

Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

doi: 10.5123/S1679-497420150002000004

Brazilian lifestyles: National Health Survey results, 2013

Deborah Carvalho Malta

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil
Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo-SP, Brasil

Sheila Rizzato Stopa

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil
Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo-SP, Brasil

Cimar Azeredo Pereira

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Célia Landmann Szwarcwald

Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília-DF, Brasil

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever os estilos de vida da população brasileira quanto à alimentação, atividade física, consumo de álcool e tabagismo. **Métodos:** estudo descritivo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, que coletou informações em 64.348 domicílios; foram calculadas prevalências e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) na população ≥18 anos de idade. **Resultados:** a prevalência do consumo de frutas e hortaliças foi de 37,3% (IC_{95%}: 36,4%- 38,1%), do consumo excessivo de gorduras, 37,2% (IC_{95%}: 36,4%- 38,0%), de refrigerantes, 23,4% (IC_{95%}: 22,7%- 24,1%) e de feijão, 71,9% (IC_{95%}: 71,2%- 72,6%); a prática de atividade física no tempo livre foi observada em 22,5% dos adultos (IC_{95%}: 21,8%- 23,1%); a prevalência de tabagismo foi 14,5% (IC_{95%}: 14,0%- 15,0%) e o consumo abusivo de álcool, 13,7% (IC_{95%}: 13,1%- 14,2%). **Conclusão:** verificou-se elevadas prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em adultos.

Palavra-chave: Estilo de Vida; Fatores de Risco; Doença Crônica; Inquéritos Epidemiológicos; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective: to describe lifestyles of the Brazilian population with regard to nutrition, physical activity, alcohol consumption and tobacco smoking. **Methods:** this was a descriptive study using National Health Survey (2013) data collected from 64,348 households. Lifestyle Indicators prevalences and 95% confidence intervals were calculated for people aged 18 years or older. **Results:** prevalences were as follows: Fruits and vegetables 37.3% (95%CI: 36.4%-38.1%); excessive fat consumption 37.2% (95%CI: 36.4%-38.0%), soft drinks 23.4% (95%CI: 22.7%-24.1%); beans 71.9% (95%CI: 71.2%-72.6%); practicing physical activity during leisure time was observed in 22.5% of adults (95%CI: 21.8%-23.1%); smoking 14.5% (95%CI: 14.0%-15.0%); alcohol abuse 13.7% (95%CI: 13.1%-14.2%). **Conclusion:** high prevalences of risk factors for non-communicable diseases in adults were found.

Key words: Life Style; Risk Factors; Chronic Disease; Health Surveys; Epidemiology, Descriptive.

Endereço para correspondência:

Deborah Carvalho Malta – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, SAF Sul, Trecho 2, Lotes 5-6, Bloco F, Torre 1, Edifício Premium, Térreo, Sala 15, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70070-600. E-mail: dcmalta@uol.com.br

Introdução

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem a maior causa de morbimortalidade do mundo e sua causalidade é complexa, compreendendo a intersecção de diversos fatores. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs um modelo de causalidade para as DCNT que inclui diversos elementos, como determinantes e condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais, encontrados na base das desigualdades do processo saúde-doença, fatores de risco comportamentais, (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas) e fatores não modificáveis (sexo, idade e herança genética).¹

Os fatores de risco podem ser monitorados pelos estilos de vida adotados, que incluem opções e decisões tomadas pelo indivíduo com respeito a sua saúde e modos de levar a vida. Essas opções incluem decisões sobre atividades de lazer, hábitos alimentares, comportamentos autodeterminados ou adquiridos social ou culturalmente, estando, portanto, parcialmente sob seu controle. Condições limitantes dessas escolhas individuais de “estilos de vida” são, em grande medida, o ambiente social e a situação socioeconômica.²

O monitoramento dos estilos de vida é realizado em diversos países, com o intuito de apoiar políticas de prevenção das DCNT e promoção da saúde.

O monitoramento dos estilos de vida é realizado em diversos países, com o intuito de apoiar políticas de prevenção das DCNT e promoção da saúde. No Brasil, os inquéritos populacionais têm crescido em importância nas últimas décadas, permitindo o monitoramento das condições de saúde.^{3,4} Por meio dos inquéritos de saúde é possível conhecer o perfil de saúde e a distribuição de exposições e condições de risco. Ademais, as informações obtidas pelos inquéritos de saúde podem complementar, de maneira importante, o conhecimento sobre as desigualdades em saúde, subsidiando a orientação das políticas de saúde para o alcance de maior equidade na Saúde Pública.^{3,4}

Com o intuito de conhecer as condições de saúde da população brasileira, o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizaram, em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), o mais

amplo inquérito nacional sobre a saúde da população brasileira. A PNS reúne um conjunto de informações de abrangência nacional de grande relevância como subsídio à formulação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde, para o alcance da maior efetividade de suas ações.^{5,6}

A PNS aplicou um questionário sobre temas referentes aos estilos de vida dos brasileiros. O objetivo do presente estudo foi descrever os estilos de vida da população brasileira quanto à alimentação, atividade física, consumo de álcool e tabagismo.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, inquérito de base populacional conduzido, em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. A PNS é parte integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE e utiliza a amostra mestra desse sistema, de maior cobertura geográfica e ganho de precisão nas estimativas. Com desenho próprio, a PNS foi elaborada especificamente para coletar informações de saúde.^{5,7}

A pesquisa é domiciliar e o plano amostral empregado foi de amostragem probabilística em três estágios. No primeiro estágio, houve estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA), constituídas pelos setores ou conjunto de setores censitários. Os domicílios formaram as unidades de segundo estágio, e os moradores com 18 e mais anos de idade corresponderam às unidades de terceiro estágio. A seleção da subamostra de UPA foi feita por amostragem aleatória simples.⁶

O plano amostral adotado na pesquisa não foi de amostragem aleatória simples de pessoas. Fez-se um ajuste no tamanho de amostra obtido, considerando-se os valores do efeito de plano amostral (EPA). A amostra foi estimada em 81.167 domicílios e foram coletadas informações em 64.348 deles, onde foram entrevistados 60.202 adultos. Considerando-se os domicílios fechados, a proporção de perdas foi de 20,8%, e a proporção de não resposta, de 8,1%.⁶

Foram definidos pesos amostrais para as UPA, os domicílios e todos seus moradores; e um peso para o morador selecionado. Este último foi calculado considerando-se (i) o peso do domicílio correspondente, (ii) a probabilidade de seleção do morador, (iii) ajustes de não resposta por sexo e (iv) calibração pelos totais populacionais por sexo e faixas etárias, estimados

com o peso de todos os moradores. As quatro faixas etárias utilizadas foram as de 18 a 24, 25 a 39, 40 a 59 e 60 e mais anos.⁶

As informações coletadas nas entrevistas foram registradas em computadores de mão (*personal digital assistance* [PDA]).⁶ Inicialmente, foi feito contato com a pessoa responsável ou com algum dos moradores do domicílio selecionado. O agente de coleta descreveu para o morador os objetivos e procedimentos do estudo, e a importância de sua participação na pesquisa, sendo elaborada uma lista de todos os moradores adultos do domicílio. Foram identificados o informante, que respondeu ao questionário domiciliar, e todos os moradores do domicílio, além do morador adulto encarregado de responder à entrevista individual, selecionado por programa de seleção aleatória no PDA. As entrevistas foram agendadas nas datas e horários mais convenientes para os informantes, prevendo-se duas ou mais visitas a cada domicílio.⁶

O questionário da PNS sobre estilos de vida englobou questões sobre os seguintes temas: padrão de alimentação e de atividade física; e consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas.

Foram estudados os seguintes indicadores de estilos de vida:

a) Alimentação

- frequência de consumo de frutas e hortaliças cinco ou mais vezes ao dia (equivalente a cinco porções ao dia);
- consumo regular de feijão (consumo em cinco ou mais dias da semana);
- consumo de carnes com excesso de gordura (hábito de consumir carnes com gordura visível e ou frango com pele, para aqueles que consomem o alimento ao menos uma vez por semana); e
- consumo regular de refrigerante (consumo de refrigerante ou suco artificial em cinco ou mais dias por semana);

b) Prática de atividade física

- prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre (prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, independentemente do número de dias de prática de atividade física por semana);
- insuficientemente ativos (adultos que não atingiram 150 minutos semanais de atividade física considerando-se o lazer, o trabalho e o deslocamento); e
- assistem televisão por três horas ou mais por dia;

c) Consumo de álcool

Consumo abusivo de bebidas alcoólicas (cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias); e

d) Tabagismo

Percentuais de fumantes, ex-fumantes, fumantes passivos no domicílio (não fumantes que relatam pelo menos um dos moradores do seu domicílio com o costume de fumar dentro de casa) e fumantes passivos no local de trabalho (não fumantes que relatam pelo menos uma pessoa com o costume de fumar em seu ambiente de trabalho).

Para o cálculo das prevalências, foi utilizado como denominador o total de adultos entrevistados (≥ 18 anos de idade). Detalhes metodológicos podem ser encontrados em outra publicação.⁶

As análises dos dados foram realizadas pelo *software* Stata versão 11.0, utilizando-se o módulo *survey* para análise de dados de amostra complexa. As estimativas das prevalências foram apresentadas em proporções (%), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). As prevalências foram estimadas segundo sexo (masculino e feminino), faixa etária (18 a 24, 25 a 39, 40 a 59 e 60 e mais anos), nível de escolaridade (sem instrução e Fundamental incompleto, Fundamental completo e Médio incompleto, Médio completo e Superior incompleto, Superior completo), raça/cor (branca, preta e parda) e grandes regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

O inquérito foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Ministério da Saúde, sob o Parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi firmado no próprio PDA.

Resultados

Foram entrevistadas 60.202 pessoas de 18 e mais anos de idade. A prevalência do consumo de frutas e hortaliças cinco ou mais vezes ao dia foi de 37,3% (IC_{95%} 36,4%- 38,1%) (Tabela 1).

Os adultos nas faixas etárias de 40 a 59 anos (38,7%; IC_{95%} 37,4%- 40,0%), 60 e mais anos (40,1%; IC_{95%} 38,4%- 41,8%), com Ensino Médio completo e Superior incompleto (39,9%; IC_{95%} 38,5%- 41,2%) e com Ensino Superior completo (45,9%; IC_{95%} 43,6%- 48,2%) apresentaram as maiores prevalências desse consumo (tabelas 2 e 3). Foi observada menor prevalência de consumo de frutas e hortaliças cinco ou mais vezes ao dia entre indivíduos de cor da pele parda (35,8%; IC_{95%} 34,6%- 36,9%) (Tabela 4).

Tabela 1 – Prevalências (%) dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis segundo sexo, com intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}) – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013

Fatores de risco e proteção	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Alimentação						
Consumo de frutas e hortaliças	37,3	36,4-38,1	34,8	33,7-36,0	39,4	38,4-40,5
Consumo de feijão	71,9	71,2-72,6	76,8	75,8-77,7	67,6	66,6-68,5
Consumo de carnes com excesso de gordura	37,2	36,4-38,0	47,2	46,0-48,4	28,3	27,3-29,2
Consumo de refrigerantes	23,4	22,7-24,1	26,6	25,6-27,6	20,5	19,7-21,3
Atividade física						
Prática de atividade física no tempo livre	22,5	21,8-23,1	27,1	26,1-28,0	18,4	17,5-19,2
Insuficientemente ativos	46,0	45,2-46,8	39,8	38,7-40,8	51,5	50,5-52,5
Assistir TV por 3 horas ou mais por dia	28,9	28,2-29,6	25,5	24,5-26,6	31,9	31,0-32,8
Álcool						
Consumo abusivo de álcool	13,7	13,1-14,2	21,6	20,7-22,5	6,6	6,1-7,1
Tabagismo						
Fumantes	14,5	14,0-15,0	18,7	17,8-19,5	10,8	10,2-11,3
Ex-fumantes	17,5	16,9-18,0	21,2	20,3-22,1	14,1	13,4-14,8
Passivos no domicílio	10,7	10,2-11,3	9,5	8,8-10,3	11,7	10,9-12,4
Passivos no trabalho	13,5	12,6-14,4	16,9	15,5-18,2	10,4	9,3-11,5

Tabela 2 – Prevalências (%) dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por faixa etária, com intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}) – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013

Fatores de risco e proteção	Total		18 a 24 anos		25 a 39 anos		40 a 59 anos		60 e mais anos	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Alimentação										
Consumo de frutas e hortaliças	37,3	36,4-38,1	33,7	31,8-35,5	35,9	34,6-37,2	38,7	37,4-40,0	40,1	38,4-41,8
Consumo de feijão	71,9	71,2-72,6	71,8	70,2-73,5	71,2	70,0-72,3	72,9	71,7-74,0	71,3	69,9-72,7
Consumo de carnes com excesso de gordura	37,2	36,4-38,0	39,9	37,9-41,9	41,0	39,8-42,3	37,0	35,7-38,4	28,2	26,7-29,7
Consumo de refrigerantes	23,4	22,7-24,1	35,5	33,5-37,5	28,2	27,0-29,5	19,2	18,1-20,2	12,0	10,9-13,1
Atividade física										
Prática de atividade física no tempo livre	22,5	21,8-23,1	35,3	33,4-37,2	25,5	24,3-26,6	18,3	17,3-19,3	13,6	12,5-14,7
Insuficientemente ativos	46,0	45,2-46,8	36,7	34,9-38,5	41,9	40,5-43,2	45,3	44,0-46,5	62,7	61,1-64,3
Assistir TV por 3 horas ou mais por dia	28,9	28,2-29,6	32,3	30,3-34,3	27,9	26,8-29,0	26,4	25,3-27,6	32,4	30,9-33,9
Álcool										
Consumo abusivo de álcool	13,7	13,1-14,2	17,2	15,7-18,8	18,9	17,9-19,8	12,1	11,4-12,8	4,2	3,6-4,8
Tabagismo										
Fumantes	14,5	14,0-15,0	10,5	9,3-11,7	12,9	12,1-13,7	19,0	18,1-20,0	12,2	11,1-13,3
Ex-fumantes	17,5	16,9-18,0	5,6	4,8-6,5	11,5	10,6-12,4	21,3	20,2-22,3	31,1	29,6-32,6
Passivos no domicílio	10,7	10,2-11,3	16,2	14,6-17,8	9,6	8,8-10,4	9,2	8,4-10,0	10,4	9,2-11,5
Passivos no trabalho	13,5	12,6-14,4	13,7	11,4-15,9	13,8	12,5-15,1	13,3	12,0-14,6	11,9	9,1-14,6

Tabela 3 – Prevalências (%) de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por nível de instrução, com intervalo de confiança de 95% – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013

Fatores de risco e proteção	Total		Sem instrução/ Fundamental incompleto		Fundamental completo/ Médio incompleto		Médio completo/ Superior incompleto		Superior	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Alimentação										
Consumo de frutas e hortaliças	37,3	36,4-38,1	33,0	31,8-34,2	35,4	33,6-37,3	39,9	38,5-41,2	45,9	43,6-48,2
Consumo de feijão	71,9	71,2-72,6	77,3	76,4-78,2	75,0	73,5-76,5	70,6	69,5-71,7	54,9	52,7-57,1
Consumo de carnes com excesso de gordura	37,2	36,4-38,0	40,0	38,8-41,3	42,2	40,4-44,1	35,4	34,1-36,7	26,7	24,7-28,7
Consumo de refrigerantes	23,4	22,7-24,1	19,3	18,3-20,3	28,9	27,1-30,7	26,8	25,6-27,9	20,3	18,5-22,1
Atividade física										
Prática de atividade física no tempo livre	22,5	21,8-23,1	11,7	11,0-12,4	23,6	22,1-25,2	28,8	27,6-30,0	37,6	35,5-39,6
Insuficientemente ativos	46,0	45,2-46,8	50,6	49,4-51,8	42,6	40,7-44,4	43,0	41,6-44,3	43,6	41,4-45,8
Assistir TV por 3 horas ou mais por dia	28,9	28,2-29,6	28,6	27,6-29,6	32,4	30,7-34,2	30,6	29,3-31,9	21,1	19,5-22,8
Álcool										
Consumo abusivo de álcool	13,7	13,1-14,2	11,1	10,5-11,8	15,8	14,4-17,2	15,4	14,4-16,3	14,3	12,8-15,8
Tabagismo										
Fumantes	14,5	14,0-15,0	19,3	18,4-20,1	16,4	14,9-17,9	10,2	9,4-11,0	8,7	7,5-9,8
Ex-fumantes	17,5	16,9-18,0	24,2	23,2-25,2	14,8	13,5-16,2	11,9	11,0-12,8	14,4	12,9-15,8
Passivos no domicílio	10,7	10,2-11,3	13,1	12,2-14,1	11,8	10,5-13,1	9,4	8,5-10,2	6,4	5,2-7,7
Passivos no trabalho	13,5	12,6-14,4	21,0	18,8-23,2	15,9	13,7-18,2	12,4	11,1-13,7	7,1	5,6-8,6

Tabela 4 – Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por raça/cor, com intervalo de confiança de 95% – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013

Fatores de risco e proteção	Total		Branca		Preta		Parda	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Alimentação								
Consumo de frutas e hortaliças	37,3	36,4-38,1	38,7	37,4-39,9	35,9	33,4-38,3	35,8	34,6-36,9
Consumo de feijão	71,9	71,2-72,6	67,2	66,5-68,9	77,2	75,4-78,9	75,8	75,0-76,7
Consumo de carnes com excesso de gordura	37,2	36,4-38,0	35,9	34,7-37,1	39,7	37,4-42,1	38,2	37,0-39,3
Consumo de refrigerantes	23,4	22,7-24,1	23,9	22,8-24,9	23,9	21,7-26,2	22,8	21,9-23,8
Atividade física								
Prática de atividade física no tempo livre	22,5	21,8-23,1	23,5	22,5-24,5	19,8	17,9-21,6	21,7	20,8-22,5
Insuficientemente ativos	46,0	45,2-46,8	47,9	46,7-49,1	42,4	40,0-44,8	44,8	43,7-45,9
Assistir TV por 3 horas ou mais por dia	28,9	28,2-29,6	27,3	26,3-28,4	32,9	30,7-35,1	29,8	28,8-30,8
Álcool								
Consumo abusivo de álcool	13,7	13,1-14,2	12,4	11,7-13,2	16,6	14,9-18,4	14,4	13,7-15,1
Tabagismo								
Fumantes	14,5	14,0-15,0	12,8	12,1-13,5	17,4	15,4-19,3	15,8	15,0-16,6
Ex-fumantes	17,5	16,9-18,0	17,8	16,9-18,6	16,1	14,2-17,9	17,4	16,6-18,2
Passivos no domicílio	10,7	10,2-11,3	9,8	9,0-10,6	11,8	10,0-13,6	11,7	10,9-12,5
Passivos no trabalho	13,5	12,6-14,4	11,8	10,7-12,9	16,4	13,4-19,4	15,3	13,9-16,7

A prevalência de consumo regular de feijão (consumo em cinco ou mais dias da semana) na população adulta brasileira (≥ 18 anos) foi de 71,9% (IC_{95%} 71,2%- 72,6%), com diferença estatisticamente significativa entre os sexos [masculino (76,8%; IC_{95%} 75,8%- 77,7%) e feminino (67,6%; IC_{95%} 66,6%- 68,5%)] (Tabela 1). Quanto a esse indicador, não houve diferenças entre as faixas etárias; entretanto, adultos com maior escolaridade (Superior completo) relataram menor consumo regular de feijão: 54,9%; (IC_{95%} 52,7%- 57,1%) (Tabela 3).

Quanto ao hábito de consumir carnes com gordura visível e ou frango com pele pelo menos uma vez por semana, 37,2% (IC_{95%} 36,4%- 38,0%) da população adulta referiram essa prática, com diferenças segundo idade, escolaridade e sexo. Não foram observadas diferenças no que concerne à cor da pele dos entrevistados (tabelas 1, 2, 3 e 4).

A prevalência de consumo regular de refrigerante (refrigerante ou suco artificial em cinco ou mais dias da semana) foi de 23,4% (IC_{95%} 22,7%- 24,1%), maior entre os homens (26,6%; IC_{95%} 25,6%- 27,6%), indivíduos na faixa etária de 18 a 24 anos (35,5; IC_{95%} 33,5%- 37,5%), com Ensino Fundamental completo e Médio incompleto (28,9%; IC_{95%} 27,1%- 30,7%) e com Ensino Médio completo e Superior incompleto (26,8%; IC_{95%} 25,6%- 27,9%). Não houve diferenças segundo raça/cor da pele (tabelas 1, 2, 3 e 4).

A prevalência da prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre (150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, independentemente do número de dias de prática de atividade física por semana) foi de 22,5% (IC_{95%} 21,8%- 23,1%), sendo maior entre homens (27,1%; IC_{95%} 26,1%- 28,0%), indivíduos de 18 a 24 anos (35,3%; IC_{95%} 33,4%- 37,2%) e com Ensino Superior completo (37,6%; IC_{95%} 35,5%- 39,6%) (tabelas 1, 2 e 4).

A prevalência de inatividade física (adultos que não atingiram pelo menos 150 minutos semanais de atividade física considerando-se o lazer, o trabalho e o deslocamento) foi de 46,0% (IC_{95%} 45,2%-46,8%), sendo significativamente maior entre as mulheres (51,5%; IC_{95%} 50,5%-52,5%). Houve diferenças na prevalência de inatividade física entre as faixas etárias, com destaque para os idosos (60 e mais anos) (62,7%; IC_{95%} 61,1%- 64,3%) e para os adultos sem instrução e com Ensino Fundamental incompleto (50,6%; IC_{95%} 49,4%- 51,8%), em proporções significativamente superiores às dos demais grupos (tabelas 1, 2 e 3).

A prevalência de pessoas de 18 e mais anos que assistiam televisão por três horas ou mais por dia foi de 28,9% (IC_{95%} 28,2%- 29,6%), significativamente maior entre as mulheres (31,9%; IC_{95%} 31,0%- 32,8%), indivíduos nas faixas etárias de 18 a 24 (32,3%; IC_{95%} 30,3%- 34,3%) e de 60 e mais anos (32,4%; IC_{95%} 30,9%- 33,9%), pessoas com Ensino Fundamental completo e Médio incompleto (32,4%; IC_{95%} 30,7%-34,2%) e de raça/cor da pele preta (32,9%; IC_{95%} 30,7%- 35,1%).

Com relação ao consumo abusivo de álcool, a prevalência foi de 13,7% (IC_{95%} 13,1%- 14,2%) nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, sendo superior no sexo masculino (21,6%; IC_{95%} 20,7%- 22,5%), nas faixas etárias de 18 a 24 (17,2%; IC_{95%} 15,7%- 18,8%) e de 25 a 39 anos (18,9%; IC_{95%} 17,9%- 19,8%), e em adultos de raça/cor da pele preta (16,6; IC_{95%} 14,9%- 18,4%). Pessoas sem instrução e com Ensino Fundamental incompleto apresentaram as menores prevalências de consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa (11,1%; IC_{95%} 10,5%- 11,8%) (tabelas 1, 2, 3 e 4).

O percentual de fumantes atuais de cigarro foi de 14,5% (IC_{95%} 14,0%- 15,0%), maior em homens (18,7%; IC_{95%} 17,8%- 19,5%), adultos na faixa etária de 40 a 59 anos (19,0%; IC_{95%} 18,1%- 20,0%), indivíduos sem instrução e com Ensino Fundamental incompleto (19,3%; IC_{95%} 18,4%- 20,1%), pretos (17,4%; IC_{95%} 15,4%- 19,3%) e pardos (15,8%; IC_{95%} 15,0%- 16,6%). Entre os adultos pesquisados, 17,5% (IC_{95%} 16,9%- 18,0%) eram ex-fumantes (tabelas 1, 2, 3 e 4).

Os fumantes passivos no domicílio representaram 10,7% (IC_{95%} 10,2%- 11,3%), com maior prevalência entre aqueles na idade de 18 a 24 anos (16,2%; IC_{95%} 14,6%- 17,8%), sem instrução e com Ensino Fundamental incompleto (13,1%; IC_{95%} 12,2%- 14,1%). Com relação aos fumantes passivos no local de trabalho fechado, 13,5% (IC_{95%} 12,6%- 14,4%) dos adultos relataram encontrar-se nessa situação; maiores prevalências foram observadas no sexo masculino (16,9%; IC_{95%} 15,5%- 18,2%), entre aqueles sem instrução e com Ensino Fundamental incompleto (21,0%; IC_{95%} 18,8%- 23,2%), sem diferenças entre as idades (tabelas 1, 2, e 3).

Foram observadas diferenças nas práticas alimentares segundo as grandes regiões nacionais. Por exemplo, adultos do Sudeste e do Centro-Oeste apresentaram maiores prevalências de consumo de frutas e hortaliças, hábito menos frequente na região Nordeste. A prevalência do consumo de feijão foi maior no Centro-Oeste e no Sudeste, e menor no Norte e no Sul do país. O

Tabela 5 – Prevalências dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por grandes regiões do país, com intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}) – Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil, 2013

Fatores de risco e proteção	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
Alimentação												
Consumo de frutas e hortaliças	37,3	36,4-38,1	36,6	34,5-38,6	28,2	26,7-29,6	42,8	41,3-44,4	34,2	32,2-36,2	43,9	42,0-45,9
Consumo de feijão	71,9	71,2-72,6	48,4	46,1-50,7	73,7	72,3-74,7	77,5	76,2-78,8	59,6	57,6-61,6	80,3	79,0-81,5
Consumo de carnes com excesso de gordura	37,2	36,4-38,0	34,4	32,3-36,5	29,7	28,5-30,9	38,9	37,4-40,4	42,5	40,5-44,5	45,7	44,0-47,5
Consumo de refrigerantes	23,4	22,7-24,1	19,9	18,7-21,1	16,8	15,8-17,9	26,8	25,6-28,1	24,4	22,7-26,1	27,7	26,1-29,3
Atividade física												
Prática de atividade física no tempo livre	22,5	21,8-23,1	22,2	20,8-23,6	22,3	21,2-23,3	22,7	21,5-23,8	21,5	20,0-23,1	24,1	22,7-25,4
Insuficientemente ativos	46,0	45,2-46,8	48,1	46,1-50,1	44,3	43,1-45,6	46,5	45,1-47,9	45,6	43,7-47,5	47,2	45,6-48,8
Assistir TV por 3 horas ou mais por dia	28,9	28,2-29,6	30,5	28,7-32,3	28,9	27,8-30,0	31,0	29,6-32,3	23,7	22,0-25,3	25,6	24,1-27,0
Álcool												
Consumo abusivo de álcool	13,7	13,1-14,2	14,2	12,9-15,4	15,6	14,8-16,4	12,8	11,9-13,7	11,1	10,0-12,2	16,2	15,0-17,3
Tabagismo												
Fumantes	14,5	14,0-15,0	12,7	11,5-13,8	13,9	13,1-14,7	14,9	14,1-15,8	15,8	14,5-17,2	13,2	12,2-14,2
Ex-fumantes	17,5	16,9-18,0	16,6	15,3-17,9	18,1	17,1-19,0	17,1	16,1-18,2	18,3	16,9-19,7	16,3	15,2-17,5
Passivos no domicílio	10,7	10,2-11,3	10,6	9,4-11,8	12,4	11,5-13,4	9,7	8,7-10,6	10,9	9,4-12,4	10,4	9,4-11,6
Passivos no trabalho	13,5	12,6-14,4	15,2	13,0-17,4	16,6	14,8-18,3	12,3	10,8-13,8	11,1	9,3-12,9	15,6	13,7-17,4

consumo abusivo do álcool foi maior no Centro-Oeste e o tabagismo foi maior no Sul do país. (Tabela 5)

Discussão

No presente estudo, verificou-se uma prevalência no consumo de frutas e hortaliças de cerca de 40%, e de feijão, próxima aos dois terços da população. Entretanto, o consumo de alimentos não adequados à saúde também foi elevado: o de refrigerantes foi relatado por cerca de um quarto, e o consumo de carnes com excesso de gordura, por dois quintos da população. A prática de atividade física recomendada foi observada em um quinto da população estudada, com importantes diferenças segundo idade e sexo. Mulheres e idosos praticaram menos atividade física. Além disso, a população dedicou longo tempo de seu dia em frente à TV. O tabagismo prevaleceu na população masculina, com menor escolaridade e mais velha. O consumo abusivo de álcool também predominou em homens e na população mais escolarizada e jovem. A maior prevalência dos fatores de risco em geral esteve associada ao sexo masculino e à baixa escolaridade.

A Organização Mundial de Saúde – OMS –, mediante evidências convincentes, estabeleceu que a ingestão

de 400 g/dia de frutas e verduras (equivalente a cinco porções/dia) contribui para a redução da incidência de doença cardiovascular e determinados tipos de câncer.^{8,9} Esta recomendação tem como base tanto (i) o aumento do risco de doenças cardiovasculares observado em indivíduos com ingestão de frutas e verduras inferior a 200 g/dia como (ii) os benefícios trazidos para quem ingere quantidades superiores a 400 g/dia desses alimentos.^{8,9} Frutas e hortaliças também são benéficas na prevenção e no tratamento do excesso de peso e do diabetes.^{10,11}

O consumo de feijão, forte componente da dieta tradicional brasileira, também agrega benefícios à saúde, sendo fator protetor de obesidade. Análises do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizado em capitais brasileiras, apontam que o feijão atinge níveis de consumo nas capitais que variam de 39,3 a 83,4%, resultando em uma média nacional de consumo do produto de 66,9%. São níveis elevados, próximos dos dados levantados pela PNS.¹² Já o elevado consumo de alimentos gordurosos e de refrigerantes pelos brasileiros – prevalências de 31% e 23,3%, respectivamente –, segundo estudos prévios do Vigitel, mostrou prevalências semelhantes para todo o país, segundo a PNS. Sabida-

mente, o consumo desses alimentos constitui fator de risco para doenças cardiovasculares e obesidade.^{8,9,12,13}

A prevalência de fumantes no Brasil, de 34,8% no final da década de 1980, vem apresentando declínio consistente ao longo dos anos.¹⁴ O Brasil, considerado uma liderança na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, registra a menor prevalência de consumo da substância de acordo com o estudo comparativo do Global Adult Tobacco Survey (GATS).¹⁵ Frente aos dados do GATS e da Pesquisa Especial de Tabagismo de 2008 (Petab 2008),¹⁶ a PNS revelou continuidade nesse declínio, de forma sustentada, em toda a população, independentemente do sexo, idade, escolaridade e residência por grandes regiões.

O fumo passivo, tanto em casa como no trabalho, foi maior entre a população com menor escolaridade, fato igualmente demonstrado pela Petab 2008 e por estudos do Vigitel.^{12,16} O fumo passivo em casa foi maior entre as mulheres, podendo ser explicado por seu maior tempo de exposição no interior do domicílio. Também encontrou-se maior prevalência de tabagismo entre homens, confirmando dados da Petab 2008.¹⁶

Novas medidas regulatórias, como a Portaria Interministerial de 2014 e o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996,¹⁷ não só proibiram o fumo em locais públicos fechados e toda e qualquer propaganda do cigarro, também aumentaram as alíquotas dos impostos de cigarros e o espaço das advertências nas embalagens dos maços, abrindo perspectivas bastante promissoras de alcance da meta de redução do tabagismo em 30% até 2022, estabelecida no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.¹⁸⁻²⁰

No Brasil, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas encontrado na PNS aponta um consumo mais frequente em homens mais jovens e de maior escolaridade. O consumo de álcool está associado a diversas doenças crônicas, incluindo doenças do fígado, cânceres e doenças mentais, além de agravos, como acidentes.^{11,21,22} O Plano Global de DCNT da OMS adotou meta de redução relativa de 10% no consumo abusivo de álcool até 2025.²³ Torna-se fundamental avançar em medidas regulatórias como aumento dos preços e restrição da publicidade e propaganda – especialmente das cervejas –, assim como aumento da fiscalização no setor e na venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos de idade, previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT.^{18,19,21}

A atividade física insuficiente constitui a quarta

principal causa de morte no mundo.²⁴ A PNS apontou que a atividade física no lazer está associada a maior escolaridade, sexo masculino e idade jovem, corroborando outros estudos.²⁵ A atividade física do deslocamento foi mais frequente entre indivíduos do sexo masculino e com baixa escolaridade, enquanto a inatividade física está mais presente entre idosos, no que este estudo se encontra de acordo com a literatura.²⁵

Algumas limitações devem ser observadas na apreciação dos resultados aqui apresentados. A principal delas diz respeito à validade e à reprodutibilidade dos indicadores apresentados. Ainda que este estudo não tenha sido conduzido na PNS, pelo fato de utilizar questionário semelhante ao do Vigitel, todos os estudos publicados até o momento comprovam sua validade metodológica.^{27,28} Não obstante, por se tratar de informação autorreferidas pelos entrevistados, é possível haver diferenças na compreensão dos entrevistados, viés de recordatório, sub ou superestimação dos valores referidos. Por exemplo, deve-se destacar a tendência dos indivíduos referirem comportamentos considerados “saudáveis” mesmo quando não os adotam, além de não relatarem comportamentos menos aceitos socialmente. Outrossim, o presente estudo não realizou análise multivariável para ajuste de possíveis fatores de confusão na associação entre os desfechos e as variáveis sociodemográficas estudadas.

A PNS apontou grande diversidade de padrões de exposição a fatores de risco e proteção segundo sexo, idade e escolaridade, raça/cor e macrorregião do país. Segundo a PNS, concorrem prevalências elevadas de fatores de risco, a exemplo do consumo de alimentos excessivamente gordurosos, refrigerantes e bebidas alcoólicas, ao lado de baixas prevalências de tabagismo. A maior frequência de fatores de risco entre adultos menos escolarizados (especialmente mulheres), reflexo das desigualdades sociais existentes no Brasil,²² enfatiza a importância das equipes da Estratégia Saúde da Família no incentivo e orientação da população para a adoção de práticas de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis.

Os fatores de risco presentes e sua prevenção devem ser considerados nas estratégias de promoção da saúde e de planejamento das intervenções. Medidas regulatórias de restrição do tabagismo, proibição do consumo de álcool combinado com direção de veículo automotor,¹⁸ programas de expansão de práticas de atividade física e promoção da saúde, como o Academia da Saúde,²⁶ e a publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira podem trazer benefícios à população,¹³ especialmente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

É mister seguir com a implementação de políticas públicas que propiciem ambientes condizentes com estilos de vida saudáveis. Também é importante a inclusão de políticas fiscais de tributação diferenciada dirigidas a bens e serviços saudáveis e insalubres, o estabelecimento de programas para prevenção e controle das DCNT, o monitoramento contínuo da mortalidade, morbidade e risco para DCNT, bem como seus fatores determinantes presentes na população.^{19,27} As ações para o enfrentamento das DCNT requerem não apenas ações do setor saúde, mas a busca constante de parcerias e

ações intersetoriais,²⁹ visando estabelecer agendas prioritárias na saúde pública para se atingir as metas propostas no Plano de Enfrentamento de DCNT no país.¹⁸

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação final do manuscrito, e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2005. 36 p.
2. Silva Jr JB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.
3. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Rev Bras Epidemiol. 2008 mai;11 supl 1:6-19.
4. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. Rev Bras Epidemiol. 2008 mai;11 supl 1:159-67.
5. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa nacional de saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. Cienc Saude Coletiva. 2014 fev;19(2):333-42.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua, 2014. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
8. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2003. (WHO technical report series; 916).
9. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global para alimentação, nutrição, atividade física e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2003.
10. Haslam DW, James WP. Obesity. Lancet. 2005 Oct;366(9492):1197-209.
11. World Health Organization. The world health report: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
14. Malta DC, Iser BPM, Sá NNB, Yokota RTC, Moura L, Claro RM, et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do Vigitel, 2006 a 2011. Cad Saude Publica. 2013 abr;29(4):812-22.

15. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhala N, et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet*. 2012 Aug;380(9842):668-79.
16. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil, 2008. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2011.
17. Brasil. Poder Executivo. Decreto nº. 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2014 jun 2; Seção 1:1-2.
18. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
19. 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 Saude*. 2011 dez;20(4):425-38.
20. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Carvalho CG, Monteiro RA, Moraes Neto OL. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006-2007. *Cienc Saude Coletiva*. 2009 nov-dez;14(5):1789-96.
21. Malta DC, Silva Jr JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 jan-mar;22(1):151-64.
22. Barros MBA, Galvão CL, Carandina L, Torre GD. Social inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil, PNAD-2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006 Oct-Dec;11(4):911-26.
23. World Health Organization. Monitoring framework and targets for the prevention and control of NCDs: a comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of non communicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2013.
24. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Kitzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012 Jul;380(9838):219-29.
25. Malta DC, Silva Jr JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *Lancet*. 2012 Jul;380(9838):195-6.
26. Lima-Costa ME, Matos DL, Camarano AA. Health inequality trends among Brazilian adults and old-aged: a study based on the National Household Sample Survey (PNAD 1998, 2003). *Cienc Saude Coletiva*. 2006 Dec;11(4):941-50.
27. Mendes LL, Campos SF, Malta DC, Bernal RTI, Sá NNB, Velásquez-Meléndez G. Validity and reliability of foods and beverages intake obtained by telephone survey in Belo Horizonte, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2011 Sep;14 Suppl 1:80-9.
28. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Claro RM. Validity of food and beverage intake data obtained by telephone survey. *Rev Saude Publica*. 2008 Aug;42(4):582-9.
29. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Cienc Saude Coletiva*. 2014 nov;19(11):4301-11.

Recebido em 30/01/2015
Aprovado em 11/03/2015