

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: INQUÉRITO POPULACIONAL MEDIANTE ENTREVISTAS TELEFÔNICAS COM FUNCIONÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO OESTE DE SANTA CATARINA.

Marilis de Oliveira¹
Elizabeth Nappi Corrêa²

Introdução: A informação sobre a frequência de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs possibilita a análise da situação de saúde da população brasileira. **Objetivo:** Identificar as práticas alimentares e os fatores associados às doenças crônicas não transmissíveis. **Métodos:** Foram avaliados 73 funcionários, que responderam, através de ligações telefônicas, questões extraídas e adaptadas do questionário eletrônico utilizado pelo Vigitel Brasil 2010, Foram avaliadas variáveis comportamentais (consumo alimentar, atividade física, tabagismo e consumo de bebida alcoólica), peso e altura referidos e referência a diagnóstico médico de DCNTs. **Resultados:** A maioria dos entrevistados eram mulheres (72,6%); a maior frequência de escolaridade foi de ensino superior completo (65,8%) e a predominância de indivíduos eutróficos em relação ao IMC. Para os homens os fatores de risco para DCNTs mais prevalentes foram consumo de leite integral (85%) e consumo de carne com gordura (20%), e para as mulheres foi o consumo de leite integral (64,2%) e a inatividade física (56,6%). Em relação aos fatores considerados como saudáveis, obteve-se para mulheres maiores frequências o consumo de verduras e legumes (94,3%) e consumo de carnes sem gorduras aparentes (77,4%), já para os homens prevaleceu a prática de atividade física (90%) e consumo de frutas e verduras (85%). Nas condições de saúde relatadas 50% das mulheres e 60% dos homens consideraram como Bom o estado de saúde. **Considerações finais:** O desenvolvimento de políticas públicas pode contribuir para a redução dos fatores de risco para DCNTs, tendo em vista que a maioria estão relacionados ao estilo de vida.

Palavras-Chave: Doença Crônica; Monitoramento; Fatores de Risco.

¹ Nutricionista. Aluna do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Nutrição Humana com ênfase em Saúde Pública na Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó.

² Nutricionista. Doutoranda do Programa de Pós graduação em Nutrição - Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Nutrição: Metabolismo e Dietética - Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Desenvolve atividades de tutoria e coordenação relacionadas à Educação à Distância e atividades de ensino presencial no Departamento de Saúde Pública da UFSC.

Abstract

Introduction: Information on the frequency of risk factors and protective for Chronic Noncommunicable Diseases - NCCD enables the analysis of the health situation of the population. **Objective:** To identify the dietary patterns and factors associated with chronic diseases. **Methods:** A total of 73 employees, who responded via phone calls, questions extracted and adapted from the electronic questionnaire used by Vigitel Brazil 2010, were evaluated behavioral variables (food intake, physical activity, smoking and alcohol consumption), weight and height referrals and medical diagnoses of NCCD. **Results:** Most respondents were female (72.6%), the highest frequency of schooling was complete higher education (65.8%) and the prevalence of normal individuals in relation to BMI. For men the risk factors were more prevalent NCCD consumption of whole milk (85%) and consumption of meat with fat (20%) and for women was the consumption of whole milk (64.2%) and physical inactivity (56.6%). Regarding factors considered healthy, women got up to higher frequencies consumption of vegetables (94.3%) and meat consumption without apparent fat (77.4%), while for men the prevailing practice of physical (90%) and consumption of fruits and vegetables (85%). Health conditions reported 50% of women and 60% of men considered as the good state of health. **Final Thoughts:** The development of public policy can contribute to the reduction of risk factors NCCD, given that most are related to lifestyle.

Keywords: Chronic Disease; Monitoring, Risk Factors.

Abstracto

Introducción: La información sobre la frecuencia de los factores de riesgo y de protección para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles - ECNT permite el análisis de la situación de salud de la población. **Objetivo:** Identificar los patrones dietéticos y los factores asociados a las enfermedades crónicas. **Métodos:** Un total de 73 empleados, que respondieron a través de llamadas telefónicas, preguntas extraídos y adaptados del cuestionario electrónico utilizado por Vigitel Brasil 2010, se evaluaron las variables de comportamiento (la ingesta de alimentos, la actividad física, el tabaquismo y el consumo de alcohol), el peso y la altura y referencias diagnósticos médicos de ECNT. **Resultados:** La mayoría de los encuestados eran mujeres (72,6%), la frecuencia más alta de escolarización se completó la educación superior (65,8%) y la prevalencia de individuos normales en relación con el IMC. Para los hombres los factores de riesgo son más prevalentes NCCD consumo de leche entera (85%) y el consumo de carne con grasa (20%) y para las mujeres es el consumo de leche entera (64,2%) y el sedentarismo (56,6%). En cuanto a los factores considerados saludables, las mujeres se levantaron a un mayor consumo de verduras frecuencias (94,3%) y el consumo aparente de carne sin grasa (77,4%), mientras que para los hombres de la práctica de física (90%) y el consumo de frutas y verduras (85%). Las condiciones de salud reportaron

un 50% de mujeres y 60% de los hombres considerados como el buen estado de salud. **Consideraciones finales:** El desarrollo de las políticas públicas pueden contribuir a la reducción de los factores de riesgo NCCD, dado que la mayoría están relacionados con el estilo de vida.

Palabras clave: Enfermedad crónica; controles, factores de riesgo.

INTRODUÇÃO

As transformações sociais e econômicas pelas quais o Brasil vem passando desde o último século têm causado mudanças relevantes no perfil de morbimortalidade na população brasileira. As doenças infecciosas e parasitárias, principais causas de morte no início do século passado, cederam lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (BRASIL, 2006). Essa transição epidemiológica tem se refletido na área de saúde pública e o desenvolvimento de estratégias para o controle das DCNTs se tornou uma emergência para o Sistema Único de Saúde (SUS) (CASADO; VIANNA e THULER, 2009).

De acordo com Brasil (2008), as DCNT se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e origem não infecciosa e, também, por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais. Dados da OMS (2005), mostraram que no ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas no mundo morreram de doenças crônicas, o que corresponde ao dobro das mortes relacionadas às doenças infecciosas.

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e a inatividade física (WHO, 2011).

Em função da relevância das DCNT no perfil epidemiológico da população brasileira e mediante a importância do monitoramento dos seus fatores de risco, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o sistema Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. O Ministério da Saúde do Brasil está priorizando a promoção da saúde e a prevenção e atenção às DCNT na forma de intervenções voltadas para a redução da prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade decorrente dessas doenças. A vigilância é uma ação de grande relevância em saúde pública, pois é uma ferramenta de monitoramento e análise do perfil das enfermidades e de seus fatores determinantes e condicionantes e de detecção de mudanças nas suas tendências no tempo, no espaço geográfico e em relação aos grupos populacionais. Contribui também para o planejamento de ações na área de saúde (BRASIL 2007).

Nesse contexto, a Secretaria de Vigilância em Saúde tem desenvolvido ações com o objetivo de estruturar o Sistema de Vigilância das DCNT nas três esferas do Sistema Único de Saúde, em todas as Unidades da Federação. Dentre essas ações, destaca-se a implantação do sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

Telefônico. O sistema objetiva o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT (BRASIL, 2007).

O sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) foi instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2006 nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Por meio de entrevistas telefônicas assistidas por computador, a cada ano são entrevistados mais de 54 mil adultos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em domicílios brasileiros com pelo menos uma linha fixa de telefone (PERES et al., 2012).

O objetivo do sistema é obter informações sobre a frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e estabelecer análise de tendências da situação de saúde da população brasileira. Além das questões fixas, o sistema permite que a cada ano sejam incorporados temas relevantes na área da saúde por meio de módulos rotativos ou opcionais, seguindo o modelo do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais (BRFSS; *Behavioral Risk Factors Surveillance System*), desenvolvido pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos. O BRFSS é realizado desde 1984, servindo de modelo para outros inquéritos telefônicos, dentre os quais o VIGITEL (PERES et al., 2012).

Os dados do Vigitel serviram de base, em 2011, para a elaboração do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis 2011-2022, que aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus principais determinantes modificáveis, ou fatores de risco (FR) em comum (tabagismo, álcool, inatividade física,

alimentação não saudável e obesidade). O Plano definiu metas de redução das DCNT e de seus fatores de risco. O monitoramento das metas referentes aos FR ocorrerá a partir dos dados do Vigitel, mostrando a importância deste sistema na definição de políticas públicas de promoção à saúde (BRASIL, 2011; MALTA et al, 2011).

O presente artigo descreve métodos e resultados obtidos na investigação da prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis de funcionários de uma instituição de ensino superior do oeste de Santa Catarina.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, de abordagem transversal, com análise quantitativa dos dados. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (parecer número 182/11).

Fizeram parte da pesquisa os funcionários vinculados à função de técnico administrativo da Unochapecó – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, *campus* de Chapecó – SC. A primeira etapa da amostragem da pesquisa consistiu na seleção dos funcionários através da fórmula: $n = \frac{0,25 \cdot Z^2 \cdot N}{0,25 \cdot Z^2 + e^2 \cdot (N-1)}$, considerando-se um erro amostral de 5%, a mais do resultado obtido para a amostra, neste caso 73 funcionários de um universo de 403. A amostra foi estratificada de acordo com as áreas e

diretorias (setores da instituição), utilizando para isto, uma planilha disponibilizada pelo setor de Recursos Humanos, atualizada em 30 de Junho de 2012, com a relação de todos os funcionários, seus respectivos setores e ramais cadastrados. Fazem parte da instituição 69 setores e 104 ramais telefônicos utilizados pelos funcionários lotados no mesmo e que exercem a função de técnico administrativo. Proporcionalmente, foi selecionado apenas um funcionário por diretoria, já das áreas foram selecionados 2 em cada, considerando que são apenas quatro Áreas na instituição de ensino e estas possuem maior número de técnicos administrativos lotados.

No primeiro momento foram selecionados os 73 funcionários por meio de sorteio sistemático, com base em sequências aleatórias. O sorteio, sistemático e estratificado, deu-se através de porcentagem proporcional, conforme a quantidade de funcionários lotados em cada Área e o número de Áreas da instituição, garantindo que um mesmo ramal não fosse selecionado mais que uma vez. O funcionário que na terceira tentativa não se encontrava ou não pode responder foi substituído por outro pertencente ao mesmo setor.

Como critério de inclusão, foram selecionados somente indivíduos adultos (idade em anos: ≥ 18 e < 60) e que aceitaram participar do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE foi substituído pelo consentimento verbal obtido na ocasião dos contatos telefônicos. Esse modelo de consentimento também foi aplicado nas pesquisas realizadas pelo sistema VIGITEL realizadas anualmente, desde o ano de 2006, quando deu-se sua implantação. Por se tratar de entrevista por telefone, o consentimento verbal foi a opção de autorização mais viável.

Primeiramente foram realizadas as ligações telefônicas para os funcionários sorteados nos períodos matutino, vespertino e noturno; explicando os objetivos da pesquisa e solicitando a permissão para aplicação do questionário. Foram feitas até três tentativas para cada funcionário, em horários e dias alternados.

A coleta de dados foi realizada a partir de um questionário semi-estruturado, com 65 questões extraídas e adaptadas do Questionário Eletrônico utilizado pelo Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico do Ministério da Saúde. O questionário foi aplicado através de ligações telefônicas para os ramais dos funcionários selecionados, no período de julho a agosto de 2012, utilizando uma planilha com os ramais e respectivos funcionários.

Para a identificar o tempo médio de aplicação do instrumento de coleta de dados e o grau de entendimento dos entrevistados em relação às questões, foi aplicado no mês de setembro de 2011 um projeto piloto. Fizeram parte do teste piloto 5 funcionários da instituição de ensino, escolhidos aleatoriamente. Estes funcionários que fizeram parte do projeto piloto não foram selecionados para a pesquisa. Obteve-se uma média de tempo de entrevista de aproximadamente 7 minutos. A aplicação do projeto piloto permitiu determinar quanto tempo aproximadamente duraria cada entrevista e com o resultado positivo quanto ao grau de entendimento dos entrevistados não foram feitas alterações no questionário.

As perguntas do questionário VIGITEL, curtas e simples, abordaram: a) características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo,

estado civil, etnicidade, nível de escolaridade); b) características do padrão de alimentação e de atividade física associada à ocorrência de DCNT (por exemplo: frequência do consumo de frutas e hortaliças e de alimentos fonte de gordura saturada e frequência e duração da prática de exercícios físicos); c) peso e altura recordados; d) frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; e e) auto avaliação do estado de saúde do entrevistado e referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial, diabetes e colesterol elevado.

Foram utilizados os marcadores padrão saudáveis e não saudáveis de alimentação, definidos pelo Vigitel – Brasil 2011. Para o primeiro considerou-se os consumos de: carnes sem o excesso de gordura; suco natural ou frutas diariamente; verduras e legumes diariamente; feijão; leite desnatado ou semi desnatado e, a prática de atividade física, já para o segundo foram considerados os consumos: frequente de carnes com gordura; frequente de refrigerante; de leite integral; nunca consumir verduras e legumes e, inatividade física.

Dados referentes ao consumo alimentar foram obtidos por meio da frequência alimentar simplificada, abordando questões referentes ao consumo de frutas, hortaliças cruas e cozidas, feijão, refrigerantes, leite e carnes (ave e bovina). A categoria de resposta sim e não identificou o consumo de frutas e hortaliças maior que cinco vezes por semana, considerado como consumo regular.

Com relação ao consumo de bebida alcoólica, foi considerado consumo grave de álcool, a ingestão de cinco doses de qualquer bebida alcoólica em

pelo menos um dia do último mês e consumo de risco a ingestão superior a uma dose para mulher e duas doses para homem por semana.

O sedentarismo foi caracterizado pela ausência do exercício físico no lazer, esforço leve ou muito leve no trabalho e deslocamento motorizado para o trabalho. Para a identificação do hábito de fumar atual ou anterior, utilizaram-se as categorias de respostas sim e não.

As medidas antropométricas relatadas – peso e altura – foram utilizadas para a determinação do índice de massa corporal (IMC), calculado pela razão do peso (kg) pelo quadrado da altura (m²). Para a análise, foi utilizada a recomendação da OMS (2000).

Informações sobre referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial e diabetes mellitus foram obtidas por intermédio das categorias de respostas sim e não.

Para tabulação dos dados foi utilizado o pacote estatístico Sphinx Léxica (versão 5.1) e para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva para os cálculos das frequências absoluta e relativa e, para se comparar os resultados entre as variáveis.

Resultados

Para obtenção do número de entrevistados não foi necessário a exclusão de funcionários selecionados, tendo em vista que atenderam a ligação telefônica até a terceira tentativa ou foram substituídos por um colega.

Quando o funcionário não se encontrava no setor ou não podia atender foi ligado em outro momento e, se não conseguisse contato o mesmo era substituído por outro funcionário lotado no mesmo setor, através de um novo sorteio, totalizando 4 substituições. Participaram da pesquisa 73 funcionários da instituição.

A tabela 1 mostra que a amostra estudada consiste na maioria mulheres, 72,6% dos entrevistados e maior proporção de indivíduos com ensino superior (3º grau) completo (65,8%). Com relação ao estado nutricional, baseado na classificação OMS (2000), através do IMC, constatou-se predominância de eutrofia em ambos os sexos, feminino e masculino. A média de idades, para sexo feminino e masculino, foram de 26,7 e 24,2 respectivamente.

Tabela 1
Características de funcionários de uma instituição de ensino superior. Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2012. (n=73)

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	53 (72,6)
Masculino	20 (27,4)
Escolaridade	
Ensino médio (2º grau) ou técnico	11 (15,1)
Ensino superior (3º grau)	48 (65,8)
Pós graduação (especialização, mestrado ou doutorado)	14 (19,2)
IMC *	
Desnutrição	3 (4,1)
Eutrofia	49 (67,1)
Sobrepeso	12 (16,4)
Obesidade	3(4,1)

* Variável com dados ignorados.

Entre as questões que avaliaram o consumo alimentar, a tabela 2 apresenta o consumo de alimentos considerados, pelo estudo, como marcadores padrão não saudáveis de alimentação. Como resposta mais frequente observou-se o consumo de leite na sua forma integral por 64,2% das mulheres e 85% dos homens entrevistados. E respostas de menor frequência para o consumo de refrigerante com frequência 1,9% pelas mulheres e 5% dos homens entrevistados.

Tabela 2

Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de acordo com consumo alimentar e nível de atividade física relatados. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. 2012.

Fatores de Risco	Feminino	Masculino	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Consumo frequente de carnes com gordura	7 (13,2)	4 (20)	11 (15)
Consumo frequente de refrigerante	1 (1,9)	1 (5)	2 (2,7)
Consumo de leite integral	34 (64,2)	17 (85)	51 (69,9)
Nunca consome verduras e legumes	2 (3,8)	1 (5)	3 (4,1)
Inatividade física	30 (56,6)	2 (10)	32 (43,8)

Na tabela 3 é mostrado o consumo de alimentos considerados, pelo estudo, como marcadores padrão saudáveis de alimentação. Tendo maior frequência de respostas o consumo frequente de verduras e legumes diariamente em pelo menos uma das refeições (94,3% das mulheres e 85% dos homens entrevistados).

Tabela 3

Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de acordo com consumo alimentar e nível de atividade física relatados. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. 2012.

Fatores de prevenção	Feminino	Masculino	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Consumo de carnes sem excesso de gordura	41 (77,4)	14 (70)	55 (75,3)
Consumo de suco natural ou frutas diariamente	35 (66)	14 (70)	49 (67,1)
Consumo de verduras e legumes diariamente	50 (94,3)	17 (85)	67 (91,8)
Consumo de feijão	7 (12,7)	3 (12,7)	10 (13,9)
Leite desnatado ou semi desnatado	14 (26,4)	2 (10)	16 (21,9)
Prática de atividade física ou esporte frequentemente	21 (39,6)	18 (90)	39 (53,4)

Ao investigar as condições de saúde dos entrevistados, considerou-se como frequente a ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas, em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias. Considera-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho. Essa consideração de frequência também foi vista na publicação do Vigitel 2011 para frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

Tabela 4

Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de acordo com as condições de saúde relatadas. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. 2012.

Condição de saúde	Feminino	Masculino	Total
	N (%)	N (%)	N(%)
Tabagismo	1 (1,9)	1 (5)	2 (2,73)
Consumo de álcool frequentemente	13 (25)	3 (15,1)	16 (21,9)
Diabetes	1 (1,9)	1 (5)	2 (2,7)
Hipertensão	3 (5,7)	2 (10)	5 (6,8)

Os resultados para o questionamento sobre a classificação do estado de saúde são apresentados na tabela 5. Onde, 50,9% das mulheres e 60% dos

homens entrevistados responderam que consideram seu estado de saúde como Bom.

Tabela 5

Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de acordo com as condições de saúde relatadas. Chapecó, Santa Catarina, Brasil. 2012.

Classificação do estado de saúde	Feminino N (%)	Masculino N (%)	Total N(%)
Muito bom	5 (9,4)	2 (10)	7 (9,5)
Bom	27 (50,9)	12 (60)	39 (53,4)
Regular	17 (32,1)	6 (30)	23 (31,5)
Ruim	4 (7,6)	0 (0)	4 (5,5)

Discussão

A principal limitação encontrada está relacionada com os dados autorrelatados que podem estar sujeitos a vieses decorrentes da memória ou de comportamentos socialmente desejáveis. Existe a possibilidade de subestimativas do aumento do IMC, na amostra do presente estudo, e da prevalência do excesso de peso, na população total investigada (n=73).

Estudos realizados no Brasil mostraram que as medidas de concordância entre peso e altura referidos e aferidos foram bastante altas. O peso corporal referido é frequentemente subestimado e a altura, superestimada em relação às medidas aferidas (Coelho et. al, 2009).

Neste estudo foram pesquisados alguns dos marcadores de riscos mais importantes para o desenvolvimento de DCNTs, como o consumo excessivo de

carnes com gordura aparente, consumo frequente de refrigerante, consumo de leite integral, baixo consumo de frutas, legumes e verduras e inatividade física. Também foi observado as condições de saúde relatadas quanto ao tabagismo, consumo de álcool, o diagnóstico anterior de diabetes e hipertensão arterial. A prevalência de cada comportamento foi variada, sendo mais frequente para o consumo de leite integral e menor para o diagnóstico referido de diabetes, para ambos os sexos.

A epidemiologia da doença e os resultados de estudos de intervenção mostram que as DCNTs podem ser prevenidas. Para isso, é preciso mudança de comportamento dos indivíduos e da sociedade. As DCNTs são enfermidades que vem se desenvolvendo ao longo de décadas.

Em estudos epidemiológicos, o diagnóstico da obesidade é feito a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros) (WHO, 2000).

O excesso de peso é diagnosticado quando o IMC alcança valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto que a obesidade é diagnosticada a partir do IMC de 30 kg/m². Esses são os critérios utilizados pelo sistema Vigitel para analisar as informações sobre peso e altura fornecidos pelos entrevistados e utilizados para análise do perfil nutricional dos entrevistados do presente estudo.

Com relação ao estado nutricional, através do IMC, constatou-se a predominância de eutrofia em ambos os sexos, feminino e masculino, caracterizando 67,12% dos entrevistados.

Com relação ao excesso de peso constatou-se que apenas 16,44% dos entrevistados foram classificados como sobrepeso, diferente dos dados do

Vigitel 2011, onde as menores frequências de excesso de peso ocorreram, entre homens, em Recife (38,6%), São Luís (40,3%) e Palmas (44,8%); e, entre mulheres, em João Pessoa (32,2%), Rio de Janeiro (32,6%) e São Luís (33,2%). No conjunto da população adulta das 27 cidades, a frequência de excesso de peso foi de 48,0%, sendo maior entre homens do que entre mulheres.

A frequência de adultos obesos variou entre 8,8% em São Luís e 29,8% em Natal. As menores frequências de obesidade ocorreram, entre homens, em São Luís (8,0%), Recife (8,6%) e Goiânia (9,0%); e, entre mulheres, em Boa Vista (4,9%), São Luís (9,4%) e Belém (9,6%). Já no presente estudo caracterizou-se como obesidade apenas 4,1% dos entrevistados.

A baixa incidência de sobrepeso pode estar relacionada à idade, que no presente estudo mostrou-se a média inferior à 27,4 anos. Alguns estudos como o da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2002/2003) e Zamaï et al. (2003), mostraram o aumento do excesso de peso com o avanço da idade, podendo ser cerca de duas vezes mais elevada a partir dos 30 anos de idade se comparada a idades inferiores.

Outro fator que pode contribuir é a escolaridade, nesta pesquisa foi encontrada maior prevalência dos entrevistados com curso superior completo. Acredita-se que esse fator influencia no acesso à informações sobre a saúde e a importância dos cuidados com alimentação e atividades física, evitando excesso de peso e conseqüentemente o desenvolvimento de DCNTs. Estudos de Gigante (2009), para estimar prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados pelos entrevistados pelo sistema de Vigilância de Fatores

de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal em 2006 e, estudos de Machado e Sichieri (2002), para avaliar as associações entre fatores de dieta e acúmulo de tecido adiposo na região abdominal em 2.441 pessoas no Rio de Janeiro-RJ, verificaram que as pessoas que abandonam os estudos mais jovens eram mais obesas que aquelas com mais de 12 anos de estudos.

Atualmente as DCNTs representam uma grande preocupação na área da Saúde Pública. Para que seja possível monitorar os comportamentos de risco que levam a população a desenvolver DCNTs é preciso que se tenha o conhecimento do perfil de exposição populacional aos seus fatores de risco, ou seja, do seu estilo de vida.

Assim como o Vigitel 2011, o presente estudo foca indicadores do consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação. No primeiro caso, avalia-se a frequência de consumo de frutas, hortaliças (legumes e verduras) e feijão (Tabela 3). No segundo, o hábito de consumir carnes com excesso de gordura (sem remover a gordura visível) e o hábito de consumir leite integral, além do consumo frequente de refrigerantes (Tabela 2).

Também foi monitorada a prevalência dos fatores de risco para DCNT de natureza comportamental: atividade física, ingestão de bebida alcoólica e tabagismo.

Dados do Vigitel (2011), demonstram que no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, pouco mais de um terço (34,6%) das

peças declarou ter o hábito de consumir carnes com gordura, sendo esta condição quase duas vezes mais frequente entre homens (45,9%) do que entre mulheres (24,9%). Já no presente estudo este hábito foi visto em 15% da população estudada, sendo maior nos homens (20%) que nas mulheres (13,2%).

Para consumo de leite integral, a frequência de adultos que referem o hábito de consumir leite com teor integral de gordura, denominado pelo estudo como consumo de leite integral, se mostrou elevada para ambos os sexos, homens (85%) e mulheres (64,2%), indo de encontro com os dados do Vigitel 2011, que teve alta prevalência em todas as cidades estudadas. No conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência de consumo de leite integral foi de 56,9%, sendo maior entre homens (58,9%) do que entre mulheres (55,2%).

A tendência de maior consumo de frutas, verduras e legumes entre as mulheres é relatada em vários estudos epidemiológicos no Brasil e em outros países, como do Vigitel (2011) e de Campos et. al, (2010), onde relatam que um maior interesse por questões relacionadas ao conhecimento nutricional, alimentação saudável, realização de dietas e consumo de alimentos de baixo teor calórico pode influenciar as escolhas alimentares das mulheres, explicando, assim, as diferenças de consumo entre os sexos. Porém, o presente estudo mostrou semelhança no consumo de suco natural, frutas, verduras e legumes por ambos os sexos, conforme mostra a tabela 3.

A inatividade física foi verificada em 56,6% das mulheres e 10% dos homens entrevistados, esses dados corroboram com outros estudos como o de

Muniz et. al, (2012), em que a inatividade física foi o fator mais prevalente em todas as combinações nos diferentes estudos. As altas prevalências de inatividade física podem decorrer da falta de conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativo, da carência de locais seguros e adequados à prática regular de atividade física, além da dificuldade inerente a mudanças de comportamento (MUNIZ et. al, 2012).

A frequência de adultos que referiram consumir refrigerantes de qualquer tipo, em cinco ou mais dias da semana, denominado pelo estudo como consumo regular de refrigerantes foi identificado em 1,9% das mulheres e 5% dos homens entrevistados.

Nos dados do Vigitel (2011), essa frequência variou entre 11,5% em Natal e 42,5% em Porto Alegre. As maiores frequências dessa condição foram encontradas, entre homens, em Porto Alegre (45,2%), Porto Velho (40,8%), e Cuiabá (40,6%); e, entre mulheres, em Porto Alegre (40,2%), Cuiabá (33,0%) e Porto Velho (31,4%).

Quanto ao hábito de fumar, a prevalência encontrada no presente estudo, foi muito menor que a do inquérito de Marcopito et. al (2005), utilizado para estimar as prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em 2103 indivíduos do município de São Paulo-SP, tanto em homens 5% como em mulheres 1,9%. Na pesquisa de Marcopito et. al (2005) o hábito de fumar visto em mulheres foi de 25,4% e em homens 19,9%. Os dados encontrados são menores também que as maiores frequências observadas pela pesquisa do Vigitel (2011), para homens em Porto Alegre

(12,9%), Curitiba (9,0%) e Campo Grande (8,3%); e, entre as mulheres, em Porto Alegre (8,9%), Rio de Janeiro (5,8%) e São Paulo (4,3%).

No questionamento sobre como o indivíduo classifica seu estado de saúde, 50,9% das mulheres e 60% dos homens entrevistados responderam que consideram bom seu estado de Saúde e, apenas 7,6% das mulheres classificaram como ruim, não tendo respostas para essa classificação para os homens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados apresentados, pode-se observar alguns fatores de risco para DCNTs, como o consumo de leite integral seguido da inatividade física, porém os resultados de todos os fatores pesquisados apresentaram frequências menores que os estudos epidemiológicos no Brasil para os mesmos fatores, comparados neste estudo.

A relação entre maiores níveis de educação e menor carga de Fatores de risco para o desenvolvimento de DCNTs pode sugerir maior acesso a informações e serviços de saúde, tendo como resultado a prática de comportamentos saudáveis. Porém, a natureza dessa relação é complexa e varia ao longo da vida. A Idade, raça e sexo não são modificáveis, mas a maioria dos fatores de risco é relativa a estilo de vida e comportamentos que podem ser modificados.

A prevalência de fatores de risco para DCNTs reforça a importância de intervenções e políticas públicas voltadas para sua redução. São necessários programas de prevenção que abordem múltiplos fatores e alcancem altas coberturas populacionais.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Vanessa Caroline; BASTOS, João Luiz; GAUCHE, Heide; BOING, Antonio Fernando; ASSIS, Maria Alice Altenburg. Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis. **Rev Bras Epidemiol**, 2010; 13(2): 352-62.

BRASIL. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Epidemiologia e serviços de saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**: 2006; 15(1): 47 - 65.

CASADO, Letícia; VIANNA, Lucia Marques; THULER, Luiz Claudio Santos. Fatores de risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**: 2009; 55(4): 379-388.

COELHO, Mara Sérgio Pacheco Honório; ASSIS, Maria Alice Altenburg; MOURA, Erly Catarina. Aumento do índice de massa corporal após os 20 anos de idade e associação com indicadores de risco ou de proteção para doenças crônicas não transmissíveis. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2009;53/9.

GIGANTE, Denise Petrucci; MOURA, Eryl Catarina; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, 2009;43 (Supl 2):83-9

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2004.

MACHADO, P.; SICHIERI, R. Relação cintura-quadril e fatores de dieta em adultos. **Rev Saúde Pública** 2002; 36:198-204.

MALTA, D.C.; MORAIS Neto, O.L.; BARBOSA, S. et al. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011-2022. **Revista Epidemiologia de Serviços**, 2011; 20 (4): 425-38.

MARCOPITO, Luiz Francisco; RODRIGUES, Sérgio São Fins; PACHECO, Maria Aparecida; SHIRASSU, Mírian Matsura; GOLDFEDER, Artur Jaques; MORAES, Marco Antonio.. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. **Revista Saúde Pública** 2005; 39(5):738-45.

MUNIZ, Ludmila Correa; SCHNEIDER; Bruna Celestino; SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam; MATIJASEVICH, Alicia; SANTOS, Iná Silva. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, 2012;46(3):534-42.

PERES, M. A.; ISER, B. P.; BOING, A. F.; YOKOTA, R. T. C.; MALTA, D.C.; PERES, K. G. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Revista Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 Sup:S90-S100, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Preventing Chronic Diseases a vital investments. 1ª. ed. Geneva:, 2005. v. 01. 182 p.

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011. Geneva: WHO, 2011.

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 2000; 894(i-xii): 1-253.

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.

WHO- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization; 2000.

ZAMAI, C. A.; RODRIGUES, A. A.; BANKOFF, A. D. P.; FILOCOMO, M.; BRAGA, L. E. S.; BARBOSA, J. A. Estudo dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre funcionários. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 6, n. 1, p. 14-30, jan/abr. 2008.