Diferenças na distribuição das frequências das variáveis socioeconômicas e demográficas foram verificadas segundo o ano, e as relacionadas aos comportamentos de saúde segundo ano, cidade dentro da UF, sexo e idade. Em todas as análises, as diferenças foram consideradas estatisticamente significante ao nível de 5% na ausência de sobreposição dos IC95% e o teste de qui-quadrado de Pearson foi utilizado para confirmar essas diferenças entre as PNS 2019 e 2013.

Todas as análises foram feitas no *software* RStudio versão 2022.2.3.492 (*R Foundation for Statistical Computing*, Boston, EUA) e incorporam todas as características do plano amostral complexo da PNS 2013 e 2019.

Aspectos éticos

Os dados da PNS 2013 e 2019 são de domínio público e podem ser utilizados de acordo com as pesquisas de interesse. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou os projetos das PNS 2013 (parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013) e 2019 (parecer nº 3.529.376 em 23 de agosto de 2019), e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido^{17,18}.

Resultados

Foram analisados dados de 7.712 idosos em 2013 e de 15.926 em 2019. Houve aumento estatisticamente significativa da proporção de idosos entrevistados como morador selecionado entre as PNS ($p < 0,001$). Para a mediana de idade no período não houve diferenças (2013: 72, 68-78; e 2019: 72, 68-78). Nos dois anos, foram maiores as proporções de mulheres, idosos jovens (65 a 69 anos), brancos e no pior nível de escolaridade e renda inferior a 1 SM. Em relação ao local de moradia, a maioria residia na região Sudeste, cidades fora das capitais ou região metropolitana e em área urbana. Nas análises, só houve diferença estatisticamente significativa na distribuição da cor/raça, escolaridade e renda ($p < 0,05$) (Tabela 1).

A Figura 1 apresentou a prevalência dos comportamentos de saúde dos idosos brasileiros entrevistados nas duas PNS. Verificou-se que o consumo de frutas e vegetais ou legumes foram os mais prevalentes nos dois anos avaliados, seguido da cessação do fumo. No período, houve aumento estatisticamente significativo dos comportamentos positivos de saúde: atividade física no lazer, consumo de frutas, consumo de vegetais ou legumes e cessação do fumo ($p < 0,001$). Por outro lado, ainda que menos prevalente, o consumo abusivo de álcool apresentou aumento significativo ($p < 0,001$), e a prevalência de fumo atual não alterou no período ($p = 0,50$) (Figura 1).

Verificou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição dos comportamentos de saúde entre os tipos de cidades que os idosos residiam ($p < 0,05$). As diferenças ocorreram em cada ano e entre eles. O consumo de frutas e verduras ou legumes foi semelhante: significativamente maior na capital do que no interior ($p < 0,05$). Contudo, no período o consumo de frutas aumentou na RM e interior ($p < 0,001$). Já para o de verduras ocorreu na capital e interior

($p < 0,001$). As estimativas de atividade física no lazer nos dois anos também foram maiores na capital e do que no interior e aumentaram no período ($p < 0,001$). A prevalência do fumo atual divergiu da observada para os outros comportamentos: maior no interior do que na capital e sem alterações no período ($p < 0,05$). A prevalência do fumo passado foi maior no interior do que na capital e RM, e as estimativas cresceram nos três contextos no período ($p < 0,001$). O consumo abusivo de álcool foi o menos prevalente e não houve diferenças entre as cidades em 2013, e em 2019 só diferiu entre a capital e RM. Mas, o consumo aumentou significativamente na capital e interior ($p < 0,001$) (Tabela 2).

A Figura 2 apresentou as prevalências dos comportamentos de saúde segundo ano, controlando por sexo e idade. A prevalência do fumo atual não diferiu estatisticamente entre as idades em cada ano avaliado e nem entre homens no período ($p > 0,05$). Entre mulheres a prevalência foi maior nas idosas jovens (65 a 69) do que nas longevas (≥ 80 anos) em 2013 e do que todos os demais grupos de idade em 2019 ($p < 0,05$). Foram mais elevadas as prevalências de fumo passado entre homens do que nas mulheres, e entre os anos as prevalências só aumentaram nas duas maiores faixas de idade ($p < 0,05$). Porém, nas mulheres o aumento significativo ocorreu para todas as idades no período ($p < 0,05$). O consumo abusivo de álcool foi o menos prevalente e em ambos os anos foi maior entre homens do que mulheres em todas as idades. Nos homens, a prevalência nos dois anos foi maior nos idosos mais jovens e menor nos mais velhos ($p < 0,05$) e não houve aumento significativo no período ($p > 0,05$). Já entre mulheres o consumo aumentou significativamente entre 2013 e 2019 nas duas primeiras faixas de idade ($p < 0,05$). A prevalência de atividade física no lazer não diferiu entre os sexos ($p > 0,05$), mas no período aumentou de modo distinto: homens só não aumentou na faixa de idade mais velha, e nas mulheres só cresceu nas duas últimas faixas etária ($p < 0,05$). Por fim, nos dois anos o consumo de frutas sempre foi maior nas mulheres do que nos homens em todas as idades. Contudo, no período só se verificou aumento significativo entre homens mais velhos ($p < 0,05$). Para o consumo de verduras ou legumes só foi significativamente maior as prevalências em mulheres do que nos homens nas faixas de idade mais jovem e de 70 a 74 anos ($p < 0,05$), e só ocorreu aumento significativo no período para homens ≥ 80 anos ($p < 0,05$) (Figura 2).

Tabela 1. Caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos (≥65 anos) brasileiros entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 (n=7.712) e 2019 (n=15.926), Brasil.

| Variáveis | 2013 (n=7.712) | | 2019 (n=15.926) | | (2019 vs. 2013) |
|---|-------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|
| | % | IC95% | % | IC95% | p-valor |
| Total | 12,3 | 11,8-12,8 | 14,1 | 13,6-14,5 | 0,001 |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 43,8 | 42,0-45,7 | 42,9 | 41,5-44,2 | 0,42 |
| Feminino | 56,2 | 54,3-58,0 | 57,1 | 55,8-58,5 | |
| Faixa etária (em anos) | | | | | |
| 65 a 69 | 36,1 | 34,3-37,9 | 36,6 | 35,4-37,8 | 0,89 |
| 70 a 74 | 26,8 | 25,2-28,5 | 26,2 | 25,1-27,4 | |
| 75 a 79 | 17,0 | 15,7-18,4 | 17,5 | 16,5-18,4 | |
| ≥80 | 20,0 | 18,5-21,5 | 19,7 | 18,6-20,7 | |
| Cor/raça | | | | | |
| Branca | 55,0 | 53,1-56,9 | 51,4 | 50,0-52,8 | 0,04 |
| Parda | 34,3 | 32,5-36,1 | 36,5 | 35,2-37,8 | |
| Preta | 9,1 | 8,0-10,2 | 10,2 | 9,4-11,0 | |
| Outros | 1,6 | 1,1-2,1 | 1,9 | 1,5-2,3 | |
| Escolaridade (em níveis) | | | | | |
| Até fundamental incompleto ou equivalente | 75,6 | 73,8-77,5 | 68,2 | 66,9-69,5 | 0,001 |
| Médio incompleto ou equivalente | 7,4 | 6,4-8,4 | 8,0 | 7,3-8,8 | |
| Superior incompleto ou equivalente | 8,7 | 7,7-9,7 | 13,6 | 12,5-14,5 | |
| Superior completo | 8,3 | 6,8-9,7 | 10,2 | 9,3-11,1 | |
| Renda domiciliar per capita | | | | | |
| Até 1/2 SM | 9,8 | 8,7-10,9 | 8,7 | 7,9-9,4 | 0,07 |
| 1/2 até 1 SM | 35,0 | 33,0-36,9 | 33,6 | 32,3-34,9 | |
| 1 até 2 SM | 32,2 | 30,3-34,1 | 31,8 | 30,6-33,0 | |
| 2 até 3 SM | 9,8 | 8,7-10,9 | 10,4 | 9,6-11,2 | |
| Mais de 3 SM | 13,3 | 11,7-14,8 | 15,5 | 14,5-16,6 | |
| Macrorregião de residência | | | | | |
| Norte | 5,2 | 4,7-5,6 | 6,1 | 5,7-6,4 | 0,80 |
| Nordeste | 25,2 | 23,9-26,6 | 26,1 | 25,2-27,0 | |
| Centro-Oeste | 6,1 | 5,6-6,6 | 6,0 | 5,6-6,4 | |
| Sudeste | 48,3 | 46,5-50,0 | 46,3 | 45,1-47,5 | |
| Sul | 15,2 | 14,1-16,3 | 15,5 | 14,8-16,3 | |
| Tipo de cidade | | | | | |
| Capital | 25,1 | 24,0-26,3 | 24,9 | 24,0-25,7 | 0,98 |
| Região metropolitana, excluindo capital | 14,0 | 13,1-14,9 | 14,1 | 13,4-14,8 | |
| Interior | 60,9 | 59,4-62,4 | 61,1 | 60,0-62,1 | |
| Área de localização do domicílio | | | | | |
| Urbano | 85,0 | 83,8-86,2 | 85,0 | 84,3-85,7 | 1,00 |
| Rural | 15,0 | 13,8-16,2 | 15,0 | 14,3-15,7 | |

Fonte: Brasil, PNS 2013 e 2019.

Discussão

Os resultados desse estudo apresentaram importantes mudanças na prevalência e distribuição dos comportamentos saudáveis de saúde em idosos brasileiros entre as PNS 2013 e 2019. Aumentou a adesão a comportamentos positivos de

saúde (consumo de frutas, verduras ou legumes, atividade física no lazer e cessação do fumo), mas, também, os negativos (consumo abusivo de álcool) e estabilidade dos níveis de tabagismo atual. Essas mudanças são concordantes com estudos anteriores que descreveram melhora ao longo dos anos das estimativas de comportamen-

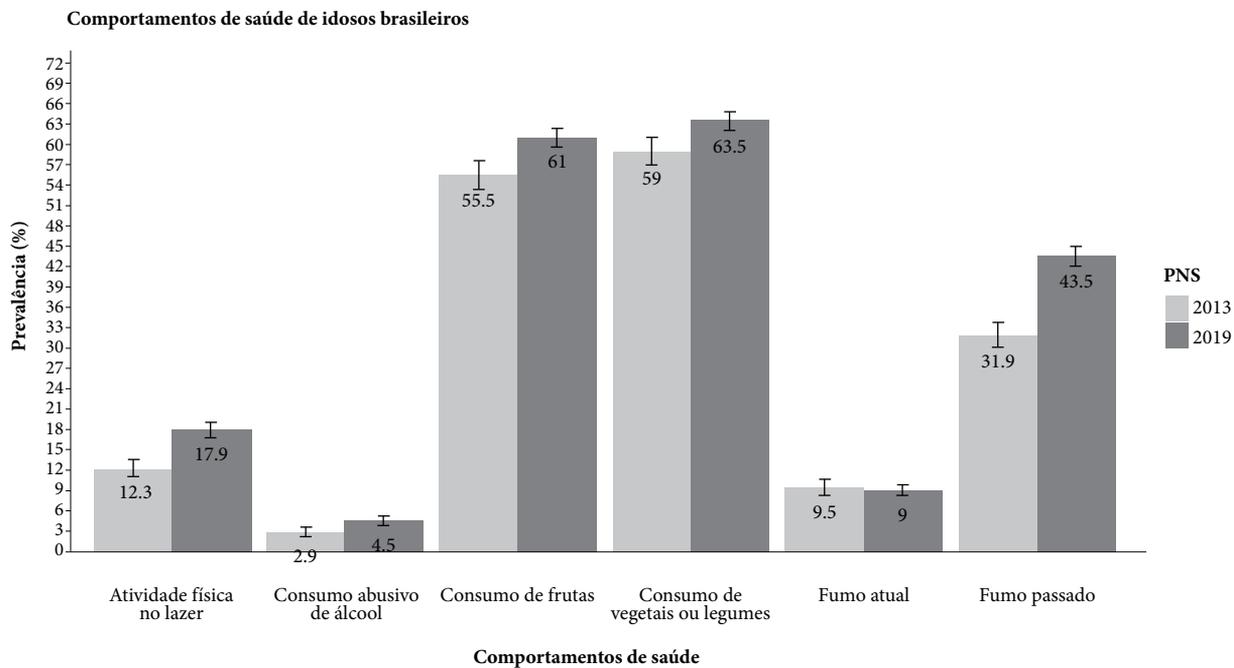


Figura 1. Prevalência dos comportamentos de saúde dos idosos (≥ 65 anos) brasileiros entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (n=7.712) e 2019 (n=15.926), Brasil.

Nota: Todos os comportamentos avaliados apresentaram diferença estatisticamente significativa (p-valor $<0,001$), exceção Fumo atual (p-valor=0,50).

Fonte: Brasil, PNS 2013 e 2019.

Tabela 2. Prevalência dos comportamentos de saúde segundo o tipo de cidade dentro da Unidade Federada (UF) dos idosos (≥ 65 anos) brasileiros entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (n=7.712) e 2019 (n=15.926), Brasil.

| Variáveis | 2013 (n=7.712) | | | | | | 2019 (n=15.926) | | | | | |
|--------------------------------|----------------|-----------|-----------------------------------|-----------|----------|-----------|-----------------|------------|-----------------------------------|------------|----------|------------|
| | Capital | | Região metropolitana ¹ | | Interior | | Capital | | Região metropolitana ¹ | | Interior | |
| | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% |
| Tabagismo | | | | | | | | | | | | |
| Fumo atual | 6,6 | 5,5-7,7 | 8,7 | 6,5-11,0 | 10,9 | 9,2-12,6 | 7,1 | 6,1-8,1 | 9,2 | 7,4-11,0 | 9,8 | 8,7-10,9 |
| Fumo passado | 29,0 | 26,6-31,3 | 27,4 | 23,7-31,1 | 34,1 | 31,4-36,8 | 40,4 | 38,3-42,4* | 38,4 | 35,2-41,5* | 46,0 | 44,1-47,9* |
| Álcool | | | | | | | | | | | | |
| Consumo abusivo de álcool | 3,1 | 2,2-3,9 | 4,3 | 2,6-6,1 | 2,5 | 1,7-3,3 | 5,7 | 4,9-6,6* | 3,4 | 2,4-4,5 | 4,3 | 3,4-5,1* |
| Atividade física no lazer | 16,2 | 14,5-18,0 | 9,1 | 6,7-11,4 | 11,5 | 9,8-13,3 | 22,5 | 20,8-24,1* | 17,0 | 14,4-19,5* | 16,2 | 14,7-17,7* |
| Dieta | | | | | | | | | | | | |
| Consumo de frutas | 68,8 | 66,5-71,1 | 56,4 | 51,9-61,0 | 49,8 | 46,9-52,7 | 71,8 | 70,0-73,6 | 67,0 | 64,0-70,0* | 55,3 | 53,4-57,1* |
| Consumo de vegetais ou legumes | 62,3 | 60,0-64,2 | 62,7 | 58,5-66,8 | 56,8 | 53,9-59,7 | 66,0 | 64,7-67,9* | 64,6 | 61,5-67,6 | 62,2 | 60,4-64,0* |

Notas: IC95%: Intervalo de 95% de Confiança. ¹Excluindo capital. *Teste de qui-quadrado de Pearson p-valor $<0,001$ para diferença em relação a PNS 2013.

Fonte: Brasil, PNS 2013 e 2019.

tos de saúde positivos e piora dos negativos na população geral brasileira^{6,9}. Apontaram também a permanência de desigualdades na distribuição

desses comportamentos segundo características individuais e contextuais dos idosos, que indicam as dificuldades do Brasil em capilarizar e homo-

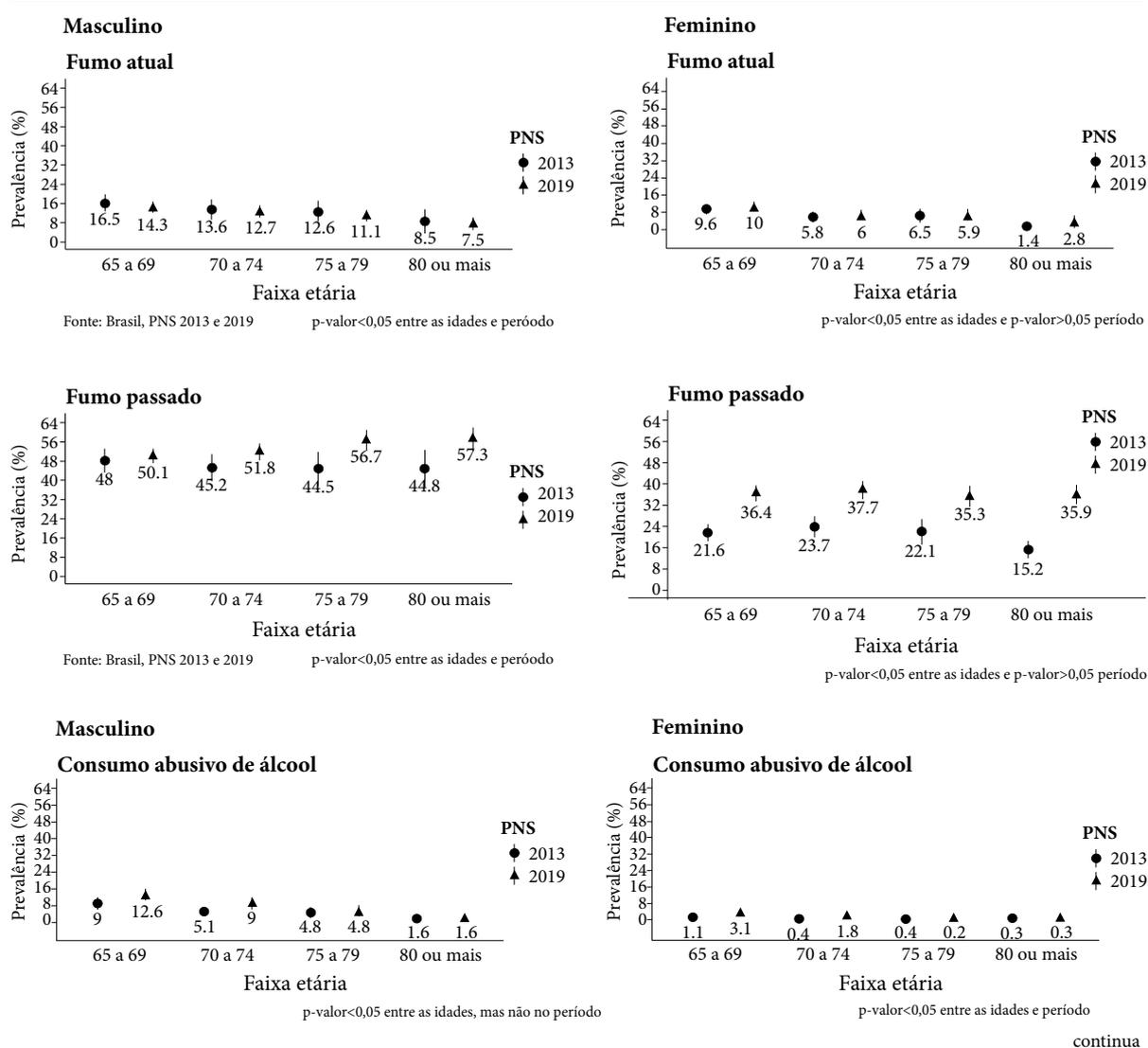


Figura 2. Prevalência dos comportamentos de saúde segundo sexo e idade dos idosos (≥ 65 anos) brasileiros entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 ($n=7.712$) e 2019 ($n=15.926$), Brasil.

geneizar em todo o país e ao longo dos anos dinâmicas de vida mais saudáveis para os diferentes grupos de idosos e de fatores de risco. A defasagem temporal dos resultados entre os lugares e sexo indicou que homens e cidades do interior do país ainda não atingiram as estimativas já observadas seis anos antes na capital e entre mulheres para algumas das medidas estimadas.

As estimativas dos comportamentos de positivos de saúde descritas nesse estudo foram menores do que as observadas na população adulta brasileira também avaliada nas mesmas PNS^{9,14}, porém, os comportamentos de saúde variaram na mesma direção. Já em relação aos idosos de

outros países^{8,10,20-22} as estimativas foram substancialmente sempre menores, mesmo quando se considerou as diferenças por sexo e grupos de idade. Algumas razões podem explicar essas diferenças. As desigualdades socioeconômicas, raciais e geográficas no Brasil são graves em relação as de outros países e definem coortes de idosos com trajetórias de vida e saúde marcadamente mais vulnerabilizadas^{8,11-13}. Essa realidade produz um envelhecimento menos ativo e saudável que se reflete em elevadas necessidades sociais e menor expectativa de vida saudável do que a recomendada^{4,9}. As orientações de profissionais de saúde sobre hábitos saudáveis de saúde não

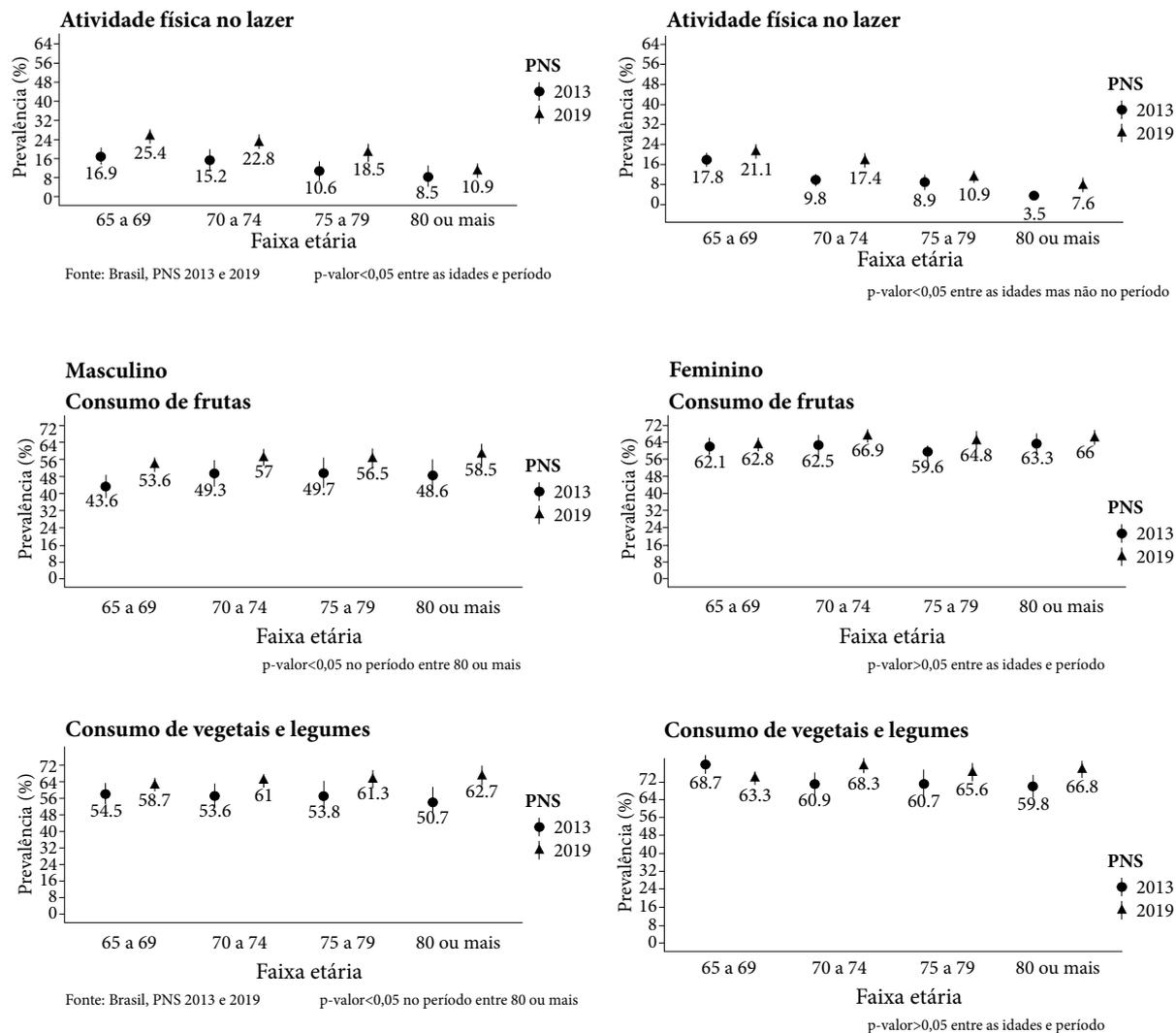


Figura 2. Prevalência dos comportamentos de saúde segundo sexo e idade dos idosos (≥ 65 anos) brasileiros entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 ($n=7.712$) e 2019 ($n=15.926$), Brasil.

Fonte: Brasil, PNS 2013 e 2019.

são igualmente distribuídas na população idosa, e com isso, os mais pobres tendem a assumir comportamentos menos saudáveis¹⁶. Outra razão é que o sucesso da política pública brasileira para combater o tabagismo não foi reproduzido igualmente de modo efetivo nas demais políticas que enfrentaram os outros comportamentos negativos de saúde. É possível que o estímulo ao consumo de frutas, vegetais ou legumes e atividade física, e a redução do uso abusivo de álcool dependam mais de ações de acesso a renda, produção e comercialização de alimentos e bebidas,

controle de preços, taxaço, subsídios e infraestrutura das cidades do que de ações de sensibilização e propaganda sobre seus benefícios ou riscos associados^{2,5,9}.

Variações geográficas dos comportamentos saudáveis de saúde e de seus danos associados são bem descritos no Brasil, mas a maioria dos estudos concentram sua atenção na população adulta das capitais do país²³, o que tende a ignorar a realidade da ampla maioria das cidades brasileiras que são de pequeno e médio porte, agregadas ou não as regiões metropolitanas²⁴. Nosso

estudo apresentou resultados que reduzem esse desconhecimento e aponta que mudanças temporais nas medidas de saúde ocorreram favoravelmente em todos os tipos de cidades do Brasil, porém os comportamentos positivos (consumo de frutas, verduras e legumes e atividade física) foram maiores nas capitais e os negativos (tabagismo) no interior, exceção para consumo abusivo de álcool que predominou nos dois contextos.

Análises da qualidade do envelhecimento e expectativa de vida entre diferentes lugares do Brasil mostram um gradiente dos comportamentos saudáveis de saúde em função do tipo de cidade^{3,8,25-27}. Embora a maioria desses achados sejam de cidades de grande porte, eles são semelhantes aos observados em nossa pesquisa e descrevem um cenário desigual em que a maioria da população idosa brasileira ainda não aderiu a níveis satisfatórios de saúde. Algumas razões podem ser atribuídas a essa realidade. A depender do tipo de cidade, idosos apresentam maiores ou menores diferenças socioeconômicas, na disponibilidade de alimentos e bebidas, e no acesso a saúde, infraestrutura urbana e equipamentos de lazer. Idosos de cidades fora dos grandes centros urbanos podem ser os mais impactados por essas diferenças e aqueles com menos acesso a recursos que poderiam aumentar adesão a comportamentos saudáveis⁷. Ações de conscientização e políticas de promoção a saúde podem ser menos implementadas em cidades do interior do país, o que pode levar seus moradores receberem menos estímulos socioeconômicos, comunitários e culturais para uma vida saudável. Uma das consequências dessa realidade são as desigualdades na expectativa de vida saudável entre estados³ e nos indicadores de mortalidade²⁴ entre as diferentes tipologias de cidades do Brasil.

Desigualdades em saúde entre idosos em função das variáveis sexo e idade foram as primeiras e as mais consolidadas a serem descritas e interpretadas na literatura sobre envelhecimento no Brasil. Contudo, de modo simultâneo, as mudanças temporais nas estimativas de um conjunto de comportamentos de saúde no país por essas variáveis ainda são as menos avaliadas entre idosos. Esse estudo apontou que a idade e o sexo têm substancial papel na adesão e manutenção aos comportamentos de saúde entre idosos, pois se verificou que a distribuição dos comportamentos de saúde não foi a mesma entre os grupos de idade de homens e mulheres. Embora mulheres tenham padrão alimentar, tabagismo atual e de uso de álcool mais satisfatório do que os dos homens, apenas elas apresentaram aumento estatística-

mente significativa da prevalência do tabagismo atual e consumo abusivo de álcool, especialmente entre as idosas mais jovens. Esse resultado pode indicar que as coortes de idosas mais jovens parecem manter comportamentos negativos em saúde vindos ainda da fase adulta da vida, por alcançarem a fase idosa fisicamente mais independentes e menos portadoras de morbidades do que coortes anteriores. Os níveis de atividade física em todas as idades até cresceram entre as mulheres, mas não foi de modo homogêneo. Em conjunto esses achados são semelhantes aos trabalhos que descrevem que os níveis de saúde das mulheres são melhores do que dos homens em decorrência da maior exposição delas a ações e serviços de saúde^{3,8,10,25}. Porém, também são semelhantes aos estudos que apontam crescimento dos comportamentos negativos de saúde: tabagismo, uso abusivo de álcool e lenta redução do sedentarismo^{3,6,10,28}. Esse elevado nível de sedentarismo e a discreta redução dele observado neste estudo (em 2013: 87,7%; IC95%: 86,4-89,0; e em 2019: 82,1%; IC95%: 81,1-83,2) revela que o envelhecimento ativo no Brasil não é uma rotina na vida da ampla maioria dos brasileiros. Essa realidade amplia necessidade de ações para que idosos possam ter maiores chances e recursos para aderirem e manterem a prática regular de atividade física e os seus efeitos protetores associados à saúde física e emocional.

Esses resultados mostram que é necessário considerar as características individuais e contextuais dos idosos quando forem implementar programas de prevenção e saúde. Esses programas podem reconhecer que idosos com diferentes realidades podem geralmente ter diferentes acessos a recursos, e com isso específicas estratégias de enfrentamento precisam ser implementadas em função dos fatores de risco à saúde. O monitoramento da distribuição dos comportamentos relacionados aos fatores de risco analisados nessa pesquisa contribui para o entendimento da dinâmica desses fatores e sua variação ao longo do tempo, permitindo a avaliação da eficácia das políticas e destaca seus desafios entre os específicos grupos de idosos avaliados.

Nossos resultados são afetados por algumas limitações. A PNS é uma pesquisa transversal que tem dificuldades em indicar para os mesmos indivíduos adesão as medidas de saúde ao longo do tempo. A PNS não considera população institucionalizada e o viés de sobrevivência podem ter afetado os resultados ao indicar um cenário mais saudável de saúde entre as duas PNS. Os comportamentos de saúde foram autorreferi-

dos e podem estar submetidos a viés de memória. A comparação da prevalência entre os dois inquéritos pode ser influenciada por diferenças nas questões implementadas entre eles: em 2013 aplicaram-se duas perguntas sobre vegetais (crus e cozidos) e em 2019 aplicou apenas uma, e o nível de atividade física no lazer foi avaliado considerando os 3 meses anteriores em 2013 e os 12 meses anteriores em 2019. O tamanho da população idosa nas duas PNS foi diferente e maior em 2019. Esse tamanho está associado as características do plano amostral e populacional no período. Tais diferenças podem ter aumentado as precisões das estimativas em 2019 e captado diferenças estatísticas em relação a 2013. As análises dos resultados devem considerar mudanças políticas e socioeconômicas ocorridas no Brasil entre as duas pesquisas que podem ter moldado os achados descritos. Contudo, a PNS tem abrangência nacional com amostra representativa da população idosa brasileira que por sua regularidade temporal permite identificar a situação dos comportamentos de saúde, sua evolução e desigualdades no país. Representa uma oportunidade de se comparar a distribuição dos comportamentos saudáveis de saúde na população e verificar a qualidade do envelhecimento no país, apontando os grupos populacionais e localidades que mais precisam de atenção para alcançarem níveis mais adequados de promoção de saúde.

Considerações finais

Verificou-se entre os anos avaliados aumento das prevalências dos comportamentos saudáveis de saúde (consumo de frutas, verduras ou legumes, atividade física no lazer e cessação do fumo), mas, também, dos negativos (consumo abusivo de álcool) e os nível de tabagismo atual permaneceu estável no Brasil. Porém, a manutenção das desigualdades na distribuição dos comportamentos de saúde segundo características individuais e contextuais dos idosos apontam os desafios que o país ainda enfrenta para garantir maiores e mais homogêneos níveis de saúde a todos os idosos do país.

O crescente envelhecimento populacional e o padrão de comportamentos de saúde descritos nessa pesquisa indicam a importância de programas específicos de promoção de saúde. Tanto os ganhos em saúde, quanto a piora dela, observados nessa análise, podem ser ainda mais impactados no futuro pelas recentes crises socioeconômicas e sanitárias e mudanças socioculturais em curso no Brasil. Tais processos poderão exacerbar desigualdades que amplificarão os problemas e necessidades de saúde dos idosos brasileiros.

Logo, amplas e regulares ações e intervenções sociopolíticas e na infraestrutura das cidades precisam ser implementadas a fim de promover e manter os comportamentos saudáveis de saúde no país a níveis mais próximos aos observados em outros país de renda média e alta, o que pode contribuir para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos diferentes segmentos de idosos com características semelhantes as descritas nessa análise.

Colaboradores

Os autores deste trabalho declaram a responsabilidades de terem participado igualmente da concepção do projeto, revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final para a publicação.

Agradecimentos

BLCA Oliveira é Bolsista CAPES/BRASIL e agradece o apoio para essa pesquisa. Agradece também à Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e do Ceará (UFC), e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMA. Este trabalho foi realizado com o apoio do Edital nº 21/2018-Procad/Amazônia.

Referências

1. Nutbeam D, Muscat DM. Health promotion glossary 2021. *Health Promo Int* 2021; 36:1578-1598.
2. Malta DC, Mendes-Felisbino MS, Machado IE, Velloso GA, Gomes SC, Brant LCC, Ribeiro ALP, Oliveira PPV, Flor LS, Gakidou E. Burden of disease attributable to Risk Factors in Brazil: an analysis of national and subnational estimates from the 2019 Global Burden of Disease study. *J Braz Soc Trop Med* 2022; 55(Supl. 1):e0262.
3. Szwarcwald CL, Almeida WS, Sousa-Júnior PRB, Rodrigues JM, Romero DE. Socio-spatial inequalities in healthy life expectancy in the elderly, Brazil, 2013 and 2019. *Cad Saude Publica* 2022; 38(Supl. 1):e00124421.
4. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396:1204-1222.
5. Francisco PMSB, Assumpção D, Borim FSA, Senicato C, Malta DC. Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. *Rev Saude Publica* 2019; 53:86.
6. Stein C, Schmidt MI, Cousin E, Malta DC, Naghavi M, Oliveira PPV, Ribeiro ALP, Duncan BB. Exposure to and Burden of Major Non-Communicable Disease Risk Factors in Brazil and its States, 1990-2019: The Global Burden of Disease Study. *Rev Soc Bras Med Trop* 2022; 55(Supl. 1):e0275.
7. Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann NY Acad Sci* 2010; 1186:125-145.
8. Kessler M, Thumé E, Scholes S, Marmot M, Facchini LA, Nunes BP, Machado KP, Soares MU, Oliveira C. Modifiable risk factors for 9-year mortality in older English and Brazilian adults: The ELSA and SIGA-Bagé ageing cohorts. *Sci Rep* 2020; 10(1):4375.
9. Barros MBA, Medina LPB, Lima MG, Sousa NFS, Malta DC. Changes in prevalence and in educational inequalities in Brazilian health behaviors between 2013 and 2019. *Cad Saude Publica* 2022; 38(Supl. 1):e00122221.
10. Jentsch F, Allen J, Fuchs J, der Lippe EV. Typical patterns of modifiable health risk factors (MHRFs) in elderly women in Germany: results from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study: 2009 and 2010. *BMC Womens Health* 2017; 17(1):23.
11. Sousa NFS, Lima MG, Barros MBA. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: Estudo de base populacional. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 3):5069-5080.
12. Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). *Cad Saude Publica* 2014; 30(7):1438-1452.
13. Barros MBA, Goldbaum M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. *Rev Saude Publica* 2018; 52(Supl. 2):1s.
14. Milke GI, Stopa SR, Gomes CS, Silva AG, Alves FTA, Vieira MLFP, Malta DC. Atividade física de lazer na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24(Supl. 2):e210008.

15. Santana JO, Ramalho JRO, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Atividade física e escore de risco de Framingham entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saude Publica* 2015; 31:2235-2240.
16. Flores TR, Nunes BP, Assunção MCF, Bertoldi AD. Hábitos saudáveis: que tipo de orientação a população idosa está recebendo dos profissionais de saúde? *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19(1):167-180.
17. Sousa-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(2):207-216.
18. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouveia E, Vieira M, Freitas MPS, Sardinha LMV, Macário EM. National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5):e2020315.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões/IBGE, coordenação de trabalho e rendimento*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
20. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396:1223-1249.
21. Barbiellini Amidei C, Trevisan C, Dotto M, Ferroni E, Noale M, Maggi S, Corti MC, Baggio G, Fedeli U, Sergi G. Association of physical activity trajectories with major cardiovascular diseases in elderly people. *Heart* 2022; 108(5):360-366.
22. Wang T, Zhao Z, Yu X, Zeng T, Xu M, Xu Y, Hu R, Chen G, Su Q, Mu Y, Chen L, Tang X, Yan L, Qin G, Wan Q, Gao Z, Wang G, Shen F, Luo Z, Qin Y, Chen L, Huo Y, Li Q, Ye Z, Zhang Y, Liu C, Wang Y, Wu S, Yang T, Deng H, Zhao J, Xu Y, Li M, Chen Y, Wang S, Ning G, Bi Y, Shi L, Lu J, Wang W. Age-specific modifiable risk factor profiles for cardiovascular disease and all-cause mortality: a nationwide, population-based, prospective cohort study. *Lancet Reg Health West Pac* 2021; 17:100277.
23. Bernal RTI, Iser BPM, Malta DC, Claro RM. Sistema de Vigilancia para Factores de riesgo y Protección de Enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica (Vigitel): cambio en la metodología de ponderación. *Epidemiol. Serv Saude* 2017; 26(4):701-712.
24. Oliveira BLCA, Luiz RR. Mortality by skin color/race, urbanicity, and metropolitan region in Brazil. *Ethn Health* 2017; 22(4):372-388.
25. Costa ASV, Rodrigues LS, Cabral Jr JD, Coimbra LC, Oliveira BLCA. Survey of the living conditions and health status of older persons living in Quilombola communities in Bequimão, Brazil: the IQUIBEQ Project. *J Public Health (Berl.)* 2020; 29:1061-1069.
26. Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSDC, Lebrão ML. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21(Supl. 2):e180004.
27. Assunção D, Domene SMA, Fisberg RM, Barros MBA. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2014, 30(8):1680-1694.
28. Wendt A, Costa CS, Costa FS, Malta DC, Crochemore-Silva I. Análise temporal da desigualdade em escolaridade no tabagismo e consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras. *Cad Saude Publica* 2021; 37(4):e00050120.

Artigo apresentado em 26/10/2022

Aprovado em 06/02/2023

Versão final apresentada em 08/02/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva