

Fatores de risco para doenças crônicas entre participantes do programa Vivendo com Estilo e Saúde

Risk factors for chronic diseases between participants of the program Living with Style and Health

Maria Meimei Brevidegli*

606

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2017;41(4):606-616
Artigo Original • Original Paper

Resumo

A crescente prevalência de diabetes e hipertensão preocupa os órgãos e profissionais de saúde pública. A prevenção e controle dessas doenças é hoje prioridade na atenção básica e as políticas públicas incentivam a promoção do estilo de vida saudável. Os objetivos do estudo foram descrever a prevalência de fatores de risco para doenças crônicas em uma população de adultos, participantes de um programa de saúde, e investigar associações entre gêneros. Estudo transversal com 160 indivíduos adultos atendidos no programa de promoção da saúde *Vivendo com Estilo e Saúde*, entre outubro de 2011 e junho de 2016, nas clínicas de saúde da Universidade Paulista (São Paulo). A coleta dos dados foi realizada na primeira consulta do programa, utilizando um instrumento baseado no formulário do sistema VIGITEL, do Ministério da Saúde. Foram selecionadas apenas as questões relacionadas aos hábitos alimentares, nível de atividade física, tabagismo e consumo de álcool. Os participantes possuíam diversos fatores de risco para doenças crônicas: antecedentes familiares para diabetes (50%) e hipertensão (62,3%); sobrepeso (38,5%) e obesidade (25%), circunferência abdominal acima dos parâmetros normais (61,3%); baixo nível de atividade física recomendada (37%); baixo consumo recomendado de frutas e vegetais (8,8%). Os homens se diferenciaram das mulheres em relação ao maior consumo de álcool ($p=0,02$); maior consumo de alimentos com gordura em excesso ($p=0,01$) e menor nível de atividade física no deslocamento ($p\leq 0,05$). Sugere-se o incentivo à capacitação de profissionais de saúde para compreender os determinantes dos comportamentos de risco à saúde e ser capaz de interferir sobre estes.

Palavras-chave: Doenças crônicas. Fatores de risco. Hábitos alimentares. Estilo de vida. Estudos transversais.

Abstract

The growing prevalence of diabetes and hypertension is of concern to public health organizations, as well as healthcare workers. The prevention and control of these diseases is now a priority in primary health care, and public policies encourage the promotion of a healthy lifestyle. The objectives of the study were to describe the prevalence of risk factors for chronic diseases in a population of adults participating in a health program, and to investigate associations between genders. A cross-sectional study with 160 adult individuals enrolled in the health promotion program *Living with Style and Health*, between October 2011 and June 2016, at the Paulista University health clinics (Sao Paulo). Data collection was performed during the first appointment of the program using an instrument based on the form used in the VIGITEL system of the Ministry of Health. Only questions related to eating habits, physical activity level, smoking and alcohol consumption were selected. Participants had several risk factors for chronic diseases: family history for diabetes (50%) and hypertension (62.3%); overweight (38.5%) and obesity (25%); abdominal circumference above normal parameters (61.3%); low level of recommended physical activity (37%); and low recommended consumption of fruits and vegetables (8.8%). Men differed from women in relation to higher alcohol consumption ($p=0.02$), higher food intake with excess fat ($p=0.01$), and lower level of physical activity in the displacement ($p\leq 0.05$). It is suggested to encourage the training of health professionals to understand the determinants of health risk behaviors, so that they can interfere with them.

Keywords: Chronic diseases. Risk Factors. Food Habits. Lifestyle. Cross-sectional Studies

DOI: 10.15343/0104-7809.20174104606616

*Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Paulista, UNIP São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: meibi@unip.br

INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil epidemiológico populacional contemporâneo apontam para o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente, aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre estas se destacam o diabetes e a hipertensão. Essas doenças são particularmente importantes porque se constituem em fator de risco uma para outra, isto é, para um indivíduo hipertenso existe um risco consideravelmente grande de se tornar diabético e vice-versa¹. Isso potencializa a morbimortalidade de indivíduos nessas condições, contribuindo para um impacto avassalador na qualidade de vida e mortalidade da população afetada, no custo-saúde e na economia, uma vez que resultam em incapacidades e perda de produtividade.

Atualmente, estima-se que 387 milhões de pessoas no mundo têm diabetes e 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, pois a doença é mais prevalente entre pessoas com baixa escolaridade. Estudos brasileiros apontam prevalências entre 15% a 20%, atingindo quase 12 milhões de pessoas e que podem alcançar 19,2 milhões em 2035².

A hipertensão é a doença cardiovascular mais comum e também a principal causa de acidentes vasculares cerebrais, infarto e doença renal crônica. Atualmente, estima-se que sejam 36 milhões de pessoas doentes, mais de 60% dos idosos. Segundo a última Diretriz da Sociedade Brasileira de Hipertensão, a prevalência da hipertensão tem variado de acordo com os diferentes métodos de estudos realizados. Nas pesquisas de auto relato, como na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013) e no Inquérito Telefônico de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL 2014), a prevalência da hipertensão variou entre 21,4% e 25%, respectivamente. Já naquelas pelas quais a pressão arterial foi aferida, incluindo uma meta-análise e a PNS 2014, essa prevalência ficou entre 22,3% e 28,7%³.

No Brasil, o Ministério da Saúde aponta que juntas, diabetes e hipertensão constituem a primeira causa de mortalidade

e hospitalização no Sistema Único de Saúde¹. É difícil estimar a taxa de mortalidade relacionada especificamente ao diabetes, pois muitos indivíduos sofrem o impacto das complicações crônicas da doença e acabam falecendo em consequência de doenças cardiovasculares, dado este que irá constar no atestado de óbito. Estimativas recentes apontam que o diabetes é a quinta causa de mortes no mundo, o que corresponde a aproximadamente 5% dos óbitos mundiais². Apesar de haver uma redução na taxa de mortalidade por doença cardiovascular nas últimas décadas, esta ainda é a principal causa de morte no país, principalmente em consequência de doença hipertensiva^{3,4}.

Como consequência desses aspectos, cresce a demanda por serviços de saúde. Estudo com modelo econométrico, com base na Pesquisa Nacional nos Domicílios, que procurou determinar os motivos que levaram idosos a buscar serviços de saúde, desde de 1998 a 2008, identificou o crescimento desse acesso por doença. Enquanto em 1998, 37,2% dos homens e 35,4% das mulheres procuraram um atendimento de saúde por doença, em 2003, esse percentual foi de 62,1% e 60,7%, respectivamente. Já em 2008, esse mesmo acesso foi de 61,1%, 58,2%, respectivamente. A análise atribuiu esse aumento em consequência do envelhecimento populacional atrelado a prevalência de doenças crônicas⁵.

A literatura ainda cita os custos intangíveis, tais como dor, sofrimento, ansiedade, perda de qualidade de vida que afetam o indivíduo, família e sociedade². A despeito do impacto físico, social e econômico dessas doenças e da crescente preocupação governamental com o incentivo a políticas públicas para prevenção das DCNT, é expressiva a prevalência de fatores de risco comportamentais para doenças crônicas. Dentre esses, destacam-se o uso do tabaco, o consumo abusivo do álcool, o consumo insuficiente de frutas e vegetais e o sedentarismo⁶⁻⁹.

Dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Saúde, um inquérito domiciliar realizado em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), detectou alta prevalência de consumo de alimentos não saudáveis,

considerados fatores de risco para DCNT, tais como leite com alto teor de gordura, carne com excesso de gordura, refrigerantes e doces¹⁰.

Inquérito domiciliar anual de base nacional sobre os fatores de risco para doenças crônicas permitiu identificar o crescimento da prevalência desses fatores ao longo de nove anos. Nesse período, o excesso de peso cresceu 23% (de 43% para 53%); a obesidade 50,4% (de 11,9% para 17,9%). Além disso, o consumo médio de sal no Brasil é duas vezes maior que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹¹.

Os últimos resultados divulgados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) apontam que somente 10,5% da população brasileira era ativa no lazer e no deslocamento, em 2008¹².

Por essas razões, é grande o desafio da Saúde Pública na promoção de comportamentos saudáveis. Implicam maiores investimentos na prevenção primária, colaboração entre organizações públicas e privadas, e estratégias educativas eficazes para modificar o estilo de vida das pessoas. Historicamente no Brasil, a educação em saúde é fundamentada na transmissão de informações, pela qual o profissional de saúde é visto como “expert”, com competência para informar os indivíduos sobre o que é certo ou errado em saúde. No entanto, “saber” saúde nem sempre resulta em “praticar” saúde, pois estar informado não necessariamente resulta em mudança de comportamento¹³.

Os objetivos do estudo foram descrever a prevalência de fatores de risco para doenças crônicas em uma população de adultos, participantes de um programa de saúde, e investigar associações entre gêneros.

METODOLOGIA

Estudo transversal com 160 indivíduos adultos (≥ 18 anos), sem diagnóstico médico de diabetes e/ou hipertensão, atendidos no programa de promoção da saúde *Vivendo com Estilo e Saúde*, em duas Clínicas de Saúde da Universidade Paulista – UNIP, São Paulo. O programa foi planejado para

ajudar o indivíduo a realizar mudanças de comportamento, visando atingir um estilo de vida saudável por meio da prática regular de atividades físicas e da adoção de alimentação saudável.

O processo foi inteiramente personalizado, pois dependia da interação enfermeiro-paciente, baseados na abordagem de *coach* desenvolvida por Lewis et al¹⁴ no qual o enfermeiro estabelece uma relação cooperativa com o cliente para ajudá-lo a descobrir os próprios recursos e maneiras para mudar seu comportamento em benefício da própria saúde. Dessa forma, o enfermeiro não assume o papel de especialista que detém total conhecimento e controle sobre o processo, definindo o que o cliente deve ou não deve saber ou fazer. Ao contrário, a interação ou vínculo estabelecido parte da perspectiva do cliente sobre as questões relacionadas a sua saúde, na qual o cliente é o especialista¹⁴. Assim, o “enfermeiro-coach” age como um “detetive” que investiga as referências pessoais do cliente sobre sua saúde, usando habilidades de intuição, escuta empática e curiosidade.

O recrutamento dos indivíduos participantes foi realizado em um evento promovido ao público interno (funcionários, alunos) e externo (moradores e trabalhadores do entorno) a universidade, com objetivo de mensurar pressão arterial e glicemia capilar e, de divulgar o programa. Nesse momento, os indivíduos eram investigados quanto ao interesse de participar do programa de saúde, gratuitamente. Dessa forma, a demanda ocorreu de forma espontânea com base na motivação individual.

Os atendimentos foram realizados entre outubro de 2011 e junho de 2016, por enfermeiros e estagiários de Enfermagem, devidamente treinados. O treinamento teve duração de seis dias e consistiu em: (1) exposição dialogada sobre os fundamentos do programa com base na Teoria Social Cognitiva e na abordagem de *coach*; (2) orientações sobre preenchimento dos impressos desenvolvidos especificamente para a realização das consultas de enfermagem; (3) simulação das consultas entre os próprios estagiários.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de

Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paulista – protocolo nº919/11. O estudo foi registrado na plataforma “Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos” com o título “Avaliação do impacto do Programa *Vivendo com Estilo e Saúde* na prevenção e controle do diabetes e hipertensão (nº RBR45v5sw). A coleta de dados ocorreu na 1º consulta, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), depois de apontados os objetivos do estudo e garantidos o sigilo e anonimato dos dados obtidos.

O instrumento utilizado foi formado a partir do formulário do sistema VIGITEL^{7,8}. Foram selecionadas apenas as questões relacionadas aos hábitos alimentares, nível de atividade física, tabagismo e consumo de álcool, que se constituem nos principais fatores de risco para DCNT.

As variáveis do estudo foram: (1) *Dados sociodemográficos*: número de consultas realizadas; idade; sexo; escolaridade; estado civil; ocupação atual; renda familiar; acesso a serviços de saúde. (2) *Fatores de risco para DCNT e estilo de vida*: índice de massa corpórea (IMC); circunferência abdominal; antecedentes familiares para doenças crônicas; tabagismo; etilismo; padrão alimentar; nível de atividade física no lazer, no trabalho e na vida diária.

Para calcular o IMC, o peso foi mensurado em balança mecânica de piso com capacidade de 130 kg e precisão de 0,1 kg. A altura foi obtida com os indivíduos em posição ereta, descalços, pés unidos e em paralelo, utilizando-se fita métrica inelástica, com precisão de 0,1 cm, junto à parede que não possuía rodapé. Indivíduos com $IMC \geq 25$ kg/m² foram considerados com sobrepeso e aqueles com $IMC \geq 30$ kg/m², com obesidade.

A mensuração da circunferência abdominal utilizou fita métrica colocada no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Valores acima de 94 cm, em homens e, acima de 80 cm, em mulheres, foram considerados alterados.

Para análise do padrão alimentar e do nível de atividade física foram calculados os

seguintes parâmetros: consumo recomendado de salada (no almoço e jantar, cinco ou mais dias da semana); consumo recomendado de legumes cozidos (no almoço e jantar, cinco ou mais dias da semana); consumo recomendado de frutas (duas ou mais porções, cinco ou mais dias da semana); consumo recomendado de frutas e vegetais (consumo recomendado de salada, de legumes e de frutas); e prática recomendada de exercícios físicos (pelo menos 30 minutos/dia, cinco ou mais dias da semana). Consumo excessivo de bebida alcóolica foi definido como cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, consumidas na mesma ocasião. Essas definições seguem os parâmetros do Ministério da Saúde, descritos nas publicações do VIGITEL^{7,8,11}.

A estatística descritiva (frequências absoluta e relativa; mediana, média e desvio padrão) foi utilizada para caracterizar o perfil sociodemográfico, os fatores de risco para DCNT e o estilo de vida dos participantes. Para identificar associações entre os gêneros foram aplicados os testes qui-quadrado ou *t* de *student*. O nível de significância dos testes foi de 5%. Todos os procedimentos estatísticos foram realizados no *Software IBM SPSS® (Statistical Package for Social Science)* versão 19.0.

RESULTADOS

Entre os 160 clientes sadios atendidos no programa, 68 (42,5%) eram homens e 92 (57,5%) mulheres. A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dessa população. A comparação estatística concluiu que os dois gêneros revelaram um perfil sociodemográfico muito semelhante, com exceção da idade e do acesso a serviços de saúde.

Cerca de 50% dos participantes (n=79) realizou a 1º consulta. Somente 19 clientes (11,9%) tiveram adesão completa ao programa, seguindo até a sexta consulta. A maior participação foi de solteiros (n=57, 35,6%); que trabalhavam no setor de serviços (n=65, 40,9%) e possuíam renda familiar até cinco salários mínimos (n=114, 72,7%). A idade média foi de 47,2 anos (DP=16,57) e

tempo médio de estudo dos participantes foi de 10,8 (DP=4,36).

Os homens eram mais velhos do que as mulheres (51 anos *versus* 44,3; $p=0,01$) e usavam o convênio particular enquanto as mulheres usavam o serviço público, quando precisavam de cuidados de saúde ($p\leq 0,05$).

Quanto a prevalência de fatores de risco para DCNT (tabela 2), observamos que 99 (62,3%) e 80 (50%) participantes tinham antecedentes familiares para hipertensão e diabetes, respectivamente.

Somente 14 (8,9%) eram fumantes, porém quase o dobro era fumante passivo, pois morava ($n=22$, 14,3%) ou trabalhava ($n=23$, 19,2%)

com alguém que fumava. A prevalência de sobrepeso foi de 38,5% ($n=60$) e de obesidade foi de 25% ($n=39$). Além disso, 98 participantes (61,3%) estavam com a circunferência abdominal acima dos valores desejados. Apesar disso, 45% ($n=72$) percebiam a própria saúde como boa.

Houve diferenças entre os gêneros no consumo de álcool. Enquanto 60,3% dos homens ($n=41$) revelaram beber, apenas 39,1% das mulheres ($n=36$) relataram o mesmo ($p\leq 0,01$). Dentre os 77 que consumiam álcool, quase 20% dos homens ($n=8$) o faziam com maior frequência, isto é, cinco ou mais dias da semana ($p=0,02$).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de clientes sadios atendidos no Programa *Vivendo com Estilo e Saúde*, segundo gênero, Clínicas de Saúde UNIP, São Paulo, outubro 2011 - junho 2016.

Variáveis Sociodemográficas	Gênero Masculino N= 68	Gênero Feminino N= 92	Total N= 160
Nº consultas - n (%)			
Até 1	31 (45,6)	48 (52,2)	79 (49,4)
Até 2	5 (7,4)	4 (4,3)	9 (5,6)
Até 3	7 (10,3)	16 (17,4)	23 (14,4)
Até 4	9 (13,2)	8 (8,7)	17 (10,6)
Até 5	5 (7,4)	8 (8,7)	13 (8,1)
Até 6	11 (16,2)	8 (8,7)	19 (11,9)
Estado civil - n (%)			
Solteiro	22 (32,4)	35 (38,0)	57 (35,6)
Casado legalmente	28 (41,2)	22 (23,9)	50 (31,3)
União estável	10 (14,7)	12 (13,0)	22 (13,8)
Viúvo	2 (2,9)	10 (10,9)	12 (7,5)
Separado/divorciado	6 (8,8)	13 (14,1)	19 (11,9)
Área de Ocupação - n (%)			
Indústria ou construção civil	7 (10,4)	4 (4,3)	11 (6,9)
Setores administrativos	6 (9,0)	17 (18,5)	23 (14,5)
Setor da Saúde	1 (1,5)	6 (6,5)	7 (4,4)
Ensino	4 (6,0)	4 (4,3)	8 (5,0)
Desempregado/Aposentado	15 (22,4)	24 (26,1)	39 (24,6)
Não trabalha/nunca trabalhou	1 (1,5)	5 (5,4)	6 (3,8)
Outras - Setor Serviço	33 (49,3)	32 (34,8)	65 (40,9)

continua...

...continuação - Tabela 1

Renda Familiar- salários mínimos- n (%)			
Menos 1	3 (4,6)	10 (10,9)	13 (8,3)
1 a 5	48 (73,8)	66 (71,7)	114 (72,7)
6 a 10	9 (13,8)	12 (13,0)	21 (13,4)
11 a 15	4 (6,2)	3 (3,3)	7 (4,5)
16 ou mais	1 (1,5)	1 (1,1)	2 (1,3)
Acesso a Serviços de Saúde* - n (%)			
Serviço público	27 (39,7)	50 (54,3)	77 (48,1)
Convenio particular	34 (50,0)	39 (42,4)	73 (45,6)
Médico particular	7 (10,3)	1 (1,1)	8 (5,0)
Farmácia	0 (0,0)	1 (1,1)	1 (0,6)
Nenhum	0 (0,0)	1 (1,1)	1 (0,6)
Idade** (anos)			
Media (DP)	51,0 (14,675)	44,3 (17,366)	47,2 (16,567)
Mediana	54	41	48
Mínimo	21	18	18
Máximo	83	85	85
Anos de estudo			
Media (DP)	10,8 (4,903)	10,7 (3,957)	10,8 (4,360)
Mediana	11	11	11
Mínimo	0	0	0
Máximo	16	16	16

*p≤0,05

**p=0,01

Tabela 2 – Prevalência de fatores de risco para DCNT e percepção do estado de saúde de clientes saudáveis atendidos no Programa *Vivendo com Estilo e Saúde*, segundo gênero, Clínicas de Saúde UNIP, São Paulo, outubro 2011 - junho 2016.

Fatores de Risco para DCNT	Gênero Masculino N= 68	Gênero Feminino N= 92	Total N= 160
Antecedentes familiares - n (%)			
Hipertensão	35 (52,2)	64 (69,6)	99 (62,3)
Diabetes	31 (45,6)	49 (53,3)	80 (50,0)
Fumo - n (%)			
Diariamente	7 (10,3)	7 (7,8)	14 (8,9)
Ocasionalmente	1 (1,5)	6 (6,7)	7 (4,4)
Mora com pessoa que fuma	7 (10,6)	15 (17,0)	22 (14,3)
Trabalha com pessoa que fuma	11 (20,0)	12 (18,5)	23 (19,2)

continua...

...continuação - Tabela 2

Consumo de bebida alcoólica - n (%)			
Sim*	41 (60,3)	36 (39,1)	77 (48,1)
5 ou mais dias da semana**	8 (19,5)	1 (2,8)	9 (11,7)
Em excesso	22 (53,7)	9 (25,0)	31 (40,3)
IMC*** - n (%)			
Baixo ($\leq 18,5$)	1 (1,5)	3 (3,3)	4 (2,6)
Normal (entre 18,6 e 24,9)	20 (30,3)	33 (36,7)	53 (34,0)
Sobrepeso (entre 25 e 29,9)	30 (45,5)	30 (33,3)	60 (38,5)
Obesidade (≥ 30)	15 (22,7)	24 (26,7)	39 (25,0)
Circunferência abdominal elevada			
	33 (48,5)	65 (70,7)	98 (61,3)
Percepção do estado de saúde			
Muito bom	14 (20,6)	10 (10,9)	24 (15,0)
Bom	31 (45,6)	41 (44,6)	72 (45,0)
Regular	21 (30,9)	32 (34,8)	53 (33,1)
Ruim	2 (2,9)	4 (4,3)	6 (3,8)
Muito ruim	0 (0)	2 (2,2)	2 (1,3)
Não sabe	0 (0)	3 (3,3)	3 (1,9)

* $p \leq 0,01$

** $p = 0,02$

A tabela 3 apresenta os dados sobre o estilo de vida dos participantes do programa de saúde.

Apenas 38,1% (n=61) da amostra relatou a prática de exercício físico nos últimos três meses, 30 (49,2%) homens e 31 (50,8%) mulheres. Estar praticando exercício pelo menos uma vez na semana foi relatada por um percentual ainda menor, 33,6% (n= 54). Destes, 44,5% (n=24) o fazia regularmente (cinco ou mais dias da semana) e somente 37,0% (n=20) no nível recomendado (30 minutos ou mais por dia).

Quanto a atividade física no deslocamento ou trabalho, cerca de 47% relatou andar no trabalho, os homens em maior proporção do que as mulheres (62,7% versus 35,9%; $p \leq 0,01$). A maioria dos participantes fazia algum trajeto a pé ou de bicicleta até o trabalho (n=89, 56,3%), as mulheres em maior proporção do que os homens (58,3% versus 53,7%; $p \leq 0,05$). Entretanto, dentre os que andavam, somente 36% (n=32) o faziam pelo menos 30 minutos

por dia. As mulheres também se diferenciaram quanto ao deslocamento para escola ou curso (43,3% versus 19,7%; $p \leq 0,01$).

Além disso, 75% dos participantes (n=12) assistiam televisão mais que três horas por dia e somente 26,1% (n=12) realizavam faxina pesada em casa.

O consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis que caracteriza o padrão alimentar dos participantes também pode ser visualizado na tabela 3. Observa-se que 97 participantes (60,7%) relataram o consumo regular de feijão, de vegetais e, de frutas. No entanto, somente 14 (8,8%) relataram o consumo recomendado de frutas e de vegetais. Além disso, 36 indivíduos (25,2%) relataram o consumo de carne com gordura; 30 (20,4%) consumiam frango com pele; 70 (55,1%) consumiam leite com alto teor de gordura e 45 (28,5%) consumiam refrigerante em excesso. O consumo de gordura de frango e leite integral foi proporcionalmente maior entre os homens (35,4%, $p \leq 0,0001$; e 66%, $p = 0,01$, respectivamente).

Tabela 3 – Estilo de vida de clientes sadios atendidos no Programa *Vivendo com Estilo e Saúde*, Clínicas de Saúde UNIP, São Paulo, outubro 2011- junho 2016.

Estilo de Vida	Gênero Masculino N= 68	Gênero Feminino N= 92	Total N= 160
Atividade física no lazer – n (%)			
Exercício físico último três meses	30 (44,1)	31 (33,7)	61 (38,1)
Exercício físico 1x/sem	26 (38,2)	28 (30,4)	54 (33,6)
Prática regular de exercício (5 ou mais dias/sem)	13 (50,0)	11 (39,3)	24 (44,5)
Exercício físico recomendado	11 (42,3)	9 (32,1)	20 (37,0)
Atividade física no deslocamento ou trabalho – n (%)			
Anda a pé no trabalho ^a	42 (62,7)	33 (35,9)	75 (47,2)
Carrega peso no trabalho	11 (22,7)	18 (19,6)	33 (20,9)
Faz trajeto a pé ou de bicicleta para trabalho*	36 (53,7)	53 (58,3)	89 (56,3)
Tempo do trajeto trabalho pelo menos 30min/dia – n=89	15 (41,7)	17 (32,0)	32 (36,0)
Faz trajeto a pé ou de bicicleta para escola ou curso**	13 (19,7)	39 (43,3)	52 (33,3)
Tempo do trajeto escola pelo menos 30 min/dia – n=52	4 (38,5)	12 (30,9)	16 (32,7)
Atividade física vida diária			
Faz faxina pesada em casa	3 (17,6)	9 (31,0)	12 (26,1)
Assiste TV menos que 3 horas/dia	51 (75,0)	69 (75,0)	120 (75,0)
Padrão alimentar			
Consumo regular de feijão (5 ou mais dias/sem)	49 (72,1)	48 (52,1)	97 (60,7)
Consumo regular de verduras (5 ou mais dias/sem)	34 (50,0)	63 (68,5)	97 (60,7)
Consumo regular de frutas (5 ou mais dias/sem)	38 (55,9)	59 (64,1)	97 (60,7)
Consumo recomendado de frutas e vegetais (5 ou mais porções, 5 ou mais dias/sem)	6 (8,8)	8 (8,7)	14 (8,8)
Consumo de carne com gordura visível	21 (31,3)	15 (19,7)	36 (25,2)
Consumo de frango com pele***	23 (35,4)	7 (8,5)	30 (20,4)
Consumo de leite com alto teor de gordura ^a	35 (66,0)	35 (47,3)	70 (55,1)
Consumo excessivo de refrigerante (5 ou mais dias/sem)	22 (32,3)	23 (25,0)	45 (28,2)

^a p≤0,01; *p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,0001

DISCUSSÃO

A crescente prevalência de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, preocupa os órgãos e profissionais responsáveis pela saúde pública. A prevenção e controle dessas doenças é hoje prioridade na atenção básica e as políticas públicas incentivam a promoção do estilo de vida saudável. No entanto, diversos estudos demonstram que o estilo de vida nas grandes cidades está longe desse ideal, pois engloba diversos fatores risco para DCNT. Este panorama também se reflete nos resultados do presente estudo.

A população de indivíduos sadios investigada se caracterizou por maioria de mulheres solteiras, com baixa renda familiar (até cinco salários mínimos) e escolaridade equivalente ao ensino fundamental completo. Apesar de 45% destes considerar sua saúde boa, a prevalência de sobrepeso e obesidade atingia mais de 60% (38,5% para sobrepeso e 25% para obesidade). Além disso, 61% tinham circunferência abdominal aumentada, 62% tinham antecedentes para diabetes e 50% para hipertensão.

Estes resultados têm semelhança com os apontados por uma revisão de literatura sobre padrão alimentar de risco para DCNT, na qual a prevalência para excesso de peso em adultos variou de 38,6% a 51,3%, nos estudos analisados¹⁵. Esses dados são alarmantes, uma vez que comprovam a expansão contínua dessas alterações nutricionais na população brasileira.

O relatório do VIGITEL 2014 aponta que a prevalência de excesso de peso e obesidade cresceu 23%, ao longo dos últimos nove anos em que o inquérito domiciliar foi realizado e, que os maiores índices estão nas faixas etárias acima de 35 anos. Os dados mais recentes apontam que a prevalência de sobrepeso na população brasileira é de 52,5% e de obesidade, 17,9%. Entretanto, índices mais elevados foram observados na população acima de 45 anos¹¹.

Em todo o mundo, cresce a preocupação de órgãos e organizações de saúde com o sobrepeso e a obesidade, pois além de serem fatores de risco para doenças crônicas, têm

um grande impacto social e nos sistemas de saúde. Segundo dados norte-americanos, os indivíduos obesos gastam 42% a mais com custos relacionados a assistência à saúde. Deve-se considerar também, além dos financeiros, os custos intangíveis, tais como diminuição da qualidade de vida, problemas de ajustes sociais, perda da produtividade, aposentaria precoce e morte¹⁶.

O presente estudo também revelou a baixa prevalência de fumantes ativos (menos de 10%). Esse percentual está bem próximo do obtido no último VIGITEL de 10,8% para o Brasil¹¹. Dados recentes comparando grandes inquéritos revelaram que o percentual de fumantes diminuiu 19%. Em São Paulo, essa queda foi de aproximadamente 16%. Isso é atribuído às diversas políticas públicas regulatórias e ações educativas divulgadas nos últimos anos, como a proibição do fumo em locais fechados e os avisos nas embalagens de cigarros sobre os riscos à saúde. Deve-se considerar também a ampliação do acesso ao tratamento para fumantes na rede pública de saúde, com programas especializados no combate ao fumo¹⁷.

A prática regular de exercícios físicos, isto é, por cinco ou mais dias por semana, foi relatada por 44,5% dos participantes sadios. No entanto, esse percentual diminuiu para 37% quando investigada a prática recomendada de exercício (pelo menos 30 minutos, 5 ou mais dias por semana). Já atividade física por deslocamento para o trabalho foi apontada por 47%, os homens em maior proporção do que as mulheres. Novamente, esse percentual diminuiu para 36% quando se considerou o tempo mínimo de 30 minutos diários para esse deslocamento.

Estes valores estão bem próximos dos dados do VIGITEL mais recentes, no qual a porcentagem de adultos acima de 18 anos que relataram a prática recomendada de atividade física no lazer foi de 35% para o Brasil e 30% para São Paulo. No entanto, os ativos no deslocamento foram de apenas 12%, no Brasil e, de 14% em São Paulo¹¹. É interessante notar que as proporções encontradas no presente estudo são superiores a meta de 22% de atividade física no lazer, estabelecida no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças

Crônicas não Transmissíveis¹⁸. Apesar da última avaliação desse plano indicar que houve aumento desse indicador, ainda são necessárias ações eficazes no incremento dos níveis de atividade física, uma das ações mais efetivas no controle das doenças crônicas¹⁹.

Quanto a alimentação, detectamos que houve predomínio do consumo regular de alimentos saudáveis, pois 60,7% apontaram comer feijão, frutas e vegetais cinco ou mais dias por semana. No entanto, quando consideramos o mínimo de cinco porções de frutas/vegetais recomendados, esse percentual foi menor que 10%. O consumo de carne com gordura e frango com pele foi relatado por 25% e 20%, respectivamente. Se considerarmos também o consumo de 55% de leite integral, percebemos um excesso de consumo de alimentos com alto teor de gordura.

Fica evidente, então, que o consumo de alimentos saudáveis da população investigada está aquém do que é recomendado como ideal para a prevenção de doenças crônicas pela OMS. Evidências científicas apontam que o consumo recomendado de frutas e vegetais, isto é, de no mínimo 400g destes alimentos por dia, previne doenças cardíacas, câncer, diabetes e obesidade. Aproximadamente 1,7 milhão mortes ao redor do mundo são atribuídas ao baixo consumo de frutas e vegetais²⁰.

O VIGITEL 2014 também identificou menor consumo alimentos saudáveis quando

comparados aos não saudáveis, isto é, enquanto 24,1% da população relatou o consumo recomendado de frutas e hortaliças, o consumo de leite com teor integral de gordura foi declarado por 52,9%¹¹.

Estudos recentes sugerem que isso possa ser explicado pela influência da escolaridade e da renda, uma vez que algumas pesquisas detectaram que esse consumo aumenta de acordo com esses aspectos. Ou seja, quanto maior a escolaridade e renda, maior o consumo. Isso sugere que além de informação sobre alimentação saudável também é necessário ter acesso a ela²¹, o que é particularmente mais difícil para a população com baixa renda, uma vez que o custo desses alimentos aumentou nas últimas décadas, enquanto o de alimentos não saudáveis diminuíram²².

Por fim, apesar da amostra de estudo ter sido significativamente menor do que dos outros estudos apontados, percebemos que houve compatibilidade na comparação dos resultados com os estudos de grandes bases populacionais. Mesmo demonstrando motivação para mudança de comportamento ao participar de um programa de promoção da saúde, os fatores de risco para DCNT desse grupo de indivíduos não se diferenciaram daqueles apontados nos estudos discutidos nesta seção. Isso demonstra a força que o estilo de vida contemporâneo nas grandes cidades tem sobre os determinantes da saúde dos indivíduos.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que os participantes possuíam diversos fatores de risco para DCNT, isto é, altas prevalências de antecedentes familiares, sobrepeso e obesidade, circunferência abdominal acima dos parâmetros normais; baixo nível de atividade física recomendada; baixo consumo de alimentos saudáveis.

Os homens se diferenciaram das mulheres em relação ao maior consumo de álcool; maior consumo de alimentos com gordura em excesso e menor nível de atividade física no deslocamento.

O incentivo a um estilo de vida saudável

é hoje um dos desafios de profissionais de saúde, gestores e autoridades públicas e privadas. Com as recentes políticas públicas voltadas a promoção da saúde no Brasil houve avanços consideráveis nessa área, como atestam a evolução dos dados de inquéritos populacionais. No entanto, é necessário maior incentivo à participação de instituições privadas e não governamentais para a capacitação de profissionais de saúde para lidar com esses desafios de forma a compreender os determinantes dos comportamentos de risco à saúde e ser capaz de interferir sobre estes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica n° 36. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
2. Oliveira JEP de, Vencio S (org.). 2015-2016 Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo (SP): A.C. Farmacêutica, 2016.
3. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n° 37. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
5. Almeida NA de. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. J Bras Econon Saúde 2015, 7(1): 43-52.
6. World Health Organization. Summary. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization (WHO), 2003c. Available at: http://www.who.int/ncd_surveillance/media/en/269.pdf Cited: 2011 jul 13.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa VIGITEL Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
8. 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. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.
9. Malta, D.C, Oliveira, M.R, de Moura, E.C, Silva, A.S, Zouain, C.S, dos Santos, F.P ET AL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. Cienc Saúde Colet 2011; 16(3): 2011-22.
10. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionado a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidem Serviços Saúde 2015; 24(2): 257-265.
11. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.
12. Knuth AG, Malta DC, Dumith SC, Pereira CA, Morais Neto OL, Temporão JG, Penna G, Hallal PC. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultado da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) - 2008. Cienc Saúde Colet 2011; 16(9): 3697-3705.
13. Grossi AS, Pascali PM. (org.). Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD); 2009. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13403686111118_1324_manual_enfermagem.pdf Acesso em: 17 set 2017.
14. Lewis FM, Casey SM, Brandt PA, Shands ME, Zahlis EH. The enhancing connections program: pilot study of a cognitive-behavioral intervention of mothers and children affected by breast cancer. Psycho-Oncology 2006, 15:486-97.
15. Azevedo EC de C, Diniz A da S, Monteiro JS, Cabral PC. Padrão alimentar de risco para doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal – uma revisão sistemática. Cienc Saúde Colet 2014, 19(5):1447-1458.
16. Bahia L, Araújo DV. Impacto econômico da obesidade no Brasil. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto [Internet] 2014 [acesso em: 19 nov 2016]; 13(1). Disponível em: <http://www.tovani.com.br/site/wp-content/uploads/2013/11/o-impacto-economico-da-obesidade-no-brasil.pdf>
17. Malta DC, Vieira ML, Szwarcwald CL, Caixeta R, Brito SMF, Reis AACD. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rev Bras Epidemiol 2015; 18: 45-56.
18. Malta DC, Silva Jr JB da. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol. Serv. Saúde 2013; 22(1): 151-164.
19. Malta DC, Silva Jr JB da. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. Epidemiol. Serv. Saúde 2014; 23(3): 389-395.
20. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Promoting fruit and vegetables consumption around the world. Geneva: World Health Organization (WHO). Available at: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/> Cited: 2017 out 02.
21. Lindemann IL, Oliveira RR, Mendoza-Sassi RA. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. Cienc Saúde Colet 2016; 21(2): 599-610.
22. Mondini L, Martins VA, Margarido MA, Bueno CRF, Claro RM, Levy RB. Evolução dos preços de alimentos em São Paulo, Brasil, 1980-2009: considerações sobre o acesso à alimentação saudável. Informações Econômicas 2012; 42: 47-55.