

Prevalências de fatores de risco e de proteção: população adulta brasileira – Vigitel 2011

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem pelas maiores taxas de morbimortalidade e por cerca de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil, podendo a carga dessas doenças ser minimizada pela redução dos seus fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento oportuno.¹

A realização de inquéritos populacionais de saúde vem sendo utilizada como meio de se obter informações sobre a morbidade referida e estilos de vida saudáveis.^{2,3,4}

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) foi implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em todas as capitais brasileiras, sendo realizado anualmente, desde 2006, entre adultos (idade ≥ 18 anos) residentes em domicílios que possuam linha de telefone fixo, permitindo o monitoramento dos principais fatores de risco e de proteção para DCNT e morbidade referida no país.

Este boletim apresenta as prevalências desses fatores identificados por meio do Vigitel no ano de 2011.

Métodos

O Vigitel utiliza amostras probabilísticas da população adulta (≥ 18 anos) a partir do cadastro das linhas de telefone fixo das cidades, disponibilizadas anualmente pelas principais operadoras de telefonia fixa no país.

O questionário do Vigitel possui aproximadamente noventa questões, divididas nos módulos: (i) características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos; (ii) padrão de alimentação e atividade física; (iii) peso e altura referidos; (iv) consumo de cigarro e de bebidas alcoólicas; e (v) avaliação própria do estado de saúde e morbidade referida.

As estimativas dos indicadores avaliados foram ajustadas para representar a população adulta total de cada cidade e do conjunto das cidades avaliadas. Para isso, foram considerados os pesos do número de adultos e de linhas telefônicas de cada

residência (adultos/linhas), a razão de indivíduos, avaliados segundo a população residente em 36 categorias construídas pela combinação de sexo, faixa etária e nível de escolaridade. Considerou-se, ainda, a fração amostral, dada pela razão entre o número de indivíduos do Vigitel de cada cidade e o número de adultos residentes.⁵ Para a construção dos pesos, foram utilizados dados demográficos provenientes do Censo Demográfico de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As análises dos dados foram realizadas com auxílio do aplicativo Stata 11.0.

As estimativas gerais, provenientes do inquérito de 2011, são apresentadas em proporção (%) e intervalos de confiança (IC) de 95%. Os resultados foram calculados por sexo, faixa etária e nível de escolaridade.

Resultados

No período de janeiro a dezembro de 2011, o Vigitel entrevistou 54.144 adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. A duração média das entrevistas foi de 9,2 minutos e a taxa de recusa foi de 2,2%.

A Tabela 1 apresenta a prevalência dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas monitoradas pelo Vigitel em 2011. Em relação ao tabagismo, mais de 10% da população adulta brasileira é exposta à fumaça do cigarro. Aproximadamente metade da população está acima do peso e 15,8% estão obesas. Quanto aos hábitos alimentares, destaca-se o alto consumo de gordura em alimentos da dieta básica, como carnes (34,6%) e leite (56,9%).

Em contrapartida, apenas 20% da população consome cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, nível recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Um terço dos adultos residentes em capitais brasileiras pratica a quantidade recomendada de 150 minutos de atividade física no seu tempo livre, enquanto 14% deles são considerados inativos. O consumo, nos últimos trinta dias, de cinco doses ou mais de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião foi relatado por 26% dos homens, os quais, mais que as mulheres, relatam dirigir após o consumo de bebida alcoólica (11,4%), elevando a prevalência geral para 6%.

Tabela 1 – Distribuição de fatores de risco e proteção, segundo sexo da população

Indicadores (Percentual)	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Fatores de risco						
Fumantes	14,8	13,9 - 15,7	18,1	16,6 - 19,5	12,0	10,8 - 13,1
Ex-fumantes	21,7	20,8 - 22,5	25,0	23,7 - 26,4	18,8	17,6 - 19,9
Indivíduos que fumam 20 ou mais cigarros por dia	4,3	3,8 - 4,8	5,4	4,7 - 6,2	3,3	2,7 - 3,9
Fumantes passivos no domicílio	11,8	11,1 - 12,6	10,1	9,0 - 11,2	13,3	12,3 - 14,4
Fumantes passivos no local de trabalho	12,2	11,5 - 12,9	17,8	16,5 - 19,1	7,4	6,7 - 8,2
Excesso de peso ^a	48,5	47,4 - 49,7	52,6	50,9 - 54,4	44,7	43,2 - 46,2
Obesidade ^b	15,8	15,0 - 16,6	15,6	14,4 - 16,8	16,0	14,9 - 17,0
Consumo de carnes com excesso de gordura	34,6	33,4 - 35,7	45,9	44,2 - 47,6	24,9	23,5 - 26,2
Consumo de leite com teor integral de gordura	56,9	55,8 - 58,0	58,9	57,2 - 60,5	55,2	53,8 - 56,6
Consumo regular de refrigerantes (≥5 dias/semana)	29,8	28,7 - 30,9	34,3	32,6 - 36,1	25,9	24,5 - 27,3
Inatividade física	14,0	13,3 - 14,7	14,1	13,1 - 15,1	13,9	13,0 - 14,8
Indivíduos que assistem a três ou mais horas de televisão por dia	27,1	26,1 - 28,1	27,9	26,4 - 29,4	26,4	25,1 - 27,7
Consumo abusivo de bebida alcoólica ^c	17,0	16,2 - 17,8	26,2	24,7 - 27,8	9,1	8,4 - 9,8
Conduzir veículo motorizado após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica	6,0	5,6 - 6,4	11,4	10,6 - 12,2	1,4	1,2 - 1,6
Fatores de proteção						
Consumo regular de frutas e hortaliças (≥5 dias/semana)	30,9	29,9 - 31,8	25,6	24,2 - 27,0	35,4	34,1 - 36,7
Consumo recomendado de frutas e hortaliças (≥5 porções diárias)	20,2	19,4 - 21,0	16,6	15,4 - 17,8	23,3	22,2 - 24,4
Prática de atividade física suficiente no tempo livre ^d	30,3	29,3 - 31,3	39,6	37,9 - 41,3	22,4	21,2 - 23,5
Indivíduos fisicamente ativos no deslocamento ^e	17,0	16,1 - 18,0	17,0	15,6 - 18,4	17,0	15,8 - 18,3

^a Índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m²

^b Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m²

^c Consumo de quatro ou mais doses (mulheres) ou cinco ou mais doses (homens) de bebida alcoólica em uma única ocasião nos últimos 30 dias.

^d Prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa.

^e Indivíduos que se deslocam para o trabalho ou escola de bicicleta ou caminhando (pelo menos uma parte do trajeto) e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta.

Fonte: Vigitel 2011.

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê Editorial

Jarbas Barbosa da Silva Jr (editor geral), Sônia M. F. Brito, Marcus Quito, Cláudio Maierovitch P. Henriques, Deborah C. Malta, Guilherme Franco Netto, Elisete Duarte, Eunice de Lima, Marta Roberta Santana Coelho, Fábio Mesquita e Carlos Estênio Freire Brasilino.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Deborah Carvalho Malta (editora científica), Luciana M. V. Sardinha e Gilmar Lima Nascimento (editoras assistentes) e Alisson Leandro Aragão Meneses (secretário executivo).

Colaboradores

Andreza Madeira Macário (DANTPS/SVS), Betine Pinto Moehlecke Iser (DANTPS/SVS), Cristiane Penaforte do N. Dimech (DANTPS/SVS), Deborah Carvalho Malta (DANTPS/SVS), Lenildo de Moura (DANTPS/SVS), Naíza Nayla Bandeira de Sá (DANTPS/SVS) e Regina Tomie Bernal (DANTPS/SVS).

Distribuição impressa e eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

Normalização

Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS.

Acompanhando as mudanças nas recomendações internacionais da OMS (2011), a partir desta edição do Vigitel, o indicador de atividade física suficiente não mais estipula o número mínimo de dias na semana para a sua prática. Atividade física suficiente no tempo livre passa a ser a prática de 150 minutos de atividade física semanal, de intensidade leve ou moderada, ou 70 minutos de atividade física intensa.

Fatores de risco importantes para o desenvolvimento de doenças crônicas tendem a aumentar proporcionalmente com a faixa etária da população. Por outro lado, os hábitos alimentares nocivos – destacados pelo consumo abusivo de álcool, consumo de carne com excesso de gordura e consumo de refrigerantes – tendem a diminuir com o avanço da idade (Figura 1).

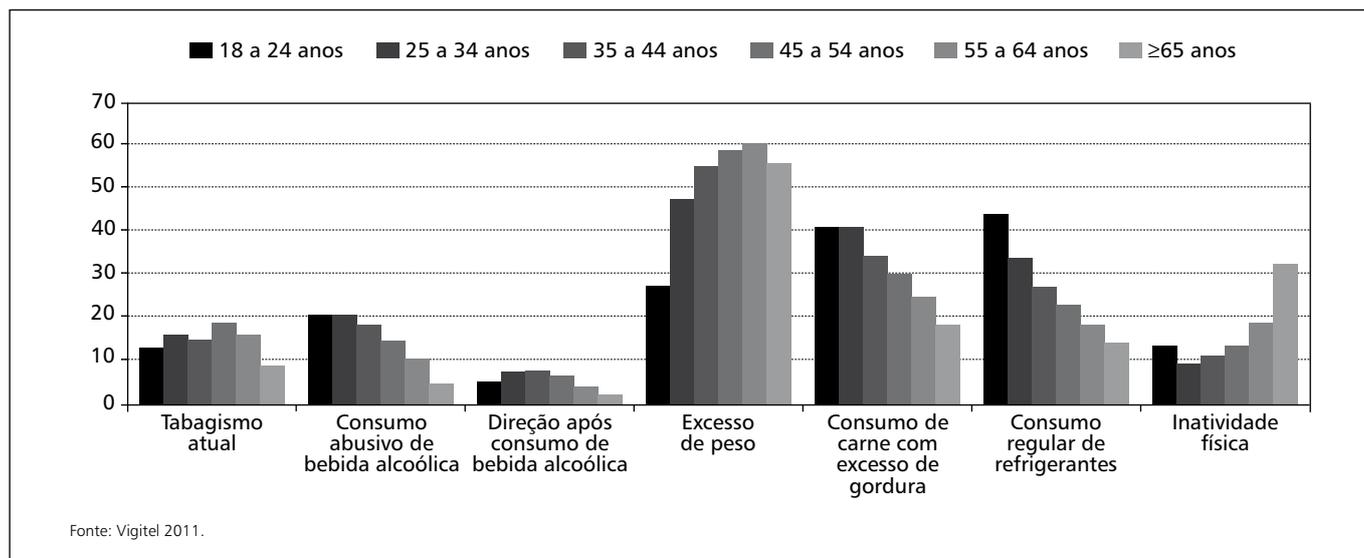


Figura 1 – Distribuição dos fatores de risco na população adulta de acordo com a faixa etária, Vigitel 2011

Dos 18-24 anos para os 65 anos ou mais, o consumo recomendado de frutas e hortaliças praticamente dobra, passando de 15,5% para 29,8%, enquanto a prática de atividade física no tempo livre cai pela metade (de 40,5% para 22,2%). O consumo regular de feijão apresenta uma queda gradual com o avanço da idade, pas-

sando de 71,8% aos 18-24 anos para 61,4% nos adultos com idade igual ou superior a 65 anos (Figura 2).

Na avaliação dos fatores de risco segundo escolaridade, destacam-se o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e o hábito de dirigir após consumo de qualquer quantidade de álcool, cujas

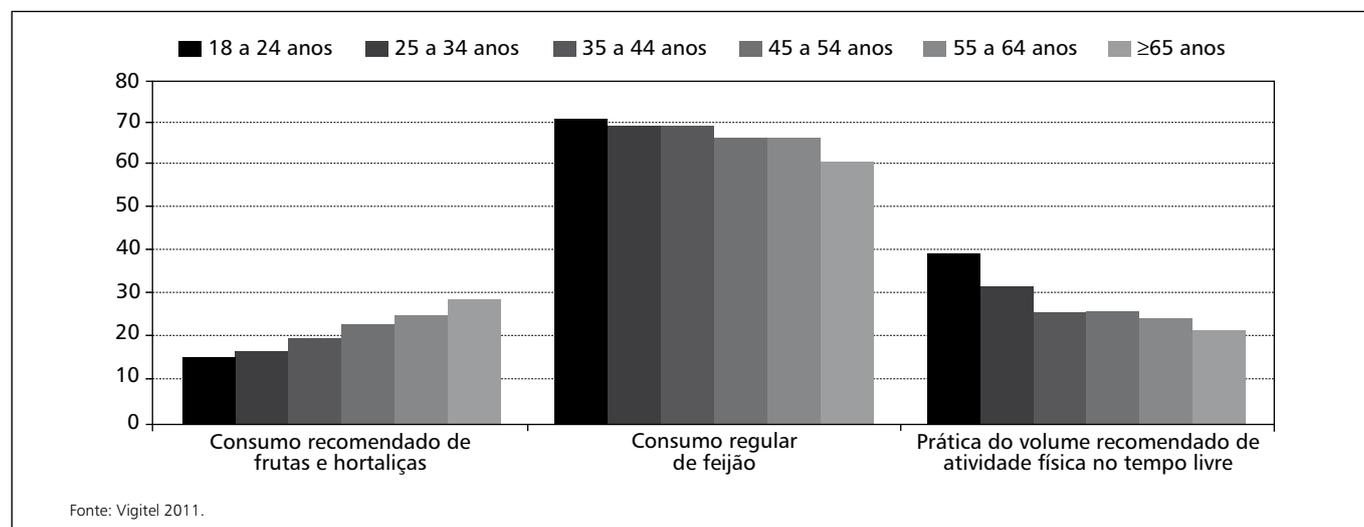


Figura 2 – Distribuição dos fatores de proteção na população adulta de acordo com a faixa etária

prevalências aumentam de acordo com a escolaridade (Figura 3). A inatividade física também é maior entre os adultos com 12 anos ou mais de estudo. Os adultos menos escolarizados, no entanto, são ainda os que mais fumam (18,8%), têm maior consumo de carne com gordura (37,3%) e apresentam maior prevalência de excesso de peso (51,8%) e de hipertensão arterial (28,3%) (Figura 3).

Entre os fatores de proteção avaliados, o consumo regular de feijão é maior entre os adultos com até oito anos de estudo (73,1%). O consumo de frutas e hortaliças tende a aumentar com a escolaridade, assim como a prática de 150 minutos de atividade física no tempo livre, que passa de 24% entre os indivíduos com até oito anos de estudo para 42,2% entre aqueles que estudaram pelo menos 12 anos (Figura 4).

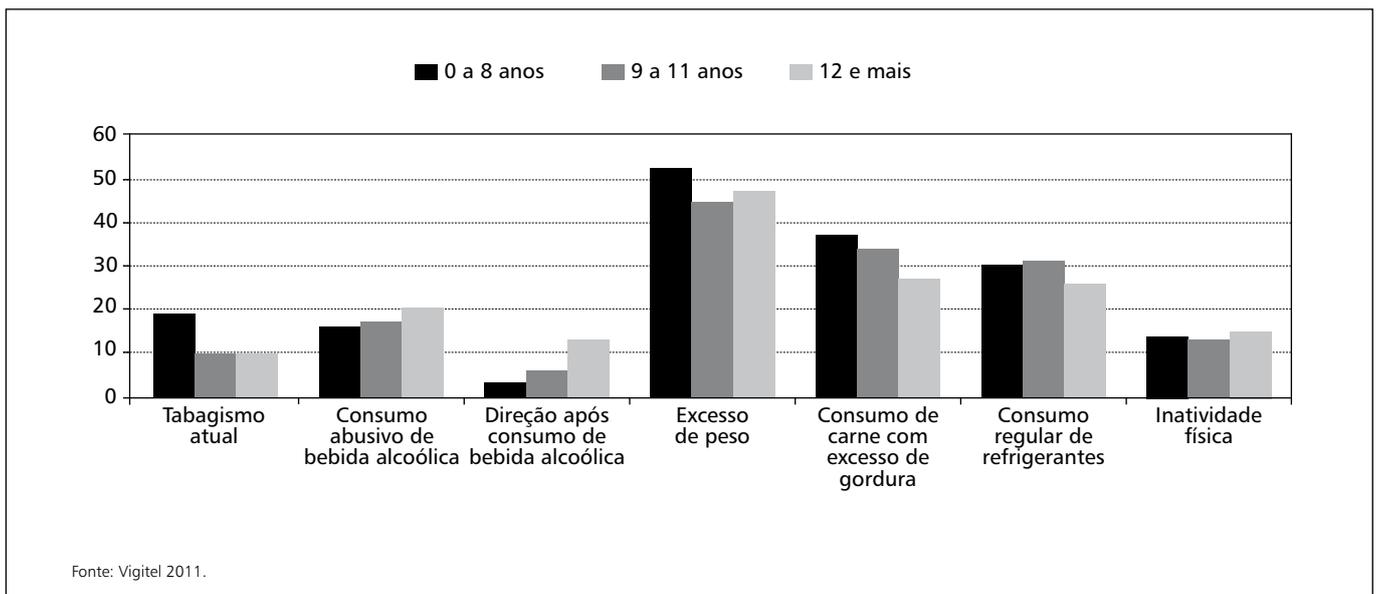


Figura 3 – Distribuição dos fatores de risco na população adulta de acordo com a escolaridade

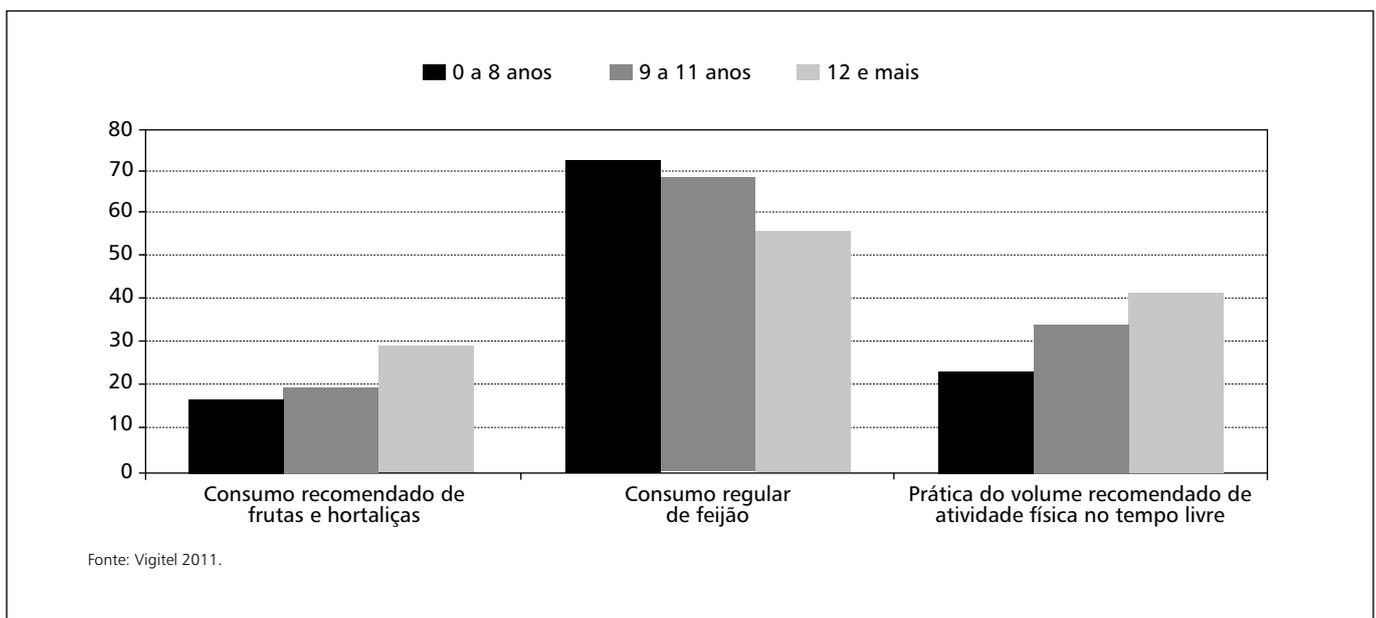


Figura 4 – Distribuição dos fatores de proteção na população adulta de acordo com a escolaridade

Discussão

Os resultados do Vigitel 2011 apontam que a alimentação da população adulta brasileira é inadequada, caracterizada por baixo consumo de frutas e hortaliças e alto consumo de alimentos gordurosos, bem como de bebidas alcoólicas e açucaradas.

Entre as ações de combate à epidemia de obesidade estão o estímulo à alimentação saudável e o incentivo à prática de atividade física, por meio do Programa Academia da Saúde e da estruturação de espaços urbanos saudáveis.

Essa situação preocupante estimulou o governo brasileiro a elaborar estratégias para o enfrentamento das DCNT. Nesse sentido, destaca-se o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.^{6,7}

A implementação e o monitoramento das ações do Plano visam ao alcance de metas específicas e, a médio e longo prazos, à melhoria da qualidade de vida da população brasileira como um todo.

Um importante avanço na condução da política de DCNT é aferida pela continuidade na redução do tabagismo na população brasileira. A prevalência de fumantes, que em 1989 era de 34,8%, passou a 17,2% em 2008 entre indivíduos de 15 anos ou mais, e chegou em 2011, pela primeira vez, a menos de 15%.⁸ Esta redução tem sido associada à queda da mortalidade e de hospitalizações por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas verificadas nos últimos anos, especialmente em homens.⁹

Espera-se que, a exemplo do verificado com o tabagismo, o Brasil possa alcançar, nos próximos

anos, resultados positivos semelhantes para outros fatores de risco priorizados nas políticas globais, em especial para o consumo de álcool, a inatividade física e o excesso de peso.

Homens e mulheres mostraram diferentes níveis de vulnerabilidade aos fatores de risco para DCNT. Apesar de os homens ainda apresentarem maior prevalência de grande parte dos fatores de risco, como tabagismo, excesso de peso, consumo de alimentos gordurosos e de bebidas alcoólicas, as mulheres têm adotado cada vez mais comportamentos masculinos, à medida que vêm assumindo também alta carga de trabalho e se expondo ao estresse.

Conclusões

Conhecer e monitorar a distribuição dos fatores de risco e protetores nos adultos brasileiros é fundamental para a atuação sobre o processo saúde-doença, com vistas ao desenvolvimento de políticas públicas específicas para a melhoria da qualidade de vida da população. Este propósito está em sintonia com os organismos e instituições internacionais, sendo o enfrentamento às doenças crônicas prioridade de todos os governos.

A partir dos dados apresentados, fica demonstrado que diminuir carga das doenças crônicas no país pressupõe a redução da exposição da população aos fatores de risco e o incentivo aos fatores protetores. No entanto, a mudança de comportamento e hábitos de vida é um desafio que exige ações intersetoriais.

Mais detalhes sobre o Vigitel podem ser obtidos através do link: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521>.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, Ministério da Saúde; 2008.
2. Azevedo e Silva G; Valente JG.; Malta DC. Trends in smoking among the adult population in Brazilian capitals: a data analysis of telephone surveys from 2006 to 2009. Rev. bras. epidemiol. 2011; 14 (Suppl 1): 103-14.
3. Iser BPM, Claro RM, Moura EC, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – Vigitel Brasil – 2009. Rev. bras. epidemiol. 2011; 14 (Suppl.1): 90-102.
4. Hallal PC, Knuth AG, Reis RS, et al. Time trends of physical activity in Brazil (2006-2009). Rev. bras. epidemiol. 2011; 14 (Suppl 1): 53-60.
5. Moura, EC. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). Rev. bras. epidemiol. 2008; 11 (Suppl 1): 20-37.

6. Ministério da Saúde (Brasil). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011; 20(4): 10-26.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008): Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab). Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
9. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781): 1949-61.