



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

**PERFIL DEMOGRÁFICO, COMPORTAMENTAL E DE SAÚDE E A
RELAÇÃO COM A ATIVIDADE FÍSICA EM INDIVÍDUOS DAS CAPITALS
BRASILEIRAS**

WILLAMS TIAGO DOS SANTOS

São Cristóvão
2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

PERFIL DEMOGRÁFICO, COMPORTAMENTAL E DE SAÚDE E A
RELAÇÃO COM A ATIVIDADE FÍSICA EM INDIVÍDUOS DAS CAPITALS
BRASILEIRAS

WILLAMS TIAGO DOS SANTOS

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Educação Física
da Universidade Federal de Sergipe
como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Felipe José Aidar Martins

São Cristóvão

2023

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237p Santos, Willams Tiago dos
Perfil demográfico, comportamental e de saúde e a relação
com a atividade física em indivíduos das capitais brasileiras /
Willams Tiago dos Santos ; orientador Felipe José Aidar Martins.
– São Cristóvão, SE, 2023.
102 f. : il.

Dissertação (mestrado em Educação Física) – Universidade
Federal de Sergipe, 2023.

1. Educação física. 2. Promoção da saúde. 3. Doenças
crônicas. 4. Exercícios físicos. 5. Qualidade de vida. I. Martins,
Felipe José Aidar, orient. II. Título.

CDU 796.035

WILLAMS TIAGO DOS SANTOS

PERFIL DEMOGRÁFICO, COMPORTAMENTAL E DE SAÚDE E A
RELAÇÃO COM A ATIVIDADE FÍSICA EM INDIVÍDUOS DAS CAPITALS
BRASILEIRAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Educação Física da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

Aprovado em ____ / ____ / ____.

Orientador: Prof. Dr. Felipe José Aidar Martins
Presidente

Prof. Dr. Ailton Fernando Santana de Oliveira
Membro externo ao Programa

Prof. Dr^a. Nara Michelle Moura Soares
Membro externo à Instituição

PARECER

.....
.....
.....
.....
.....

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela vida e pela oportunidade.

A presente dissertação de mestrado não poderia ser concluída sem o precioso amparo de várias pessoas.

Agradeço especialmente a minha mãe Maria Marta, a minha querida tia Matildes, a minha prima Luciene. Agradeço também ao meu companheiro Genivaldo por todo apoio nos momentos de cansaço.

Gostaria de agradecer ao meu orientador Professor Doutor José Aidar Martins, por toda paciência e força nesta importante fase acadêmica. Muito obrigado!!! Aos professores do programa, Ricardo, Danilo, Marcos, Afrânio, Silvan, Lúcio e o Raphael, obrigado!!!

Desejo igualmente agradecer aos membros da banca, Professor Doutor Ailton Fernando e a Professora Doutora Nara Michelle.

Por fim, agradecer a todos os meus colegas do Mestrado em Educação Física, desejo-lhes sucesso na trajetória profissional de todos vocês! Agradeço também aos meus amigos Jailton, Robson, Marleide, Mag, Geovanna, Dillmara, Satie, Waldiney.

RESUMO

Introdução: as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são definidas como males que ocorrem num certo período da vida, comprometendo o bem-estar dos indivíduos, às vezes de maneira lenta. Objetivo: analisar o comportamento de risco à saúde em indivíduos das capitais brasileiras.

Metodologia: através de um estudo descritivo, foram coletados dados acerca das atividades físicas e da relação com as DCNT, como também a partir da análise dos dados secundários, extraídos da Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), numa análise histórica de 2019 e 2021.

Resultados: dentre os resultados obtidos nesse estudo, destaca-se que partir da análise estatística, percebe-se a necessidade de incluir os programas desenvolvidos em prol da redução das DCNT, para o conhecimento educacional dos sujeitos e melhoria da qualidade de vida da população, tendo em vista que os dados da VIGITEL mostram que ainda existe um baixo índice de realização de atividades físicas. A quantidade de pessoas que realizam atividades físicas é variada, cerca de 50,1% das mulheres praticam. Com isso, 69,8% da população menciona obstáculos para a realização de atividades físicas, como o tempo, idade e trabalho.

Conclusão: homens e mulheres que possuem DCNT precisam ser mais assistidos e educados quanto a importância da realização de atividades físicas regulares para a redução da incidência das doenças e consequente melhoria da qualidade de vida deles. As atividades são eficazes, pois previne o indivíduo a desenvolver as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, principalmente os exercícios aeróbicos que tratam as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e obesidade.

Palavras-chave: Prevenção; Qualidade de vida; Exercícios físicos; DCNT; VIGITEL.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) are defined as diseases that occur in a certain period of life, compromising the well-being of individuals, sometimes slowly. **objective:** analyze health risk behavior in individuals from Brazilian capitals. **Methodology:** through a descriptive study, data were collected about physical activities and their relationship with NCDs, as well as from the analysis of secondary data, extracted from the Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (VIGITEL), in a historical analysis of 2019 and 2021. **Results:** among the results obtained in this study, it is highlighted that from the statistical analysis, it is perceived the need to include the programs developed in favor of the reduction of NCDs, for the educational knowledge of the subjects and improvement of the quality of life of the population, bearing in mind that VIGITEL data show that there is still a low rate of physical activity. The number of people who perform physical activities varies, about 50.1% of women practice. As a result, 69.8% of the population mentioned obstacles to performing physical activities, such as time, age and work. **Conclusion:** women who have CNCDs need to be better assisted and educated about the importance of performing regular physical activities to reduce the incidence of diseases and consequently improve their quality of life. The activities are effective, as it prevents the individual from developing Chronic Noncommunicable Diseases, especially aerobic exercises that treat cardiovascular diseases, diabetes, hypertension and obesity.

Keywords: Prevention; Quality of life; Physical exercises; CNCD; VIGITEL.

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1 - Ações e relação entre a promoção da saúde e a vigilância das DCNTs	21
Figura 2 - Evolução de óbitos por DCNTs, doenças transmissíveis, neonatal e nutricional (1990 a 2016).....	27
Figura 3 - Origem dos radicais livres e progressão até o surgimento de doenças	28
Figura 4 - Fluxograma da amostra	35

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Benefícios da realização de atividades físicas.....	25
---	-----------

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Características gerais dos participantes da pesquisa	38
Tabela 2 - Principais índices DCNT 2006	40
Tabela 3 - Principais índices DCNT 2021	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP Comitê de Ética e Pesquisa

CONEP Comissão Nacional de Ética e Pesquisa

DANTS Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV Doenças Cardiovasculares

DM Diabetes Mellitus

EGASAFS Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde

HA Hipertensão Arterial

ODS Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

PELC Programa de Esporte e Lazer nas Cidades

SIM Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS Sistema Único de Saúde

SVS Secretaria de Vigilância em Saúde

VIGITEL Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).....	17
3.2 Comportamento de risco à saúde em relação às DCNTs.....	21
3.2.1 Aspectos sociodemográficos	24
3.2.3 Aspectos da AF	30
4. MATERIAIS E MÉTODOS	33
4.1 VIGITEL	33
4.3 Amostra	34
4.3 Variáveis da Pesquisa.....	35
4.3.1 Demográficas e socioeconômicas	35
4.3.2 Doenças crônicas	36
4.3.3 Análise Estatística.....	36
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSSÃO.....	42
7. CONCLUSÃO	51
8. REFERÊNCIAS	53
ANEXO I – CARTA DE ACEITE PARA ARTIGO	61
ANEXO II – ARTIGO	62
ANEXO III – QUESTIONÁRIO VIGITEL	82

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças crônicas são um desafio cada vez maior para todos os sistemas de saúde. Além das doenças crônicas relacionadas a infecções, muitas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), principalmente doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas, doenças musculoesqueléticas e transtornos mentais, representam uma série ameaça à saúde humana e ao desenvolvimento no mundo atual. (1)

As DCNTs resultam de uma combinação de vários fatores genéticos, ambientais e especialmente do estilo de vida, incluindo o consumo de álcool e/ou tabaco, sedentarismo prolongado, hábitos alimentares caracterizados pelo consumo de alimentos de baixo valor nutricional e alto teor calórico, bem como a falta de acesso a testes, tratamento e cuidados de pessoas com uma Doença Não Transmissível.(1) Nesse contexto, pode-se observar que fatores como a idade avançada, gênero, etnia, obesidade, aumento da ingestão de sal e predisposição genética estão associados à apresentação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.(1) O valor nutricional é também importante para identificar e controlar os níveis de DCNTs que estão, cada vez mais, aumentando no decorrer dos anos(2). Nos últimos anos, as DCNT estão afetando a população brasileira(3), em especial, e para tentar combatê-las, é preciso que a população seja conscientizada para os danos que essas doenças podem causar.(2-3)

Em 2019, a Assembleia Mundial da Saúde estendeu o Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2013-2020 até 2030 e revelou a necessidade de estabelecer um roteiro de implementação 2023-2030 para acelerar o progresso nas DNTs.

O roteiro apoia a ação para alcançar um conjunto de nove metas globais com maior impacto na prevenção e gestão de DCNTs.

Na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), na qual tem como foco os objetivos do Desenvolvimento Sustentável, os Chefes de Estado e de Governo comprometeram-se a desenvolver respostas nacionais ambiciosas, até 2030, para reduzir em um terço, através da prevenção e tratamento, a taxa de mortalidade prematura de vida por DCNT- meta 3.4(4).

Nesse contexto de metas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibilizou o Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis⁵, o qual recomenda como meta a redução de 25% das mortes prematuras por DCNTs até 2025. No Brasil, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs (2011-2022), com a meta de redução taxa de mortalidade prematura em 2% ao ano(5-6).

Neste caso, os fatores de risco podem ser entendidos como respostas às condições de vida das pessoas(7), e nesse aspecto, medidas de saúde devem ser tomadas, visando a melhoria da qualidade de vida⁸. Sabendo que a maioria dos fatores de risco são modificáveis por envolverem o estilo de vida, vale a pena investir em ações que possam promover e prevenir mudanças individuais no estilo de vida^{4,6}, melhorando, assim, a expectativa de vida da população⁸.

A partir da problemática exposta(7), é realizado o monitoramento dos hábitos de vida e os impactos decorrentes das DCNTS, podendo ser alcançado através da coleta de dados epidemiológicos(9). A partir disso, esse estudo foi baseado na metodologia de pesquisa documental.

Toda pesquisa tem uma fase documental, é que quando o que se é pesquisado refere-se a um documento, livros, revistas, filmes, áudios, prontuários, fotografias, mapas, etc., esse tipo de estudo é classificado como

pesquisa documental(10). Estudo já desenvolvido afirma que pode se considerar a escassez de literatura no Brasil sobre a mortalidade prematura por DCNTs no Brasil(9), tendo isso em mente, além disso foi considerado, também, as ações vistas como intervenções na promoção da saúde e para a diminuição das DCNTs, com foco nas atividades físicas(11).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil demográfico, comportamental e de saúde e a sua relação com atividade física em indivíduos das capitais brasileiras.

Para isso, foram utilizados os dados disponibilizados através da aplicação do questionário da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças por Inquérito Telefônico (VIGITEL)(12), com foco na importância da prática de atividades físicas para todos os habitantes.

O termo “atividade física” inclui todos os esforços exercidos pela musculatura esquelética que têm como consequência o aumento do gasto energético, além do que é específico para o repouso - Vai da jardinagem aos esportes competitivos.(13) E é importante distingui-la de esporte, pois o esporte envolve, na maioria das vezes, atividades físicas de alta intensidade, estruturadas, regidas por regras e praticadas em situações competitivas.(14)

Em outras palavras, o esporte é um tipo de atividade física voltada para o desempenho, seja em termos de objetivos pessoais ou em relação aos concorrentes. Mas a atividade física pode assumir muitos domínios, tais como: deslocamento, lazer, passeios diários a pé ou de bicicleta, jardinagem, limpeza e dança.

A OMS define inatividade física como a “ausência de atividade física ou exercício”. Na realidade, é possível respeitar as recomendações de atividade física (ex: correr uma hora e quinze por semana) e ser sedentário ao mesmo tempo (ex: sentar atrás de um computador 15 horas por dia). O benefício da prática de atividade física sobre as DCNTs é claramente identificado quando

comparamos a saúde de pessoas inativas com a de pessoas regularmente ativas, observamos nestas um menor risco de desenvolver muitas patologias.(14)

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o perfil demográfico, comportamental e de saúde e a atividade física em indivíduos das capitais brasileiras.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a relação, entre aspectos nutricionais e DCNTs;
- Investigar a relação, entre aspectos sociodemográficos e DCNTs ;
- Analisar a relação ajustada, entre as variáveis.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

O maior problema de saúde pública são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), responsáveis por mais de 70% das mortes no mundo, sem contar as dores crônicas e a diminuição da qualidade de vida.(16)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são definidas como não transmitidas de pessoa para pessoa. Eles são duradouros e geralmente evoluem lentamente. (17)

As DCNTs não são contagiosas, e por se desenvolverem lentamente e durarem muito tempo, também são chamadas de doenças crônicas. Dentro dos objetivos estipulados para alcance do Desenvolvimento Sustentável (ODS), desenvolvido em 2015, com metas para 2030, está a tentativa de assegurar uma realidade mais saudável à população e o bem-estar para todos, independentemente da idade. Nesse sentido, Oliveira(18) ressalta que foi incluído o indicador de diminuição das mortes prematuras ocasionadas por DCNT em 30% até o ano de 2030.

Pinheiro(21) salienta que as DCNTs foram responsáveis por cerca de 70% das mortes anuais, aproximadamente 38 milhões de mortes, em que 16 milhões foram de óbitos prematuros(19), ou seja, em indivíduos com idade menor de 70 anos, que totalizam 28 milhões, e estão concentrados na população de renda baixa ou média. Nesse contexto, segundo Zanello(20), há evidências de que as DCNTs estão aumentando devido a quatro grandes fatores de risco, que são: tabaco, sedentarismo, consumo nocivo de álcool e alimentação pouco saudável. Assim, intervenções nos fatores de risco levariam a menos mortes no mundo, passando a ser considerado pelo autor como uma epidemia.

Nessa perspectiva, Haidar, Legault e Dallaire(16-19) destacam que a epidemia de DCNTs tende a gerar consequências imensas tanto no indivíduo como em sua família e comunidade em que ele se encontra(21). As DCNTs afetam mais a população de baixa renda, visto que são os mais afetados pelo pouco acesso aos serviços de saúde e a prática de atividade física que pode prevenir o surgimento de doenças.(22)

De acordo com Filho(23), o enfrentamento das DCNTs envolve gestão e ações voltadas para a prevenção e redução dos fatores de riscos; acesso ao atendimento; monitoramento e controle regulatório e políticas públicas; combate aos determinantes sociais como a redução da pobreza e da desigualdade social, que são questões desafiadoras e destacadas no Desenvolvimento sustentável.

Damo, Doring, Alves e Portella(24- 27) defendem que o Brasil começou a ser afetado com as doenças crônicas, por volta da década de 1990. Segundo Silva, Marques, Leal e Alencar (25-28), as neoplasias podem ter os óbitos em decorrência dos diagnósticos e dos tratamentos tardios, contudo, existem variantes que colaboram igualmente como a idade, tipo de câncer e o sexo do indivíduo. Conforme as autoras(25-28), as mulheres são mais acometidas pelo câncer de mama, colo retal e pulmão. Já os homens têm a taxa de mortalidade maior, quando se trata de câncer de colo retal e próstata.

Ainda nesse sentido, ela pode causar complicações agudas, como visto em 2010, em que causou 3.741 das mortes do Brasil. Em 2013, contabilizou-se que 6,2% da população adulta brasileira referiram um diagnóstico médico de diabetes.

A Diabetes Mellitus (DM) destaca-se, atualmente, como importante causa de morbidade e mortalidade(27). Estimativas globais²⁶ indicam que 382 milhões de pessoas vivem com DM (8,3%), e esse número poderá chegar a 592 milhões em 2035.

Estudos como o de Ferreira, Sales e Baptista(25-28) têm mostrado o papel da atividade física regular em pacientes que possuem DCNT, mais especificamente os portadores de Diabetes Mellitus. De acordo com Kennedy e Nirantharakumar(29-30) essa prática aumenta aptidão cardiorrespiratória, diminui necessidade de insulina, melhora função endotelial, diminui colesterol sérico e aumenta saúde vascular, juntamente com melhorias.

A Hipertensão Arterial (HA) e as Diabetes Mellitus (DM), são destacadas na Política Nacional de Atenção Integral a HA e ao DM, cujo objetivo é articular e integrar medidas de diversas complexidades e setores públicos e privados para redução dos fatores de risco e morbimortalidade dessas doenças e suas complicações, priorizando a promoção, prevenção e diagnóstico precoce e a qualidade de estilos de vida saudáveis.(6)

No que diz respeito aos medicamentos que são utilizados dentro do tratamento de hipertensão arterial e diabetes, sabe-se que em sua maioria essas drogas são oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, porém, de acordo com Santos(30) a ampliação da cobertura da assistência farmacêutica para tratamento da HAS e DM pelo sistema público de saúde tem contribuído para minimizar o problema de acesso aos medicamentos para essas doenças.

No entanto, para não ser necessário o uso de medicamentos, que conforme mencionado por Dias(31), apenas causam a dependência medicamentosa, é indicado medidas preventivas, que para a diabetes são: ações educativas, diagnóstico de casos, atendimento de urgência, diagnósticos precoces, monitoramento do nível de glicose no sangue, realizadas pela rede de atenção do SUS.

Uma das formas mais comuns de tratar as DCNTS, conforme Dias(31), é justamente através da realização das atividades físicas, por isso elas são caracterizadas como um dos principais fatores para a proteção e

melhoramento da saúde mundial. O autor supracitado ainda destaca que existem inúmeros medicamentos que podem ser utilizados dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), contudo, o uso dos remédios para tratar os sintomas das DCNTs resultaria no maior uso de medicamentos. Por isso, o autor menciona que é primordial o manejo não farmacológico para tratar as doenças crônicas, sempre que possível.

De acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Brasil, é preciso(6) serem promovidas articulações para o fortalecimento de projetos terapêuticos destinados às pessoas com DCNTs, além de melhorar a adaptação fisiológica para a realização de atividades físicas, mediante uma caminhada ou natação, que são considerados exercícios mais leves, e posteriormente capacitar os sujeitos para realização dos exercícios anaeróbicos.

As medidas supracitadas são importantes para o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis que estão recorrentes na população brasileira, com isso articular e melhorar as condições de vida é importante para esse grupo que têm suas vidas ceifadas precocemente.

Os dados da Secretaria de Vigilância em Saúde Brasil(6) apontam que o Ministério da Saúde implementou medidas planejadas para reduzir a carga das DCNT no Brasil. Em documento apresentado ao II Fórum Global de Prevenção das DCNTs em Xangai, em 2002, o Brasil explicitou as medidas, já adotadas na prática. Em 2005, foram estabelecidas políticas voltadas a promoção do modo de vida das pessoas, de maneira que passasse a ser mais saudável, entre elas: a Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (EG), organizado pela Organização Mundial de Saúde; como será visto a seguir, é possível visualizar as ações para a articulação e melhoria da saúde e a Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Figura 1).



Figura 1 - Ações e relação entre a promoção da saúde e a vigilância das DCNTs

Fonte: Brasil(6)

Esses encaminhamentos podem resultar em ações preventivas na melhoria da qualidade de pessoas que sofrem com as DCNTs, além disso, é necessário que o indivíduo tenha uma alimentação saudável.

3.2 Comportamento de risco à saúde em relação às DCNTs

De acordo com Laplantine(32), se as pessoas conhecessem os benefícios do exercício, haveria muito poucos ginásios, clubes, campos de esportes e quadras para todos. Vários tratamentos e procedimentos são necessários para o cuidado completo do corpo, incluindo: dedicação, prazer, saúde e escolha da atividade física.(11,22) Entre os benefícios, é possível verificar a perda de peso e prevenção da diabetes, considerando que a atividade física reduz a produção de insulina.(34) Além disso, ocorre a

diminuição de 40% das possibilidades de morrer em decorrência de alguma doença cardiovascular, como uma das prevenções das DCNTs.(34)

Ainda segundo Laplantine(32), a atividade física é uma estratégia de Saúde Pública, e pelo que ressalta a Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) a maioria das DCNTs poderia ser evitada, tendo em vista que 80% delas contam com características passíveis de modificações comportamentais. Em estudo realizado na Finlândia entre os anos de 1972 e 1992, verificou-se mesmo que não possam ser evitadas totalmente, podem ser diminuídas, via intervenções na saúde, com isso, o programa desse país foi capaz de reduzir as mortes derivadas de doenças cardiovasculares, principalmente, entre os homens com idade entre 35 a 64, contabilizando 57% de redução.

Como foi citado anteriormente, o Brasil assinou o pacto da Agenda de 2030, criando criados inúmeros programas voltados para a melhoria da saúde da população, principalmente em relação as DCNTs. Laplantine (32), também faz menção de um programa voltado as atividades físicas. O Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”(34), que propõe ações educativas de vários setores da saúde, como também do esporte e educação, mostrando que todos podem adotar a realização de uma atividade física de pelo menos 30 minutos ao dia.

Além disso, o Ministério dos Esportes proporcionou a criação do Programa de Esporte e Lazer nas Cidades (PELC), o qual disponibiliza núcleos de esporte nas cidades.(34) Outros programas foram criados, contudo, para Laplantine(32), 69,8% da população menciona que um dos obstáculos para a realização de atividades físicas é a falta de tempo decorrente da correria do cotidiano dos trabalhadores. Além disso, 90% dos praticantes tendem a deixar de realizar atividades físicas até os 34 anos por causa da saída da escola ou entrada no mercado de trabalho.(32,33)

Nesse contexto, Souza, Valentim, Ferreira, Abdalla, Silva, Carvalho e Júnior(3-9) assinalam que a prática de atividades físicas ainda é muito baixa entre a população brasileira, com isso, faz-se necessário o estímulo dessas atividades, além disso, o SUS prioriza a realização de atividades físicas para idosos, mas as DCNTs não acometem exclusivamente os idosos, o público adulto sofre com isso, sendo necessário desenvolver e ampliar programas que englobem esse público.

Outra iniciativa que merece destaque é apontada por Souza CP, Valentim, Ferreira, Abdalla, Silva, Carvalho e Júnior JRG(3-9) quando destacam a resolução nº 391 no Diário Oficial da União, em 26 de agosto de 2020, que trata da atuação dos Profissionais de Educação Física em todos os níveis de atenção para a saúde no âmbito do SUS. Com isso, os resultados esperados deste reconhecimento é o aumento da qualidade das atividades dos profissionais, o que pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

Dessa maneira, é importante reforçar os benefícios das atividades físicas, principalmente ligados à saúde. As pessoas que praticam qualquer tipo de atividade física garantem uma melhora em sua saúde. Para a OMS(17) qualquer quantidade de atividade física é melhor do que nenhuma, e quanto mais, melhor.

Ainda sobre a prática de atividade física, a OMS(17) recomenda pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física de moderada intensidade por semana (ou atividade física vigorosa equivalente) para todos os adultos, e uma média de 60 minutos de atividade física aeróbica moderada por dia para crianças e adolescentes.

Conforme Cabrera (2017), os serviços da atividade física estão disponíveis no Sistema Único de Saúde para pessoas de todas as idades, desde crianças aos idosos. Além disso, a atividade física pode proteger contra

doenças metabólicas e cardiovasculares, ajudar a prevenir a obesidade, melhorar o condicionamento físico, a saúde física e mental, bem como o desempenho cognitivo.

3.2.1 Aspectos sociodemográficos

A Organização Mundial da Saúde, passou a pontuar que nos últimos anos, o aumento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Segundo Pereira(33), 61% dos casos de morte no mundo são em decorrência das DCNTs. Nesse sentido, o Brasil tem demonstrado compreensão e importância em elaborar estratégias que colaboram na redução dessas doenças. Assim, foi desenvolvido o projeto Pratique Saúde, que foi criado pela Agenda Nacional de Promoção da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde, com o propósito de melhorar a qualidade de vida das pessoas por meio do autocuidado e ações que tenham como temas principais: a alimentação saudável, diabetes, práticas integrativas de saúde, tabagismo e o foco principal do estudo, as atividades físicas.

Para Silva(25), a atividade física é considerada o movimento realizado pelo corpo, com o intuito de realizar o gasto de energias que não podem ser reduzidas em repouso, independentemente do local em que o sujeito esteja. Estas atividades refletem na manutenção corporal e também a prevenção de doenças degenerativas.

Por mais que a terminologia exercício físico seja utilizado como sinônimo de atividades físicas, há significados diferentes entre os termos. De acordo com Silva(25), exercício físico trata-se da execução do movimento corporal, realizado de forma planejada, repetitiva e estruturada, realizada com o intuito de melhorar ou manter a boa forma física, além de ser responsável por colaborar da cura de doenças. Por sua vez, atividade física, de acordo

com Silva(25) é apenas o movimento produzido pelos músculos esqueléticos voltados a redução de energias.

Shrank(35) afirma que o exercício inclui benefícios, tais como o fortalecer os músculos e o sistema cardiovascular, melhorar as habilidades motoras, reduzir o peso corporal e/ou manter o corpo em geral. A partir disso, é possível trazer uma representação dos benefícios vindos por meio da realização de atividades físicas, conforme o quadro 1.

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA	- Melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência. - Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares. - Melhora do controle da pressão arterial. - Manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis. - Melhora a postura e o equilíbrio. - Melhor controle do peso corporal. - Melhora do perfil lipídico. - Melhora a infirmada deve nossa periférica. - Melhora a função intestinal. - Melhora de quadro algicos. - Melhora a resposta imunológica. - Melhora a qualidade do sono. - Ampliação do contato social. - Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas. - Diminuição da ansiedade, do estresse - Melhora do estado de humor e da autoestima. - Melhor utilização da glicose
---	---

Quadro 1. Benefícios da realização de atividades físicas

Fonte: Silva(25)

Além disso, é possível fazer a separação das atividades físicas em aeróbicas e anaeróbicas. Os exercícios aeróbicos são realizados por meio de atividades que proporcionam um esforço moderado dos músculos, como exemplo pode-se citar a natação, ciclismo, marcha e outros. Já os anaeróbicos, são caracterizados por Silva (25), como esforços intensos em um tempo reduzido.

Dessa maneira, pontua-se que os sujeitos que praticam algum tipo de atividades físicas possuem um estilo de vida ativo, reduzindo a inatividade física, e diminuindo em 40% a probabilidade de morte precoce em decorrência de doenças cardiovasculares. No entanto, aproximadamente 60 ou 70% da população brasileira ainda não realiza nenhum tipo de exercícios físicos, e 50% do declínio fisiológico e da atrofia são decorrentes da falta de atividade física, evidenciada pela alta incidência da doença na população idosa brasileira.(25)

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde proporcionou a entrada do Sistema Vigilância para Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), como um dos programas responsáveis para realizar o monitoramento e ajuda nas DCNTs, que foram desenvolvidas na população brasileira.(33) O sistema é composto por ações feitas pelo Ministério da Saúde, que segundo o autor visa a redução de 2% das mortes até o ano de 2022.

Por fim, segundo Santos(30) é certo que a adoção de hábitos de vida saudáveis pode prevenir as doenças, nem sempre isso é suficiente para o seu controle, após a instalação.

Quando essas abordagens se mostram insuficientes para o controle dos níveis pressóricos (no caso da HAS) e glicêmicos (no caso do DM), o tratamento farmacológico torna-se imprescindível.(17)

3.2.2 Aspectos nutricionais

O Brasil possui uma grande oferta de alimentação, porém nem todas as pessoas podem consumir alguns alimentos, especialmente os portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que podem sofrer com efeitos colaterais e até mesmo ir a óbito. A prevalência das DCNTs no Brasil está

relacionada ao processo nutricional, a qual está intimamente ligada ao aumento da oferta de alimentos com alta carga energética, nutricionalmente pobres, incrementados de aditivos alimentares¹. Devido ao baixo consumo de alimentos saudáveis, o número de óbitos tem aumentado consideravelmente, como pode-se notar na figura 2.

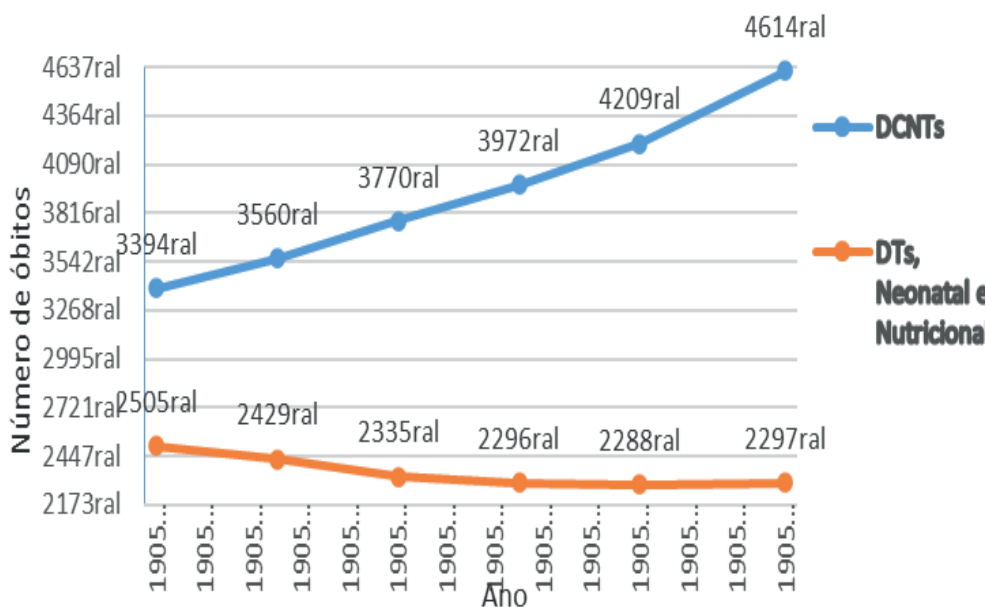


Figura 2 - Evolução de óbitos por DCNTs, doenças transmissíveis, neonatal e nutricional (1990 a 2016)

Fonte: Brasil(6)

Esses óbitos têm aumentado devido ao alto consumo de sódio, gorduras saturadas e trans, carboidratos que estão cada vez mais presentes na alimentação do povo brasileiro, que aos poucos consomem insuficientemente a quantidade necessária de carboidratos complexos, gorduras insaturadas, vitaminas, minerais e fito nutrientes, nutrientes encontrados em alimentos. Essas características estão presentes no hábito alimentar de grande parte da população brasileira, a qual é fator de risco para

o desenvolvimento de alguma DCNT, aumentando a mortalidade na faixa etária de 30 a 69 anos. (43)

Cabe ressaltar que dentre as DCNTs, a que mais provoca a morte é a doença cardiovascular, pois há alimentos que se relacionam a fatores de risco, levando a pessoa prematuramente a óbito. Dentre esses fatores de riscos, envolvem principalmente um estresse oxidativo, por elevada produção de radicais livres (figura 3), induzindo a uma contínua produção de espécies químicas instáveis, gerando acúmulo de danos oxidativos em lipídios (lipoperoxidação), proteínas e no ácido desoxirribonucleico – DN.(44)

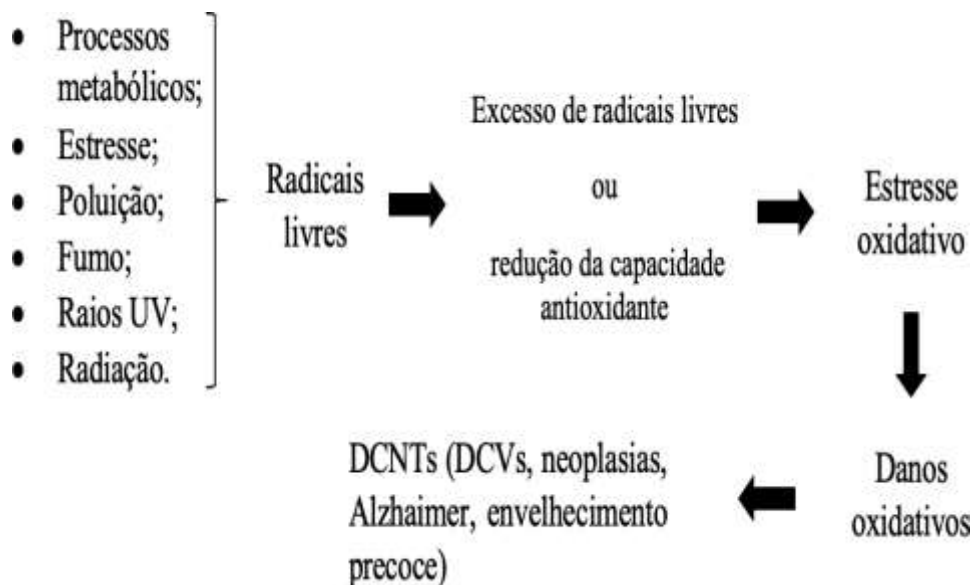


Figura 3 - Origem dos radicais livres e progressão até o surgimento de doenças

Fonte: Ribeiro(45)

No contexto cardiovascular, essa oxidação ocorre, principalmente, com as lipoproteínas de baixa densidade (LDL), pois são centrais no processo de transporte de colesterol do fígado para as células(46). Com isso, a

alimentação é um fator importante atrelado a atividade física que desempenham benefícios ao sistema metabólico do indivíduo. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis desempenham um fator de risco para o ser humano, principalmente os que fumam, consomem álcool, com uma má alimentação.

O tabagismo é um fator de risco para as pessoas com DCNTs devido a um metabolismo inadequado, sendo importante fazer uma alimentação adequada ricas em fibras, proteínas e cereais. A alimentação adequada é importante e tem que ser aliada a atividade física ou exercício físico. Esse é um processo considerado oxidativo que está relacionado a gênese da aterosclerose que promove a oxidação do colesterol, visto que há única túnica modificando a estrutura, e assim obtendo respostas imunológicas e inflamatórias.

A condição de hiperlipidemia permite um ambiente favorável para adesão das lipoproteínas de baixa densidade (LDL) às células endoteliais das artérias. Após a infiltração na Túnica Íntima, o excedente de radicais livres⁴⁷. Desse modo, a infiltração na Túnica Íntima desempenha um importante papel nos radicais livres.

Os alimentos são fundamentais na prevenção das DCNTs, pois possuem diversos nutrientes, como, por exemplo: nutrientes, vitaminas, fibras e sais minerais, fundamentais para o equilíbrio alimentar. Isso é importante para os indivíduos que possuem Doenças Crônicas Não Transmissíveis, pois influenciam na disfunção endotelial, perfil lipídico, hipertensão, controle de frequência cardíaca, inflamação sistêmica, estresse oxidativo, metabolismo glicídico, entre outros. (48) Tais nutrientes são encontrados, principalmente, em grãos integrais, leguminosas, nozes, hortaliças, legumes, frutas inteiras e peixes.(49)

Os alimentos saudáveis possuem componentes essenciais para a saúde do ser humano, principalmente naqueles que possuem DCNT, assim podendo atuar na saúde mental e na parte física, sempre. Os alimentos que apresentam esses componentes em sua constituição, naturais ou fabricados, e que atuam positivamente na saúde, capazes de executar benefícios de saúde clinicamente comprovados ou documentados para a prevenção.(50)

Desse modo, as substâncias ativas fazem parte dos alimentos funcionais que são fundamentais para o progresso da saúde. Essas substâncias apresentam efeitos pleiotrópicos (efeito de um gene sobre mais de um fenótipo), incluindo funções antioxidantes, anti-inflamatórias, imunoinflamatórias, hipolipidêmicas, hipoglicêmicas, citoprotetoras e neuroprotetoras.(44) Além disso, esses compostos são essenciais para quem sofre de DCNT, dado que são constituídos por substância ativas e bioativas.

3.2.3 Aspectos da AF

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são consideradas silenciosas, em alguns casos, com isso aumenta os fatores de riscos e atinge 70% da população que vem sofrendo com essa enfermidade.(28) Dessa forma, a melhor maneira de prevenção são as atividades físicas, pois proporciona uma melhor qualidade de vida, além de ser um dos tratamentos mais eficazes dos portadores de DCNT. No âmbito preventivo, a prática regular de exercícios físicos seria de grande valia para modificar os fatores de risco relacionados à obesidade, sedentarismo, estresse e ansiedade.(28)

Segundo Venancio DBR, Marques, Vilarouca, Azevedo e Moura(36-39) a vigilância dos fatores de risco e de proteção para DCNT permite identificar condicionantes sociais, econômicos e ambientais, e a análise dos dados por capitais pode subsidiar o planejamento de programas e ações

locais. É possível concluir que a prevenção e controle das DCNTs e seus condicionantes são fundamentais para conter o crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências à população e ao sistema de saúde. (36)

As atividades físicas, de certo modo, envolvem diversas condições fisiológicas que recolhe o “organismo da homeostase”, que tem como tendência provocar um pequeno aumento da massa muscular, que envolve diversas mudanças fisiológicas. Tais adaptações fisiológicas que o organismo precisa realizar para cumprir a atividade com êxito e suprir a nova demanda metabólica, contribuem para a melhora da função cardiovascular, por exemplo.(40)

Ainda sobre a prevenção e efeitos positivos do exercício físico, pode-se destacar que eles estão diretamente ligados às condições hormonais, pois a pessoa ao praticar a atividade física, libera estímulos luminosos e melatonina, que tende a melhorar os hormônios. As práticas contínuas de atividades físicas, segundo Mello(41), podem antecipar o deslocamento de fase desses marcadores biológicos, em outras palavras, há uma melhoria na qualidade do sono do indivíduo ativo, levando-se em consideração a duração do exercício.

Para atingir o objetivo individual através da prática física, como exemplo a queda pressórica, é necessário a avaliação e prescrição do exercício de acordo com a preferência individual em termos de intensidade, duração e frequência.(42) Ainda se destaca, nesse contexto, que a prática de exercícios físicos e o ritmo biológico estão diretamente ligados, pois o ritmo diário de um indivíduo controla seu desempenho e suas funções fisiológicas²⁸.

Para a OMS(17), a atividade física também beneficia a saúde mental, incluindo prevenção do declínio cognitivo e sintomas de depressão e

ansiedade; e pode contribuir para a manutenção do peso saudável e do bem-estar geral.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, cujos dados foram obtidos a partir dos resultados da pesquisa da Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do ano de 2019.(12)

A VIGITEL objetiva monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis, entre a população brasileira, e tem realizado essa pesquisa desde 2006, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde.(12) A pesquisa foi realizada em 26 capitais brasileiras, além do Distrito Federal. A VIGITEL recolhe os dados por meio de questionário, através de ligações telefônicas.

Para a busca dos artigos que embasaram a pesquisa, foram utilizadas as seguintes palavras como descritores de pesquisa nos sites: Diabetes mellitus, DCNT, DCNTS, atividade física, qualidade de vida, prevenção de saúde, hipertensão arterial, profissional de educação física. O critério adotado para exclusão de alguns artigos foi o ano de publicação anterior a 2006 ou que não se enquadravam na relação de DCNT com atividade física.

4.1 VIGITEL

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde, juntamente com outros inquéritos, como os domiciliares e os voltados para a população escolar. Implantado em 2006, ele contempla

todos os estados brasileiros e o Distrito Federal. O objetivo da VIGITEL é monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico, além de descrever a evolução anual desses indicadores em nosso meio.(6)

4.3 Amostra

Na metodologia utilizada pela VIGITEL, foram incluídos na pesquisa os sujeitos com idade ≥ 18 anos e com cadastro em uma das operadoras de telefonia. Os participantes foram selecionados por sorteio, seguindo os critérios da empresa, com no mínimo, 5 mil linhas telefônicas por cidade mínimo, 5 mil linhas telefônicas por cidade. Esse sorteio foi realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das principais empresas de telefonia fixa em operação no país. Em seguida, as linhas sorteadas em cada cidade foram organizadas em réplicas de 200 linhas, reproduzindo a distribuição do cadastro original.

A etapa seguinte do processo de amostragem consistiu na confirmação da elegibilidade da linha sorteada e na seleção aleatória de um adulto (≥ 18 anos) entre os domiciliados da mesma residência, realizada a partir de contato com o próprio número sorteado (mais detalhes sobre o processo de amostragem podem ser obtidos a partir da consulta de documentos prévios.(12) Para o presente trabalho, a amostra foi composta por 52.443 sujeitos entre 18 e 95 anos, de ambos os sexos, sendo 34.089 mulheres e 18.354 homens. Foram excluídos os que não estavam cadastrados nas operadoras de telefonia (figura 4).

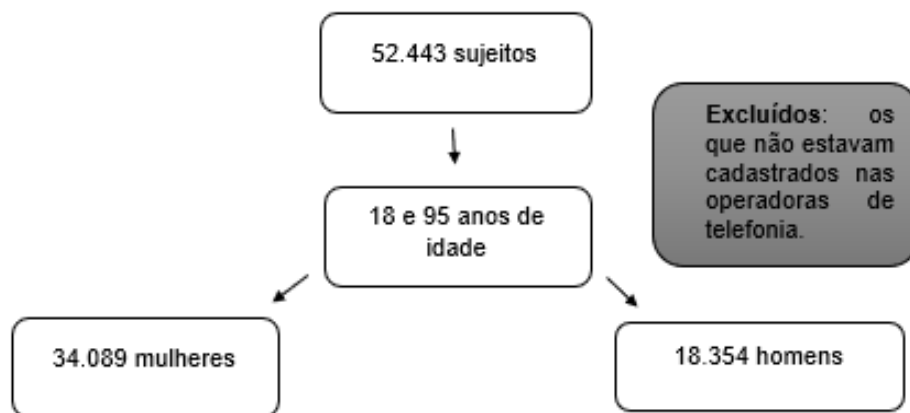


Figura 4- Fluxograma da amostra

Fonte: VIGITEL(12)

A metodologia da VIGITEL(12) ainda estabelece o tamanho amostral mínimo de, aproximadamente, 2 mil indivíduos em cada cidade para estimar, com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de 2 pontos percentuais.

4.3 Variáveis da Pesquisa

4.3.1 Demográficas e socioeconômicas

Em estudo preliminar, Santos(38) determinou o sexo, idade e escolaridade como variáveis demográficas e socioeconômicas. Na pesquisa VIGITEL, os participantes foram categorizados, entre “18 a 24 anos”, “25 a 34 anos”, “35 a 44 anos”, “45 a 54 anos”, “55 a 64”, “≥65 anos de idade”. O nível de escolaridade e renda foram utilizados como indicadores socioeconômicos, sendo os indivíduos classificados em que “nunca estudou”, “ensino

fundamental completo”, “2º grau completo”, “superior completo”, “Pós-graduação”.

4.3.2 Doenças crônicas

Foram analisadas as duas únicas doenças crônicas não transmissíveis apresentadas no questionário da VIGITEL, a saber: diabetes mellitus e hipertensão arterial. Nesse item, os participantes responderam às seguintes questões: “Algum médico já lhe disse que o (a) S.r. (a) tem pressão alta?” e “Algum médico já lhe disse que o (a) S.r. (a) tem diabetes?” De forma que eles foram classificados conforme as respostas, tais como: apresentar ou não, hipertensão e diabetes, respectivamente.

4.3.3 Análise Estatística

Para a análise de regressão do presente estudo, foram realizadas análises descritivas, nas quais foram apresentadas em média, desvio padrão, valores absolutos e relativos, utilizando o *Software IBM SPSS Statistics* versão 25.

5. RESULTADOS

Com foco no objetivo geral do estudo, conforme descrito na metodologia, na seção anterior, foi realizada uma análise baseada em dados da VIGITEL.(12) Nesse sentido, serão inicialmente apresentadas e discutidas as características gerais dos participantes da pesquisa, conforme a tabela 1.

VARIÁVEIS	RESPOSTA	MULHERES	HOMENS	TOTAL (%)
Idade (anos)	-	1278	1569	53,6±18,0
Estatura (m)	-	6109	171,9 m	164±10,1
Peso (kg)	-	13669	5656 (32,1%)	71,3±15,1
IMC (kg/m²)	-	26676	9903	26,4±4,9
Nunca estudou	-	567	316	883 (1,9%)
Ensino Fundamental				
completo	-	2452	1278	3730 (7,9%)
2º grau completo	-	9903	6109	16012 (34,0%)
Ensino Superior				14563 (31,0%)
completo	-	8988	5575	
Pós-graduação	-	2785	1395	4180 (8,9%)
Não sabe	-			338 (0,7%)
Não quis responder	-			160 (0,3%)
Alimentação saudável	SIM	12049 (40,8%)	6185 (35,3%)	18234 (38,8%)
	NÃO	17458 (59,2%)	11354 (64,7%)	28812 (61,2%)
Alimentação não saudável	SIM	2831 (9,6%)	2696 (15,4%)	5527 (11,7%)
	NÃO	26676 (90,4%)	14843 (84,6%)	45519 (88,3%)
Fumante	SIM	27852 (94,4%)	2696 (15,4%)	3224 (6,9%)
	NÃO	1655 (5,6%)	1569 (8,9%)	43822 (93,1%)
		13236 (44,9%)	10332 (58,9%)	

Atividade Física	SIM			23568 (50,1%)
	NÃO	16271 (55,1%)	7207 (41,1%)	23478 (49,9%)
Uso abusivo de Álcool	SIM	2517 (8,5%)	3870 (22,1%)	3870 (22,1)
	NÃO	26990 (91,5%)	13669 (77,9%)	13669 (77,9%)
Hipertensão Arterial	SIM	11207 (38,0%)	5656 (32,1%)	16843 (35,8%)
	NÃO	18300 (62,0%)	11903 (67,9%)	30203 (64,2%)
Diabetes Mellitus	SIM	3418 (11,6%)	1952 (11,1%)	5370 (11,4%)
	NÃO	26089 (88,4%)	15587 (88,9%)	41676 (88,6%)

Tabela 1 - Características gerais dos participantes da pesquisa

Fonte: VIGITEL (12)

Para se chegar aos resultados apurados pela VIGITEL no ano de 2019, foram realizadas 52.443 entrevistas com adultos residentes nas capitais do país e no Distrito Federal. Conforme a tabela demonstrada acima, a prevalência de Diabetes Mellitus teve um aumento de 34,5%, desde o início do projeto em 2006, sendo que as mulheres apresentam prevalências mais elevadas em relação aos homens, 7,8% e 7,1% respectivamente.

A escolaridade é uma variável que não influencia na análise dos dados sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis, apesar disso é importante mencionar que quanto menor o nível de escolaridade das pessoas que possuem DCNTs, poucos procuram o serviço de saúde para tratar o problema, quanto maior a escolaridade, maiores são as chances de procurar e ter acesso ao serviço de saúde. Usuários com DCNT e maior escolaridade usaram mais serviços, comparados com os menos escolarizados.(54)

A alimentação saudável e não saudável está estreitamente ligada, uma vez que há alimentos que devem ser consumidos pelas pessoas portadoras de DCNTs e outros alimentos que não devem ser consumidos, pois é prejudicial a saúde.

Os homens têm uma alimentação mais saudável do que os homens, visto que na tabela 1, estima-se que elas possuem 35,5% e elas 40,8%. A diferença é pequena, mas demonstra que as mulheres que são portadoras das Doenças Crônicas Não Transmissíveis estão mais preocupadas em tratar o problema de saúde, e para isso buscam alimentos ricos em fibras, vegetais, frutas e atividades físicas.

A Diabetes Mellitus é uma DCNT requente tanto em mulheres (11,6%) quanto em homens (11,1%), e como pode ser notado na tabela 1, a diferença entre ambos é pequena. O uso excessivo de açúcar contribui para a evolução da diabetes, que é uma das principais causas de mortes nesse país, portanto, é preciso ser controlada através de atividade física e boa alimentação. O Vigitel avalia as atividades físicas praticadas em quatro domínios (no tempo livre ou lazer, na atividade ocupacional, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas), o que permite a construção de múltiplos indicadores do padrão de atividade física.(12)

No que tange aos indicadores de atividade física, observemos as tabelas a seguir:

Variáveis	Sexo					
	TOTAL		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Fumo	9,8	9,2-10,5	12,3	11,2-13,5	7,7	7,1-8,4
Álcool	18,8	18,0-19,6	25,3	24,0-26,7	13,3	12,4-14,2
Hipertensão	24,5	23,8-25,3	21,2	20,0-22,4	27,3	26,4-28,3

Fisicamente inativo	13,9	13,3-14,5	13,8	12,8-14,9	14,0	13,2-14,7
Prática atividade física	39,0	38,0-39,9	46,7	45,2-48,3	32,4	31,3-33,5

Tabela 2 - Principais índices DCNT 2019

Fonte: VIGITEL(12)

Variáveis	TOTAL		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Fumo	16,2	15,9-16,5	11,8	19,7-20,8	6,7	12,4-13,1
Álcool	16,1	15,7-16,4	25,6	24,8-25,9	12,7	7,8-8,4
Hipertensão	21,6	21,3-22,0	25,4	17,8-18,9	27,1	23,9-24,8
Fisicamente inativo	29,2	28,8-29,6	39,8	39,1-40,4	20,1	19,7-20,5
Prática atividade física	14,9	14,6-15,2	18,3	17,8-18,8	11,9	11,6-12,3

Tabela 3 - Principais índices DCNT 2021

Fonte: VIGITEL(55)

Observa-se nos dados, que em 2019, os homens foram mais ativos que as mulheres: a prática foi referida por 46,7% dos homens e apenas 32,4% das mulheres. Além disso, a prática diminuiu com a idade: 49,4% na faixa de 18 a 24 anos e 24,4% nos adultos com 65 anos e mais. A prevalência também aumenta com a escolaridade, passando de 25,8% nos indivíduos com até oito anos de estudo, para 50,0% para aqueles com 12 anos ou mais de estudo.

Sobre a prevalência de adultos inativos, o Vigitel classifica como fisicamente inativos todos os indivíduos que referem não ter praticado qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três VIGITEL. (55)

Ou seja, aqueles que não referiram ter praticado qualquer atividade física no tempo livre, nos últimos três meses. Em 2006, era de 15,9%, passando para 13,9% em 2019. Essa redução pode ser justificada pelas diversas campanhas de incentivo à prática de atividade física.

Segundo VIGITEL(12), houve uma diminuição no hábito de fumar de 37,6%. No ano de 2019, a prevalência de fumantes foi menor nas faixas extremas de idade: entre adultos com 18 a 24 anos (7,9%) e adultos com 65 anos ou mais (7,8%). Foi notado que a prevalência do hábito de fumar diminuiu com o aumento da escolaridade, uma vez que com mais acesso à informação, as pessoas se conscientizam sobre os riscos à saúde que o ato de fumar agrava.(55)

O consumo abusivo de álcool passou de 15,7% em 2006, para 18,8% em 2019, sendo que o consumo foi maior entre as mulheres mais jovens, na faixa de 18 a 24 anos, e menor entre as mais velhas, em adultos com 65 anos ou mais. Consoante o estudo, a prevalência de consumo entre as mulheres mais jovens foi de 23%, enquanto a de mulheres mais escolarizadas apresentam 18% de prevalência.

Os resultados com relação à hipertensão arterial foram semelhantes. Percebe-se que os dados de 2019 mostram que a prevalência de hipertensão, assim como a de diabetes, também aumentou com a idade, chegando a acometer 59,3% dos adultos com 65 anos ou mais. As mulheres também apresentaram maior taxa da doença em comparação aos homens: 61,6% das mulheres e 55,5% dos homens.

6. DISCUSSÃO

O interesse pelo estudo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis iniciou pela curiosidade com o tema, após isto, ao observar os dados alarmantes da VIGITEL, foi-se percebido que havia um padrão comum entre as pessoas que possuíam determinados tipos de DCNTs, então, ao comparar dados do comportamento das pessoas que possuem doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão e excesso de peso, publicados pela VIGITEL, foi possível traçar o perfil destas pessoas. Dessa forma, a presente pesquisa procurou analisar o perfil demográfico, comportamental e de saúde dos indivíduos com DCNTs, bem como comparar os dados das pessoas que possuem uma alimentação saudável e variada, com os dados das pessoas que possuem esse déficit, além desses dois indicadores acima citados, foi-se comparado, também, o uso de álcool e tabaco.

As DCNTs é uma questão de saúde pública, visto que sobrecarrega o sistema público de saúde, além de um aumento significativo de mortes precoces no mundo, envolvendo os efeitos da transição epidemiológica, demográfica e nutricional da população. De acordo com Malta(56), as pessoas com DCNTs apresentam uma prevalência de consulta médica nos últimos 12 meses de 1,26 vezes maior (IC95% 1,24–1,28).

A variável escolaridade não influencia diretamente nos resultados, mas vale salientar que quanto menor é o nível de escolaridade e o nível socioeconômico, maiores são as gravidades acometidas pelas DCNTs, tendo em vista que há uma dificuldade na busca pelos serviços públicos de saúde para tratar as doenças, muitas vezes, silenciosas.

Ainda em relação à escolaridade, ao analisar Malta(56) as desigualdades de sexo e escolaridade em fatores de risco e proteção para doenças crônicas em adultos brasileiros, por meio de inquéritos telefônicos,

com dados de 2007, Malta(56) percebeu a relação da escolaridade com o sexo dos participantes. Entre homens, a prevalência das DCNTs foi maior na faixa de maior escolaridade, já entre as mulheres, esse índice foi menor na faixa de maior escolaridade.

No caso desse estudo, os indivíduos que possuem baixa renda e baixa escolaridade estão propícios a desenvolver as DCNTs com maior frequência, devido ao pouco acesso de informações e a um acompanhamento médico especializado. Com isso, faz-se necessário que o Ministério da Saúde intensifique as informações adequadas e amplie o número de especialistas no combate as DCNTs.

Quando a saúde pública proporciona os meios necessários às pessoas que convivem com as DCNTs, é possível haver uma melhor qualidade de vida, principalmente a partir da criação de políticas públicas, direcionadas aqueles que não dispõe de maiores condições financeiras. Diante o exposto, as ações da Organização Mundial da Saúde devem ser estratégicas para o enfrentamento das DCNTs, que não atingem apenas adultos, mas também crianças (apesar de menos frequente) com uma alimentação inadequada e são fumantes passivas.

Segundo os dados obtidos, as DCNTs têm grandes probabilidades de ampliação, principalmente no contexto da industrialização e todos os seus efeitos que têm elevado os números de acidentes vasculares cerebrais, infartos, diabetes de vários tipos e hipertensão arterial.

Ainda segundo os dados desse estudo, os homens são os que mais praticam atividades físicas, e com isso pode-se afirmar que tem menos chances de desenvolverem as DCNTs, de acordo com as relações entre as variáveis. Parte da população reconhece a importância da realização dos exercícios físicos, contudo, são mencionados fatores que dificultam tal realização. Assim, vale ressaltar os aspectos que podem colaborar para a

mudança dessa realidade. Segundo Schramm(16), a qualidade de vida das pessoas portadoras de DCNTs podem melhorar, desde que os indivíduos entendam que a atividade física não deve ser uma escolha, mas uma forma de prevenção e controle da doença, já que as DCNTs sinalizam um alto risco de morte.

Para Paulo(58), quando somente praticada após o diagnóstico da DCNT, a atividade física deixa de ser considerada como uma ferramenta de proteção/prevenção, contribuindo apenas como controle. Nesse mesmo contexto, de acordo com o estudo realizado por Rietz (59), a atividade física, mesmo abaixo do recomendado, foi associada à redução da incidência de complicações relacionadas ao Diabetes.

A maioria das mulheres (94,4%) que responderam ao questionário da Vigitel, fazem o uso excessivo do tabaco, e isso acaba gerando diversos problemas de saúde, tais como: infarto, doença no pulmão e asma. Assim, estima-se que o número de óbitos por DCNT está estreitamente ligado ao consumo excessivo do tabagismo, do álcool, ingestão exagerada do sal, e principalmente de carnes vermelhas. Mas, cabe destacar que o fator maior de risco é causado pela ingestão de álcool.

Para Schmidt(60) nos resultados de seu estudo, não houve associação das DCNT com o tabagismo, apesar de o tabaco ser considerado um dos fatores de risco para desenvolvimento dessas doenças.

Algumas pessoas reconhecem que o tabagismo pode apresentar riscos à saúde, e principalmente aos fumantes passivos que, em ambiente fechado, podem desenvolver câncer de pulmão, doenças cardiovasculares, além de asma, pneumonia, sinusite, dentre outras doenças. Isso é preocupante, pois o tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde a 3ª maior causa de morte no Brasil. Para minimizar o problema em relação ao

tabagismo, devem-se efetivar as políticas públicas existentes, visando melhorar a conscientização da população.

Desse modo, percebe-se em alguns estudos que a prática do tabagismo, é mais frequente em pessoas de baixa escolaridade, e consequentemente com baixa renda, tendo em vista que o tabaco e a pobreza formam um grande vínculo, e isso precisa ser combatido. Por isso, é necessário ser construída uma rede de apoio para os fumantes, principalmente os mais vulneráveis economicamente.

Mesmo diante desses dados, foi observado pelo estudo uma diminuição no hábito de fumar de 37,6% quando comparado ao estudo da VIGITEL de 2006. No ano de 2019, a prevalência de fumantes foi menor nas faixas extremas de idade: entre adultos com 18 a 24 anos (7,9%) e adultos com 65 anos ou mais (7,8%). Foi notado que a prevalência do hábito de fumar diminuiu com o aumento da escolaridade, uma vez que com mais acesso à informação, as pessoas se conscientizam sobre os riscos à saúde que o ato de fumar acarreta.

Zhang (61) concluíram que tanto o uso de cigarros eletrônicos quanto a prevalência de pré-diabetes aumentou drasticamente na última década. É crucial entender se o uso de cigarro eletrônico está associado ao risco de pré-diabetes. Portanto, é preciso investir esforços para que outras pesquisas sejam realizadas e novas relações sejam estabelecidas entre as variáveis analisadas nesse estudo.

Outro fator determinante para as DCNTs é a alta ingestão de álcool que pode acarretar danos irreversíveis à saúde, principalmente a dos homens que fazem o uso abusivo, quando comparados as mulheres, e adquirem doenças, como a cirrose hepática, danos cerebrais, ganho de peso, deficiências no feto e problemas na vida pessoal.

Vale destacar, que o consumo excessivo do álcool é uma das principais causas de acidentes de trânsito, além de provocar a violência doméstica, abandono das atividades escolares, comportamento antissocial e acarretando doenças incuráveis, segundo o Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool.(5)

Meloni(62) corrobora que o uso nocivo do álcool pode provocar aglomerados de mortes que engloba a cirrose, o câncer hepático, quedas, intoxicações e homicídios. Dessa forma, a pessoa deve ficar a esses riscos que prejudicam não só a própria pessoa, mas a todo meio social.

O consumo abusivo de álcool passou de 15,7% em 2006, para 18.8% em 2019, sendo que o consumo foi maior entre as mulheres mais jovens, na faixa de 18 a 24 anos, e menor entre as mais velhas, em adultos com 65 anos ou mais. Segundo o estudo, a prevalência de consumo entre as mulheres mais jovens foi de 23,0%, enquanto a de mulheres mais escolarizadas apresentam 18,0% de prevalência. Para o ano de 2019, as mulheres corresponderam a 8,5% e os homens 22,1% em relação ao consumo de álcool.

De acordo com Barros(54), o baixo consumo de álcool proporciona uma boa qualidade de vida e um autocuidado que são primordiais para a saúde, porém o que pode influenciar no baixo consumo é a idade e a renda per capita, ou seja, enquanto mais velho e a renda familiar, menor será o consumo de álcool.

Apesar das mulheres manterem uma alimentação saudável, são as que mais sofrem com hipertensão, isso deve ser pelo alto consumo do sal e o sedentarismo que ainda afeta grande parte. Para Ferreira(28) a utilização desmedida do sal, é cada vez mais frequente na sociedade moderna, porém os indivíduos não estão preocupados com isso. O uso do sal pode aumentar a probabilidade de as pessoas desencadearem o aumento da pressão arterial

e o ganho de peso, que é fator que provoca morbimortalidade em pacientes em hemodiálise, ou seja, provocando uma doença renal crônica.

Cabrera(63) afirma que o tratamento para a doença renal é considerado complexo, na qual envolve a compreensão do paciente que deve incluir cuidados terapêuticos o acesso vascular, medicações prescritas pelo médico, dieta, alimentação adequada e proteína com a redução potássio, fósforo, sódio e de líquidos.

Para Brum(39) é preciso manter o controle da ingestão de sódio, dado que pode desenvolver uma sede osmométrica que ocasiona o aumento osmolaridade extracelular cujo objetivo é estimular o hipotálamo, outrora, ou seja, ocasiona a desidratação. Quando é ingerido muito sódio, pode provocar edema, que resulta no inchaço das mãos, braços, pés, tornozelos e pernas que retem a água nos rins, gerando assim o aumento da hipertensão arterial. Caso contrário, a hipertensão pode provocar infarto⁶³.

Com relação à associação dessas variáveis ligadas ao uso excessivo de sal, Zhang (61) afirma que o consumo médio de sal da população brasileira é, aproximadamente, o dobro da recomendação da Organização Mundial da Saúde (5g/dia). Ainda para esses autores, tendo em vista a associação da alta ingestão de sal com hipertensão arterial e decréscimo da função renal, os dados apontam para a necessidade de adoção de políticas públicas abrangentes para redução desse consumo na população brasileira.(61)

A diabetes mellitus é uma DCNT frequente tanto em mulheres, quanto em homens e como pode ser notada, a diferença entre ambos é pequena. A partir dessa constatação, a diabetes mellitus é classificada em 1 e 2. A diabetes mellitus 1 tem como perfil a carência total da insulina, provocada no procedimento autoimune, desenvolvido durante a interação dos fatores genéticos com os ambientais. Em relação à diabete mellitus 2, que tem

hiperglicemia como principal consequência e a má absorção mediada pelo transportador de glicose relacionando-se à obesidade.

O excesso de peso passou de 42,6% em 2006 para 55,4% em 2019. O percentual de excesso de peso entre homens foi de 57,1% e entre mulheres foi de 53,9%. A prevalência de excesso de peso tende a aumentar com a idade, uma vez que fatores como atividade física e alimentação são levados em consideração. Para os jovens de 18 a 24 anos, a prevalência foi de 3,1% e entre os adultos com 65 anos ou mais, 59,8%.

O constituinte lipídico da dieta *low carb* está diretamente relacionado com o controle metabólico, já que é estimulado durante a secreção da insulina, que pode ser influenciada pelos ácidos graxos. Visto que possivelmente o consumo em dietas ricas em sacarídeos podem elevar a glicemia. (65)

Conforme os achados, as mulheres são as que mantêm uma alimentação mais saudável, e assim estão menos propensas em desenvolver DCNT. Para Viggian(66) uma boa alimentação está relacionada a prevenção e o controle da diabetes mellitus, na qual no início do tratamento pode ter uma resistência da insulina e redução da glicemia. Com isso, a pessoa que faz a dieta restritiva de carboidrato pode ter um efeito contrário e isso não somente do ponto vista energético, mas também hormonal.

A obesidade é outro fator que desencadeia as DCNTS, pois é estimulado pela inatividade física, o consumo de alimentos ricos em gorduras trans e açúcares, além de pobres de fibras e vitaminas. A importância da obesidade dentro do campo da saúde pública diz respeito, principalmente, à sua forte associação com outras enfermidades crônicas como diabetes, doenças coronarianas, hipertensão arterial e hiperlipidemia.(67) Apesar de manter uma alimentação saudável, as mulheres são as que menos praticam atividades físicas, isso significa que elas podem desenvolver as DCNTs, por

serem sedentárias, não praticarem atividades físicas e realizar o consumo excessivo do cigarro.

As pessoas obesas consomem poucas frutas, hortaliças e fibras; sendo que isso aumentam as chances de morte súbita. O sobrepeso, é uma das causas maiores, dado que o alto consumo de álcool, alimentos industrializados e o tabagismo influenciam no aumento do peso e coloca em risco a vida dessas pessoas.(23)

Com isso, a obesidade é capaz de gerar diversas implicações para a saúde pública, sociais, econômicas e ambientais; elevando o risco de morbidade e mortalidade provocada por várias Doenças Crônicas Não Transmissíveis como diabetes mellitus, doença cardiovascular, doenças respiratórias crônicas, depressão e câncer.(68)

Dessa maneira, uma alimentação adequada pode influenciar para manter o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, os tipos de alimentos são: frutas, hortaliças, cereais e leguminosas; que fazem parte do processo de substâncias bioativas e composto ativo que é importante para o tratamento, mas sempre associada com as atividades físicas.

As atividades físicas podem ser consideradas auxiliares no controle das DCNTs, pois oferece um suporte físico para a mudança de hábitos. Nesse caso, uma alimentação adequada aliado a atividade física proporciona bem-estar para quem sofre de DCNT, mas a longo prazo. De acordo com Medina(8), a prevenção tem que ser primária e deve ser promovida mediante uma boa prática de atividades físicas e deve-se abandonar o alcoolismo, o consumo de sódio, alimentação saudável e não utilizar cigarros, dentre outras maneiras comportamentais essas mudanças devem ser mantidas ao longo do tempo.

Para Soares(68) a prática de atividade física habitual também é um fator de prevenção e controle de DCNT. Aragão(11), reforça a importância da

prática de atividade física na prevenção e controle de DCNT, enquanto afirmam que esse hábito pode levar o indivíduo ao controle da doença e até mesmo à remissão.(68)

A partir disso, a atividade física é considerada a principal aliada para que o indivíduo tenha uma boa qualidade de vida, mas é necessário colocar que a atividade física por si só não adianta, pois, a pessoa que tem DCNT deve abandonar o vício que coloca sua vida em risco. Dessa maneira, realizando o consumo de alimentação saudável, tais como: frutas, verduras, fibras e leguminosas.(8)

A promoção de saúde das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, deve ser seguida adequadamente. Segundo Duncan(4), caso não seguir determinadas restrições, o indivíduo pode realizar estreitamente uma avaliação baseada em ações e impactos no que diz respeito a promoção da saúde. Assim, as pessoas que sofrem de DCNT, podem levar uma vida normal. Porém, há um grande impasse que é a disponibilidade de uma equipe de profissionais no SUS para atender a demanda de indivíduos que procuram ajuda para auxiliarem.

Para controlar as DCNTs é preciso realizar atividades físicas, sendo elas, as atividades aeróbicas, tais como: caminhada, musculação e andar de bicicleta; mas, sob prescrição médica. A atividade física para quem tem hipertensão propicia a dilatação dos vasos sanguíneos; na obesidade auxilia na redução e controle do peso; na diabetes mellitus queima do açúcar no corpo.

O profissional de Educação Física pode contribuir com o controle das DCNT, colocando em prática o seu conhecimento em relação às pessoas que possuem das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, auxiliando e motivando nas atividades físicas, indispensáveis para o tratamento.

7. CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que os achados foram pertinentes, pois os dados da VIGITEL(11) apontaram resultados significativos, principalmente quando as variáveis do estudo, a saber: alimentação, consumo de álcool e tabagismo, foram relacionados à prática de atividade física e tiveram como desdobramentos as DCNTs, mais especificamente a diabetes mellitus e a hipertensão arterial.

A partir de toda a discussão bibliográfica, percebe-se que existem três categorias de fatores que influenciadores:

1. Fatores que influenciam o estilo de vida

- Atividade física;
- Comida;
- Tabaco
- Álcool.

1. Fatores fisiológicos da saúde

- Pressão arterial;
- Lipidemia;
- Peso.

2. Fatores socioeconômicos

É importante frisar que o estilo de vida é de fato fortemente influenciado pelo ambiente de vida, de moradia. Esses fatores podem ser formulados de duas maneiras:

- Como fatores protetores: atividade física, dieta balanceada, ausência de consumo de tabaco, consumo moderado de álcool;
- Como fatores de risco: inatividade física, dieta desequilibrada, consumo de tabaco e consumo excessivo de álcool.

Dentre as DCNTs analisadas, e quando relacionadas à falta de atividade física, percebe-se claramente os problemas relacionados a doença cardiovascular, como resultado de obesidade, aumento do colesterol LDL e hipertensão arterial, que aumenta o risco de morte.

A atividade física traz inúmeros benefícios em todo o contexto de DCNT, principalmente como prevenção dessas doenças. Pode-se destacar em os benefícios da atividade física: redução do percentual de gordura; controle da pressão arterial e da diabetes; e conscientização no uso de álcool e tabagismo.

É imprescindível destacar a importância da atividade física como aliado à saúde, no contexto das DCNTs, é importante encontrar uma atividade física moderada e que seja bem aceita, que pode ser incentivada e/ou acompanhada por um profissional da educação física, estimulando hábitos saudáveis, e integrando equipes multidisciplinares em diversos espaços.

Esse estudo compreende que se faz necessário ampliar as políticas públicas, com mais eficácia, e inserir espaços públicos para que a população em geral, independente de idade, tenha acesso a equipamentos para fazer atividade física, pois, a atividade física é essencial para toda a população, principalmente para os portadores de DCNT, que encontram nas atividades físicas uma esperança para controlar, de forma saudável, suas patologias.

8. REFERÊNCIAS

1. Malta DC. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, um Grande Desafio da Sociedade. RSC. 2014; 19 (1), 12-1.
2. Rezende ML, Santos MMS, Guidine PAM, Dias MFS, Silva SF (2020). Má alimentação infantil como fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Revista Multidisciplinar Em Saúde, 2020; 1(3), 35-2.
3. Souza CP, Valentim MCP, Ferreira AD, Abdalla, Silva L, Carvalho AS, Júnior JRGP. Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, hábitos alimentares e de atividade física numa estratégia de saúde da família de Presidente Prudente - SP. Revista Consciente e Saúde. 2020; 19(1), p. 15-1,
4. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública. 2018; 26(5), pp. 34-126.
5. BRASIL. Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool- CISA, 2018. **Disponível em:** https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf.
Acesso em: 10 de fev. de 2023.
6. BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**, 2021. **Disponível em:** https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf.
Acesso em: 10 de jun, de 2023.
7. LESSA, I. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. Revista Ciênc. Saúde Coletiva. 2016; 9(4), 931-43.
8. MEDINA, MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Júnior EPP, Luz LA da et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? Revista Saúde e Debate. 2017; 38(1), 82-69.

9. MALTA DC, Cezário AC, Moura L de, Moraes Neto OL de Silva Junior JB da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2017; 15(3): 47-65.
10. Appolinário F. **Metodologia da ciência:** filosofia e prática da pesquisa. 2. São Paulo: Cengage Learning, 2017.
11. ARAGÃO, F. B. A. Atividade física na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em homens. Medicina. 2020; 53(2): 169-163.
12. BRASIL, **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. (2019).** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.
Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
Acesso em: 20 de mar. de 2023.
13. US Department of Health and Human Services. New York: Warburton, 2006
14. Buchalla CM, Waldman EA e Laurenti R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2003; 6(4): 344-335.
15. Schramm, JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 908-897.
16. Oliveira LC, Pires GB, Alencar BR, Alencar TOS. Cuidados farmacêuticos em pessoas com diabetes em uso de insulina: relato de experiência. Revista Saúde. 2019; 11(5): 21-1.
17. Pinheiro ACDP, Silvério MS Protocolo de cuidado farmacêutico a pacientes com diabetes mellitus. Revista Conscientiae Saúde.2016; 10(2), 100-15.

18. Zanello V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.
19. Haidar A, Legault L, Dallaire M, Alkhateeb A, Coriati A, Messier V, et al. Glucose-responsive insulin and glucagon delivery (dual-hormone artificial pancreas). *Revist Saud*. 2019; 185(4):305-297.
20. Araújo HV, Farias IO, Reis BCC. A importância da mudança do estilo de vida em pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*. 2022; 12(3): 200-187.
21. Filho AT. Uma questão de gênero. *Cadernos Pagu*. 2017; 12(24): 152-127.
22. Damo CC, Doring M, Alves ALS'A, Portella MR. Risco de desnutrição e os fatores associados em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2018; 21(6):717-711.
23. Silva JL, Marques APO, Leal MCC, Alencar DL, Melo EMA. Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017; 18(2):451-443.
24. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira PT, Moura L, Prado RR, Souza MFM, Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019; 22(3):13-1.
25. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;103(2):137-149.
26. Ferreira TS, Sales AFS, Baptista AS. Exercícios físicos na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Saúde em Foco*. 2021; 1(13):189-170.
27. Chimen M, Kennedy A, Nirantharakumar K, Pang TT, Andrews R, Narendran P. What are the health benefits of physical activity in type 1 diabetes mellitus? A literature review. *Diabetologia*. 2012;55(3):542-551.

28. Santos PTM. Uso de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: um estudo de base populacional. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, UFMG, Belo Horizonte, 2020.
29. Dias LF. Doença como experiência: seus episódios e suas narrativas. Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília. 2016; 2(1), p. 89-78.
30. Laplantine ASF. Antropologia da Doença. São Paulo: Martins Fontes; 2017.
31. Pereira DS. A atividade física na prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Revista Gestão & Saúde. 2017; 17(1):9-1.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2018. **Disponível em:** https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view
Acesso em: 12 de mar. de 2023.
33. Malta DC, Silva AG, Cardoso LSM, Andrade FMD, Sá ACMGN, Prates EJS et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. Ciência & Saúde Coletiva. 2020; 25(12): 4757-4769.
34. Venancio DBR, Marques DS, Vilarouca RAN, Azevedo VN, Moura ED, Silva EC et al. Chronic non-communicable diseases (NCDs): problems resulting from these diseases. Research, Society and Development. 2022; 11(14): 201-188.
35. Santos WT. Relação entre os comportamentos de risco entre adultos. Society and Development. 2022; 11(10): 30-1.
36. Brum PC, Forjaz CLM, Tinucci T, Negrão CE. Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular. Rev Paul Educ Fís. 2004; 18(1):21-31.

37. Brum PC, Forjaz CLM, Tinucci T, Negrão CE. Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular. *Rev Paul Educ Fís.* 2004; 18:21-31.
38. Mello MT. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte.* 2016; 11(3):207-203.
39. Nogueira IC, Santos ZMSA, Mont'Alverne DGB, Martins ABT, Magalhaes CBA. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2019; 2(3): 601-587.
40. Confortin SC, Andrade SR, Draeger VM, Meneghini V, Schneider IJC *et al.* Mortalidade prematura pelas principais doenças crônicas não transmissíveis nos estados do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2019; 72(6):1588-1594.
41. Cunha AL, Moura KS, Barbosa JC, Santos AF. Fundamentos químicos da ação dos radicais no organismo. *Diversitas Journal.* 2016; 1(1): p. 13-8.
42. Ribeiro VR. Bringing together *Saccharomyces cerevisiae* and bioactive compounds from plants: A new function for well-know biosorbent. *Journal of Functional Foods.* 2019; 60(9): 443-103.
43. Gianazza E, Brioschi M, Fernandez AM, Banfi C. Lipoxidation in cardiovascular diseases. *Redox Biol.* 2019;23:1011-19.
44. Costa DF, Maia ABS, Pereira GM, Silveira LKF, Rosário RC, Maciel ACC *et al.* Influência da constituição não alimentar na prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Revista Saúde e Bem-estar.* 2016; 3(2):245-100.
45. Catapano AL. Lifestyle interventions and nutraceuticals: guideline-based a cardiovascular disease prevention. *Revist Atherosclerosis.* 2019; 1(1):, 5-1.
46. Canuto R, Fanton M, Lira PIC. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva.* 2019; 24(9):3193- 3212.

47. Chen, N. Autophagy-associated signal pathways of functional foods for chronic diseases. *Revist Food Science and Human Wellness*. 2019; 8(2): 33-25.
48. Lebrão ML. Envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2017; 4(17): 135-40.
49. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Revista Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 15(3): 3579-86.
50. Taddeo OS, Gomes KWK, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Revista Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 17(11): 2923-30, 2018.
51. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GDI. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil. *Cien Saude Coletiva*. 2016; 11(4): 926-911.
52. Vigitel Brasil 2016: 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 2006.
Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
Acesso em: 20 de jan. de 2023
53. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(1): 11-1.
54. Malta DC, Moura EC, Morais Neto OL. Desigualdades de sexo e escolaridade em fatores de risco e proteção para doenças crônicas em adultos brasileiros, por meio de inquéritos telefônicos. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(1):135-125.

55. Paulo TRS, Gomes IC, Santos VR, Christofaro DGD, Castellano SM, Freitas Júnior IF. Atividade física e estado nutricional: fator de proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em idosos? *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2015; 27(4): 532–527.
56. Rietz M, Lehr A, Mino E, et al. Physical Activity and Risk of Major Diabetes-Related Complications in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Diabetes Care*. 2022;45(12):3101-3111.
57. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-1961.
58. Zhang Z, Jiao Z, Blaha MJ, et al. The Association Between E-Cigarette Use and Prediabetes: Results From the Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2016-2018. *Am J Prev Med*. 2022;62(6):872-877.
59. Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017; 3(26):10-7.
60. Cabrera MAS. Causes of mortality in elderly people: a 9-year follow-up study. *Geriatrics & Gerontologia*. 2017; 1(1):20-14.
61. Breton M, Farret A, Bruttomesso D, et al. Fully integrated artificial pancreas in type 1 diabetes: modular closed-loop glucose control maintains near normoglycemia. *Diabetes*. 2012;61(9):2230-2237.
62. Nutalli BS, Gannon SC. Contagem de carboidratos aplicado ao planejamento nutricional de pacientes com diabetes melittus. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica, Rio de Janeiro*. 2016; 2(3):13-1.
63. Viggiano CE. Dietas da Moda. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2017; 2(12):32-15.
64. Pi-Sunyer X. A clinical view of the obesity problem. *Science*. 2003;299(5608):859-860.

65. Soares MM, Rocha KSC, Castro KCE, Amancio NFG. A importância de hábitos saudáveis e adequados na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Research, Society and Development*. 2023; 12(1): 31-15.

ANEXO I – CARTA DE ACEITE PARA ARTIGO

RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT

Carta de Aceite



Dr. Ricardo Shitsuka
Editor

rsdjournal.org | E-mail: rsd.articles@gmail.com | Whatsapp (11)98679-6000
Avenida Sulim Abramovite, 100 - Centro, Vargem Grande Paulista - SP, 06730-000

ANEXO II – ARTIGO

Relação entre os comportamentos de risco entre adultos no Brasil

Relationship between risk behaviors among adults in Brazil
Relación entre conductas de riesgo entre adultos en Brasil

Recebido: 13/07/2022 | Revisado: 22/07/2022 | Aceito: 25/07/2022 |
Publicado: 03/08/2022

Willams Tiago dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3815-190X> Universidade Federal
de Sergipe, Brasil

E-mail: willedf2011@gmail.com

Resumo

Objetivo: Investigar acerca da agregação de comportamentos de risco e associação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTS). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, cujas informações foram coletadas a partir da pesquisa da Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), do ano de 2019. A amostra foi composta de 47.046 indivíduos entre 18 e 95 anos, de ambos os sexos, sendo 29.507 mulheres e 17.536 homens. Foram excluídos os que não estavam cadastrados nas operadoras de telefonia. As variáveis da pesquisa foram: demográficas e socioeconômicas, estado nutricional e comportamentos, e doenças cardiovasculares. Para a análise descritiva dos dados foram

formuladas as médias $\pm$ desvio padrão ou frequência absoluta e relativa (n (%), no software SPSS 25.0. Por meio do software Mplus, foi possível verificar os subgrupos conforme as variáveis. **Resultados:** Observou-se que os fatores de risco para doenças cardíacas estão bastante relacionados com os hábitos de vida da atualidade, envolvendo a praticidade, inatividade física e alimentação pobre em nutrientes. **Conclusão:** É preciso promover cada vez mais a prática de exercícios físicos, a ingestão de alimentos saudáveis, bem como de uma vida com mais qualidade a fim de evitar e minimizar os fatores de risco que estão relacionados com as patologias cardiovasculares.

Palavras-chave: Dieta; Exercício físico; Qualidade de vida.

Abstract

Objective: To investigate the aggregation of risk behaviors and the association of chronic non-communicable diseases (NCDs). **Methods:** This is a cross-sectional study, whose information was collected from the survey of the Surveillance of Risk Factors and Protection for Chronic Diseases by telephone survey (VIGITEL), in the year 2019. The sample consisted of 47,046 individuals between 18 and 95 years old, of both sexes, being 29,507 women and 17,536 men. Those who were not registered with the telephone operators were excluded. The research variables were: demographic and socioeconomic, nutritional status and behaviors, and cardiovascular diseases. For the descriptive analysis of the data, the means $\pm$ standard deviation or absolute and relative frequency (n (%)) were formulated in the SPSS 25.0 software. Using the Mplus software, it was possible to verify the subgroups according to the variables. **Results:** It was observed that the risk factors for

heart disease are closely related to current lifestyle habits, involving practicality, physical inactivity and poor diet in nutrients. Conclusion: It is necessary to increasingly promote the practice of physical exercises, the intake of healthy foods, as well as a better quality of life in order to avoid and minimize the risk factors that are related to cardiovascular pathologies.

Keywords: Diet; Exercise; Quality of life.

Resumen

Objetivo: Investigar la agregación de conductas de riesgo y la asociación de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT). **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, cuya información se recopiló de la encuesta de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por encuesta telefónica (VIGITEL), en el año 2019. La muestra estuvo conformada por 47.046 individuos entre 18 y 95 años, de ambos sexos, siendo 29.507 mujeres y 17.536 hombres. Se excluyeron los que no estaban registrados en las operadoras telefónicas. Las variables de investigación fueron: demográficas y socioeconómicas, estado nutricional y comportamientos, y enfermedades cardiovasculares. Para el análisis descriptivo de los datos se formularon las medias $\pm$ desviación estándar o frecuencia absoluta y relativa (n (%)) en el software SPSS 25.0. Utilizando el software Mplus, fue posible verificar los subgrupos según las variables. **Resultados:** Se observó que los factores de riesgo para enfermedades del corazón están íntimamente relacionados con los hábitos de vida actuales, involucrando practicidad, sedentarismo y alimentación pobre en nutrientes.

Conclusión: Es necesario promover cada vez más la práctica de ejercicios físicos, la ingesta de alimentos saludables, así como una mejor calidad de vida para evitar y minimizar los factores de riesgo que se relacionan con las patologías cardiovasculares.

Palabras clave: Dieta; Ejercicio físico; Calidad de vida.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população, tem levado a um aumento na incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), das quais destacam-se a Hipertensão Arterial (HA), o Diabetes Mellitus, e as Doenças Cardiovasculares (DCV), e as doenças respiratórias crônicas, que respondem por cerca de 70% das mortes a nível mundial (Costa et al., 2021; Oliveira et al., 2020). A nível de Brasil, cerca de 72% das mortes estão relacionadas às DCNT, destas 30% em razão de doenças cardiovasculares, 16% neoplasias e 6% por doenças do aparelho respiratório (Brasil, 2011).

Dentre os fatores associados ao desenvolvimento das DCNT, pode-se citar fatores de risco modificáveis, tais como ser etilista e/ou tabagista, despende elevado tempo em comportamento sedentário, ou hábitos alimentares caracterizados pelo consumo de alimentos de baixo valor nutritivo, com elevado valor calórico. Pode-se, ainda, mencionar que fatores como o avanço da idade, o sexo, etnia, obesidade, alto consumo de sal, bem como a predisposição genética, também estão relacionados a expressividade das DCNT (Malta et al., 2017).

De acordo com Teston et al. (2016), os fatores de risco mais relacionados com o surgimento das doenças cardiovasculares se referem à: hipertensão, principal causadora de cerca de 13% dos óbitos no mundo, tabagismo (9%), elevadas taxas de glicose no sangue (6%), sobrepeso/obesidade (5%) e o estilo de vida sedentário (6%). Quando esses fatores se associam, eleva mais o risco do acometimento por algum problema cardiovascular se comparado a um fator isolado. Além disso, a predisposição genética também pode para o surgimento de problemas no sistema cardiovascular dos indivíduos.

Conforme a Agenda 2030, instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS), voltada ao Desenvolvimento Sustentável, os países-membros

se comprometeram a uma diminuição de pelo menos 30% na mortalidade precoce por causa de DCNT, especialmente as doenças cardiovasculares (DCV). Portanto, compreender como diferentes comportamentos de riscos associam entre os sujeitos, pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias que visem reduzir a mortalidade por DCV, a partir da atuação em seus fatores de risco modificáveis (Polanczyk, 2020).

Nesse cenário, os fatores de risco são considerados como respostas diante das condições de vida das pessoas, por isso as ações de saúde precisam ser direcionadas para a elaboração de qualidade de vida. Logo, sabendo que a maioria dos fatores de risco são modificáveis, pois envolvem hábitos de vida, é pertinente o investimento em ações capazes de promover e prevenir para as transformações nos modos de viver dos indivíduos, melhorando assim a expectativa de vida (Teston et al., 2016).

Por isso, é essencial o acompanhamento contínuo dos perfis da população, investigando principalmente os hábitos de vida e a relação com as DCNT, por meio da coleta de dados epidemiológicos que possam nortear as ações de intervenção e promoção da saúde que sejam mais eficazes na redução do número de casos de DCNT, especialmente as doenças cardiovasculares.

Frente a isso, é fundamental ampliar os estudos dos fatores de risco relacionados com o acometimento por doenças cardiovasculares, já que a partir dos dados atualizados são realizadas as estratégias de prevenção. Com isso, este trabalho justifica-se pela necessidade de um maior conhecimento de perfil desse grupo de pessoas, bem como que seja utilizado para o enriquecimento no saber científico e no endossamento das políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de saúde da população brasileira. Diante disso o presente estudo tem como objetivo investigar acerca da agregação de

comportamentos de risco e associação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTS).

2. METODOLOGIA

Amostra

Trata-se de um estudo transversal, cujos dados foram obtidos a partir da pesquisa da Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do ano de 2019, objetivando monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), entre a população brasileira, e que tem sido realizada desde 2006 sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde. O processo de recolha de dados ocorreu por meio de questionário realizado através do telefone.

A revisão bibliográfica foi realizada através de pesquisas em artigos científicos contidos em bases de dados tradicionais do conhecimento em saúde: PubMed, SciELO, Web of Science, Medline, CAPES. Os critérios de inclusão utilizados foram artigos e periódicos pesquisados entre os anos de 2017 a 2021, todos publicados em revistas ou sites de cunho científico, com estudos realizados sobre a hipertensão arterial, diabetes mellitus e o exercício físico. Para busca dos estudos foram utilizados os seguintes descritores: Diabetes mellitus; Exercícios Físicos; Qualidade de Vida. Como critério de exclusão foram definidos, artigos publicados nos anos anteriores ou que não se enquadrem no assunto pesquisados.

Foram incluídos na pesquisa os sujeitos com idade ≥ 18 anos e com cadastro em uma das operadoras de telefonia. Os participantes foram selecionados por sorteio, seguindo os critérios: sorteio de, no mínimo, 5 mil linhas telefônicas por cidade. Esse sorteio foi realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das principais empresas de telefonia fixa

em operação no país. Em seguida, as linhas sorteadas em cada cidade foram organizadas em réplicas de 200 linhas, reproduzindo a distribuição do cadastro original.

A etapa seguinte do processo de amostragem consistiu na confirmação da elegibilidade da linha sorteada e na seleção aleatória de um adulto (≥ 18 anos) entre os domiciliados da mesma residência, realizada a partir de contato com o próprio número sorteado (mais detalhes sobre o processo de amostragem podem ser obtidos a partir da consulta de documentos prévios (Vigitel Brasil, 2019). Para o presente trabalho, a amostra foi composta por 47.046 sujeitos entre 18 e 95 anos, de ambos os sexos, sendo 29.507 mulheres e 17.536 homens. Foram excluídos os que não estavam cadastrados nas operadoras de telefonia.

Variáveis da Pesquisa

Demográficas e socioeconômicas

Sexo, idade e escolaridade foram informados pelos participantes. Consoante idade indicada, os mesmos foram categorizados em “18 a 24 anos”, “25 a 34 anos”, “35 a 44 anos”, “45 a 54 anos”, “55 a 64 anos”, “ ≥ 65 anos de idade”.

O nível escolaridade foi utilizado como indicador socioeconômico, sendo os sujeitos classificados em “nunca estudou”, “Ensino fundamental completo”, “2º grau completo”, “Superior completo”, “Pós-graduação”.

O estado nutricional e comportamentos

Os participantes informaram seu peso e estatura, e foram classificados, consoante pontos de corte da OMS para o índice de massa corporal, em normoponderais ou com excesso de peso (sobrepeso e obesidade).

Relativamente a hábitos tabágicos e de consumo de álcool, com base nas respostas dadas, os sujeitos foram classificados em “fumante” ou “não fumante”, e “consome bebidas alcoólicas de forma abusiva” ou “não consome bebida alcoólica de forma abusiva”, respectivamente. Foi considerado fumante, o entrevistado que respondeu positivamente à pergunta: “Atualmente, o (a) Sr. (a) fuma?” independentemente do número de cigarros. Já para o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, a classificação foi feita com base na resposta à pergunta “O (a) Sr.(a) costuma consumir bebida alcóolica?”. Foi considerado abusivo consumo de cinco ou mais doses (homens) ou quatro ou mais doses (mulheres) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

Informações sobre hábitos alimentares foram fornecidas, e dois *scores* foram criados, a partir das respostas dos indivíduos sobre seu padrão de alimentação, a saber “alimentação saudável” e “alimentação não saudável”. Para cada uma destas variáveis, os sujeitos foram classificados como a apresentar, ou não, tal hábito (“apresenta alimentação saudável” ou “não apresenta alimentação saudável”; e “apresenta alimentação não saudável” ou “não apresenta alimentação não saudável”).

Relativamente à atividade física, com base nas recomendações da OMS, os participantes foram classificados como ativos ou inativos. E a partir do uso das respostas fornecidas ao tempo despendido em frente à TV, foram categorizados como “<3h/dia” ou “≥3h/dia”.

Doenças crônicas

Quanto a existência de doenças crônicas nos indivíduos, os participantes responderam às seguintes questões “Algum médico já lhe disse que o (a) S.r. (a) tem pressão alta?” e “Algum médico já lhe disse que o (a) S.r. (a) tem diabetes? de forma que os mesmos foram classificados, consoante respostas, como a apresentar, ou não, hipertensão e diabetes, respectivamente.

Análise Estatística

A análise descritiva dos dados foi realizada através de médias (desvio padrão) ou frequência, no *software* SPSS 25.0. Através do uso do *software* Mplus, foi possível identificar, pela análise de classes latentes, subgrupos de sujeitos agrupados consoante características semelhantes, com base nas seguintes variáveis: IMC (normoponderal ou excesso de peso), alimentação saudável e não saudável (não ou sim), atividade física (inativo ou ativo), tempo de TV (<3horas/dia ou ≥3horas/dia) e consumo abusivo de álcool e tabaco (não ou sim). Para todas as variáveis, a primeira categoria foi utilizada como referência. A análise de classes latentes foi baseada nos preceitos descritos por Leão e colaboradores (2017).

Aspectos éticos

Este estudo dispensa a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) por utilizar de dados secundários de acesso público, como regido na resolução 510 de 2016 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP).

3. RESULTADOS

A Tabela 1, a seguir, apresenta os dados descritivos da amostra pesquisada, conforme o sexo dos indivíduos que faziam parte da pesquisa. cujos dados foram obtidos a partir da pesquisa da Vigilância de Fatores de Riscos e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), do ano de 2019, objetivando monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), entre a população brasileira, e que tem sido realizada desde 2006 sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde. A pesquisa foi realizada em 26 capitais brasileiras, além de Brasília. O processo de recolha de dados ocorreu por meio de questionário realizado através do telefone.

Foram incluídos na pesquisa os sujeitos com idade ≥ 18 anos e com cadastro em uma das operadoras de telefonia. Os participantes foram selecionados por sorteio, seguindo os critérios: sorteio de, no mínimo, 5 mil linhas telefônicas por cidade. Esse sorteio foi realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das principais empresas de telefonia fixa em operação no país. Em seguida, as linhas sorteadas em cada cidade foram organizadas em réplicas de 200 linhas, reproduzindo a distribuição do cadastro original.

A etapa seguinte do processo de amostragem consistiu na confirmação da elegibilidade da linha sorteada e na seleção aleatória de um adulto (≥ 18 anos) entre os domiciliados da mesma residência, realizada a partir de contato com o próprio número sorteado (mais detalhes sobre o processo de amostragem podem ser obtidos a partir da consulta de documentos prévios (Brasil & Ministério da Saúde, 2019). Para o presente trabalho, a amostra foi composta por 47.046 sujeitos entre 18 e 95 anos, de ambos os sexos, sendo

29.507 mulheres e 17.536 homens. Foram excluídos os que não estavam cadastrados nas operadoras de telefonia.

4. RESULTADOS

A Tabela 1, a seguir, apresenta os dados descritivos da amostra pesquisada, conforme o sexo dos indivíduos que faziam parte da pesquisa.

Tabela 1: Características descritivas das variáveis relacionadas com o sexo.

Variáveis	Mulheres	Homens	Total (%)
Idade (anos)			53,6±18,0
Estatura (m)		171,9 m	164±10,1
Peso (kg)			71,3±15,1
IMC (kg/m ²)			26,4±4,9
Nunca estudou	567	316	883 (1,9%)
Ensino Fundamental completo	2452	1278	3730 (7,9%)

2° grau completo		9903	6109	160
				12
				(34,0%)
Ensino	Superior	8988	5575	145
completo				63
				(31,0%)
Pós-graduação		2785	1395	418
				0 (8,9%)
Não sabe				338
				(0,7%)
Não quis responder				160
				(0,3%)
Alimentação		12049	6185	182
saudável	SIM	(40,8%)	(35,3%)	34
				(38,8%)
NÃO		17458	11354	288
		(59,2%)	(64,7%)	12
				(61,2%)
Alimentação	não	2831 (9,6%)	2696	552
SIM			(15,4%)	7 (11,7%)
saudável	NÃO	26676	14843	455
		(90,4%)	(84,6%)	19
				(88,3%)
SIM		27852	2696	322
Fumante		(94,4%)	(15,4%)	4 (6,9%)
NÃO		1655 (5,6%)	1569	438
			(8,9%)	22

(93,1%)

SIM	13236	10332	23568
Atividade Física	(44,9%)	(58,9%)	(50,1%)
NÃO	16271	7207	23478
	(55,1%)	(41,1%)	(49,9%)
SIM			35487
			(75,4%)
NÃO			11559
			(24,6%)
SIM	2517 (8,5%)	3870	3870
Uso abusivo de Álcool	26990	(22,1%)	(22,1)
NÃO	(91,5%)	13669	13669
		(77,9%)	(77,9%)
SIM	11207	5656	16843
	(38,0%)	(32,1%)	(35,8%)
NÃO	18300	11903	30203
	(62,0%)	(67,9%)	(64,2%)
SIM	3418	1952	5370
Diabetes	(11,6%)	(11,1%)	(11,4%)
NÃO	26089	15587	41676
	(88,4%)	(88,9%)	(88,6%)

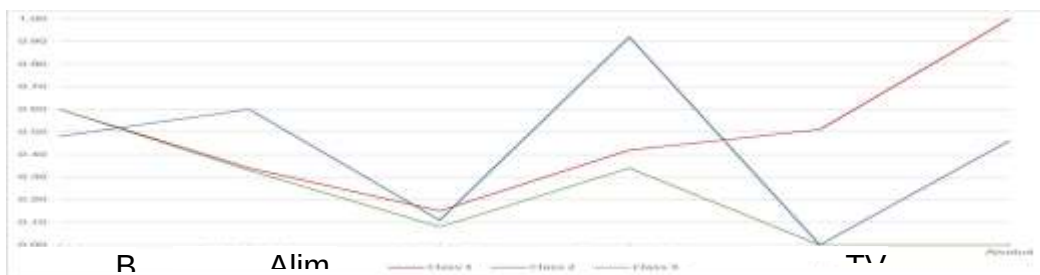
Fonte: Autoria própria (2021).

A média de idade da amostra foi de 53,5±18,0 anos. Cerca de 58% dos sujeitos apresentaram excesso de peso, e houve predominância de mulheres

(62,7%). Relativamente aos hábitos alimentares, 38,8% foram classificados como não tendo alimentação saudável. A maior parte da amostra reporta não fazer uso abusivo de álcool (86,4%), e 6,9% declarou consumo de tabaco. Acerca do envolvimento em atividade física, metade da amostra foi classificada como ativa, e 75,4% reportou ficar menos de 3h ao dia em frente à televisão.

A Figura 1, ilustra o resultado da análise de classes latentes, mostrando a probabilidade de os sujeitos serem classificados nas três classes resultantes. A classe 1 caracteriza-se pelos sujeitos apresentarem baixa probabilidade de terem alimentação não-saudável, mas probabilidade moderada de despendar mais tempo a assistir televisão e serem ativos, e elevada probabilidade de fazerem consumo abusivo de álcool. Na classe 2, os sujeitos apresentam probabilidade elevada de ter alimentação saudável e de serem ativos, com probabilidade moderada de fazer consumo abusivo de álcool. Enquanto na classe 3, observa-se uma baixa probabilidade de os sujeitos apresentarem alimentação não-saudável, com probabilidade moderada de serem fisicamente ativos.

Figura 1: Resultado da análise de classes latentes.



Fonte: Autoria própria (2021).

5. DISCUSSÃO

Conforme Teston et al. (2016), inúmeras pesquisas científicas norteiam para uma maior prevalência de doenças cardiovasculares relacionadas, especialmente, aos hábitos alimentares, principalmente, no que se refere à alta ingestão de carboidratos refinados e alimentos calóricos, com pouco valor nutritivo. Bem como a associação dessa alimentação com a inatividade física e a praticidade da vida urbana, onde são escolhidos alimentos mais industrializados ao invés dos mais naturais e saudáveis.

Frente a isso, no estudo de Lima et al. (2012), mais de 50% dos participantes da pesquisa, que abordava acerca da prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares na região metropolitana de Maringá, possuíam chance de 2,8 vezes mais de desenvolverem uma complicação cardíaca em razão do sobrepeso/obesidade. Por isso, é necessário que os profissionais da saúde de áreas multidisciplinares realizem orientações pertinentes, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) sobre a importância da alimentação saudável como prevenção de doenças cardiovasculares, assim como os exercícios físicos para prevenir até mesmo os agravamentos das patologias cardíacas.

Por conseguinte, progressivamente estão sendo identificados mais fatores de risco relacionados a doenças cardiovasculares em mulheres que estão em idade fértil, dos 10 a 49 anos. É possível observar ainda que a região Nordeste compreende o segundo lugar em número de casos de óbitos em razão de doenças cardíacas (Moraes et al., 2016).

A ingestão de bebidas alcoólicas está relacionada como uma causadora de disfunção do endotélio, precedendo assim o surgimento da placa de ateroma a qual está diretamente ligada ao aparecimento de doença cardiovascular (Teston et al., 2016). No estudo de Silva et al. (2017), foi evidenciada a relação existente entre a prevalência de doenças cardiovasculares em idosos juntamente ao consumo de tabaco e ingestão de

bebidas alcoólicas. Dessa forma, notou-se que cerca de 38,4% dos idosos, que fizeram parte da pesquisa desses autores, eram tabagistas. Essa porcentagem é alarmante em razão de haver um maior o surgimento de doenças relacionadas ao tabagismo associado ao processo de envelhecimento, como é o caso das doenças cardiovasculares.

Ainda na pesquisa de Silva et al. (2017), observou-se a relação também entre o quadro hipertensivo e a utilização de tabaco, concordando assim com outros estudos que apresentam que, em idosos, o hábito do tabagismo está relacionado aos elevados índices de mortalidade que apresentam como maiores causas as doenças que atingem o sistema cardiovascular. Portanto o tabagismo está diretamente relacionado ao surgimento de doenças como: hipertensão, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, aterosclerose, dentre outras patologias cardiovasculares.

Conforme o estudo de Gomes et al. (2012), a porcentagem de indivíduos relacionados com um estilo de vida sedentário ultrapassa mais da metade da amostra que correspondia a 351 adultos jovens, representando assim fator de risco para a obesidade. A inatividade física é uma consequência da globalização, com novas formas de entretenimento e praticidade, como é o caso da maior preferência por assistir televisão, jogar videogames, utilizar escada rolante, elevador, carro, etc. Dessa forma, as pessoas estão gastando menos energia e consumindo mais alimentos calóricos.

6. CONCLUSÃO

Os hábitos de vida estão diretamente relacionados com a qualidade de vida dos indivíduos, ou seja, aqueles que apresentam comportamentos de risco, como o caso dos que são sedentários, os que consomem alimentos

calóricos e pouco nutritivos, bem como ainda os que são tabagistas e/ou etilistas.

Dessa forma, esse trabalho abordou dados concretos da VIGITEL, evidenciando, justamente, essa relação existente entre comportamentos de risco com o surgimento de patologias do sistema cardiovascular em adultos. Logo, é essencial que novas pesquisas sejam realizadas para aprimorarem ainda mais os dados referentes a essa temática.

Referências

Brasil & Ministério da Saúde. (2019). VIGITEL Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

Brasil. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da saúde.

Costa, B. C. P., Hilario, V. G., & Veiga, E. V. (2021). Programas de rastreamentos dos valores da pressão arterial no mundo: Revisão integrativa. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(61), 4942–4957. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p4942-4957>

Gomes, E. B., Moreira, T. M. M., Pereira, H. C. V., Sales, I. B., Lima, F. E. T., Freitas, C. H. A. de, & Rodrigues, D. P. (2012). Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 594–600. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400007>

Leão, R. de C. H., Silva, V. de L., & Moreira, R. da S. (2017). Latent Class Analysis: A new vision of the phenomenon of depression in elderly men in the Brazilian Northeast. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 814–825. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160159>

Lima, N. A., Freire, M. S. S., Santos, A. L. B., & Machado, A. N. A. (2012). Perfil da prática de exercícios físicos e fatores de risco cardiovascular em servidores de um restaurante universitário. *Cadernos de Cultura e Ciência*, 11(1), 59–69. <https://doi.org/10.14295/cad.cult.cienc.v11i1.491>

Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Lima, M. G., Araújo, S. S. C. de, Silva, M. M. A. da, Freitas, M. I. de F., & Barros, M. B. de A. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>

Moraes, K. D. de, Araújo, A. P., Santos, A. F. dos, Barbosa, J. M. A., & Martins, M. L. B. (2016). Correlação entre o índice de massa corporal e indicadores antropométricos de risco cardiovascular em mulheres / correlation between body mass index and cardiovascular risk anthropometric indicators in women. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 16(3), Article 3. <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4517>

Oliveira, G. M. M. de, Brant, L. C. C., Polanczyk, C. A., Biolo, A., Nascimento, B. R., Malta, D. C., Souza, M. de F. M. de, Soares, G. P., Xavier Junior, G. F., Machline-Carrion, M. J., Bittencourt, M. S., Pontes Neto, O. M., Silvestre, O. M., Teixeira, R. A., Sampaio, R. O., Gaziano, T. A., Roth, G. A., & Ribeiro, A.

L. P. (2020). Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 115, 308–439. <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>

Polanczyk, C. A. (2020). Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares no Brasil: A Verdade Escondida nos Números. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 115, 161–162. <https://doi.org/10.36660/abc.20200793>

Silva, E. F., Laste, G., Torres, R. L., Hidalgo, M. P. L., Stroher, R., & Torres, I. L. da S. (2017). Consumo de álcool e tabaco: Fator de risco para doença cardiovascular em população idosa do sul do Brasil. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 5(1), 23–33. <https://doi.org/10.18316/sdh.v5i1.2339>

Teston, E., Cecilio, H., Santos, A., Arruda, G., Radovanovic, C., & Marcon, S. (2016). Factors associated with cardiovascular diseases in adults. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 49, 95. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i2p95-102>

ANEXO III – QUESTIONÁRIO VIGITEL

VIGITEL

Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde
Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas (Vigitel) – 2019
Disque-Saúde – 136

ENTREVISTA

Cidade: **XX**, confirma a cidade: ☐ sim ☐ não (agradeça e encerre; excluir do banco amostral e da agenda).

1. Réplica **XX** número de moradores **XX** número de adultos **XX**

2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é **XXXX**. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é **XXXX**?

☐ Sim ☐ Não – Desculpe, liguei no número errado.

3. Sr.(a) gostaria de falar com o(a) Sr.(a) **NOME DO SELECIONADO**. Ele(a) está?

☐ Sim

☐ Não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr.(a) **NOME DO SELECIONADO**?

☐ residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?

☐ Sim

☐ Não – Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr.(a) **NOME DO SELECIONADO**?

☐ Residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

4. O(a) Sr.(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?

☐ Sim (pule para Q5)

☐ Não – O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) Sr.(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 10 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas junto com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista será gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 136. O(a) Sr.(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista? Informamos que esta pesquisa está regulamentada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos (CONEP) do Ministério da Saúde.

5. Podemos iniciar a entrevista?

☐ Sim (pule para Q6)

☐ Não - Qual o melhor dia da semana e período para conversarmos?

☐ Residência a retornar. Obrigada(a), retornaremos a ligação. Encerre.

Q6. Qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 150) ____ anos

Q7. Sexo:

1| ☐ Masculino (pule a Q14)

2| ☐ Feminino (se > 50 anos, pule a Q14)

Q8. Até que série e grau o(a) Sr.(a) estudou?

8A

8B - Qual a última série (ano) o Sr.(a) completou?

1 ☐ Curso primário

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

2 ☐ Admissão

☐ 4

3 ☐ Curso ginásial ou ginásio

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

4 ☐ 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

5 ☐ 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

6 ☐ 3º grau ou curso superior

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ou +

7 ☐ Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) ☐ 1 ou +

8 ☐ Nunca estudou

777 ☐ Não sabe (só aceita Q6 > 60)

888 ☐ Não quis responder

Q9. O(a) Sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥ 30 kg e < 300 kg)

____ kg

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis informar

Q11. O(a) Sr.(a) sabe sua altura? (só aceita $\geq 1,20$ m e $< 2,20$ m)

__ m __ cm

777 ☐ Não sabe

888 ☐ Não quis informar

Q12. O(a) Sr.(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (Apenas para Q6 > 20 anos)

1 ☐ Sim

2 ☐ Não (pule para a Q14)

Q13. Qual era? (Só aceitar ≥ 30 kg e < 300 kg)

____ kg

888 ☐ Não quis informar

Q14. A Sra. está grávida no momento? (Se acatou-se q6 = 50 & q7 = 2)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 777 ☐ Não sabe

R190. O(a) Sr.(a) possui habilitação para dirigir carro, moto e/ou outro veículo?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

R123a. O(a) Sr.(a) dirige carro, moto e/ou outro veículo?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação

Q15. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer feijão?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ Quase nunca
- 6 ☐ Nunca

Q16. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ Quase nunca (pule para Q25)
- 6 ☐ Nunca (pule para Q25)

Q17. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
- 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
- 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
- 4 ☐ Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- 5 ☐ Quase nunca (pule para Q19)
- 6 ☐ Nunca (pule para Q19)

Q18. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come este tipo de salada:

- 1 ☐ No almoço (1 vez ao dia)
- 2 ☐ No jantar ou
- 3 ☐ No almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

VIGTEL Brasil 2019

Q19. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
 2 () 3 a 4 dias por semana
 3 () 5 a 6 dias por semana
 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 5 () Quase nunca (pule para Q25)
 6 () Nunca (pule para Q25)

Q20. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come verdura ou legume cozido:

- 1 () No almoço (1 vez ao dia)
 2 () No jantar ou
 3 () No almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

Q25. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
 2 () 3 a 4 dias por semana
 3 () 5 a 6 dias por semana
 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 5 () Quase nunca (pule para Q27)
 6 () Nunca (pule para Q27)

Q26. Num dia comum, quantos copos o(a) Sr.(a) toma de suco de frutas natural?

- 1 () 1
 2 () 2
 3 () 3 ou mais

Q27. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
 2 () 3 a 4 dias por semana
 3 () 5 a 6 dias por semana
 4 () Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 5 () Quase nunca (pule para Q29)
 6 () Nunca (pule para Q29)

Q28. Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr.(a) come frutas?

- 1 () 1 vez no dia
 2 () 2 vezes no dia
 3 () 3 ou mais vezes no dia

Q29. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
 4 ☐ Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 5 ☐ Quase nunca (pule para R301)
 6 ☐ Nunca (pule para R301)

Q30. Que tipo?

- 1 ☐ Normal
 2 ☐ Diet/lighten
 3 ☐ Ambos

Q31. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- 1 ☐ 1 2 ☐ 2 3 ☐ 3 4 ☐ 4 5 ☐ 5 6 ☐ 6 ou + 777 ☐ Não sabe

Agora vou listar alguns alimentos e gostaria que o Sr.(a) me dissesse se comeu algum deles ontem (desde quando acordou até quando foi dormir)

R301. Vou começar com alimentos naturais ou básicos.

a. Alface, couve, brócolis, agrião ou espinafre

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

b. Abóbora, cenoura, batata-doce ou quiabo/cataru

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

c. Mamão, manga, melão amarelo ou pequi

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

d. Tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

e. Laranja, banana, maçã ou abacaxi

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

f. Arroz, macarrão, polenta, cuscuz ou milho verde

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

g. Feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

h. Batata comum, mandioca, cará ou inhame

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

i. Carne de boi, porco, frango ou peixe

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

VIGITA Brasil 2019

j. Ovo frito, cozido ou mexido

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

k. Leite

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

l. Amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

R002. Agora vou relacionar alimentos ou produtos industrializados.

a. Refrigerante

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

b. Suco de fruta em caixa, caixinha ou lata

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

c. Refresco em pó

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

d. Bebida achocolatada

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

e. Iogurte com sabor

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

f. Salgadinho de pacote (ou chips) ou biscoito/bolacha salgado

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

g. Biscoito/bolacha doce, biscoito recheado ou bolinho de pacote

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

h. Chocolate, sorvete, gelatina, flão ou outra sobremesa industrializada

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

i. Salicha, linguiça, mortadela ou presunto

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

j. Pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

k. Maionese, ketchup ou mostarda

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

l. Margarina

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

m. Macarrão instantâneo, sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato pronto congelado

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

Agora, sobre o consumo de bebidas alcoólicas

Q35. O(a) Sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pula para R128a) 888 ☐ Não quis informar (pula para R128a)

Q36. Com que frequência (a) Sr.(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
 4 ☐ Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 5 ☐ Menos de 1 dia por semana
 6 ☐ Menos de 1 dia por mês (pula para R128a)

Q37. Nos últimos 30 dias, o Sr. chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (cinco doses de bebida alcoólica seriam cinco latas de cerveja, cinco taças de vinho ou cinco doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)

1 ☐ Sim (pula para Q39) 2 ☐ Não (pula para R128a)

Q38. Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pula para R128a)

Q39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- 1 ☐ Em 1 único dia no mês
 2 ☐ Em 2 dias
 3 ☐ Em 3 dias
 4 ☐ Em 4 dias
 5 ☐ Em 5 dias
 6 ☐ Em 6 dias
 7 ☐ Em 7 ou mais dias
 777 ☐ Não sabe

R200. Nos dias do mês que isto ocorreu, qual foi o número máximo de doses consumido em uma única ocasião? (Exemplo: uma dose de bebida alcoólica seria uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada – registrar em doses inteiras – não ler)

..... 777 ☐ Não sabe

R128a. O(a) Sr.(a) dirige carro, moto e/ou outro veículo?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

Q40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) Sr.(a) dirigiu logo depois de beber?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

Q40b. Independentemente da quantidade, o(a) Sr(a) costuma dirigir depois de consumir bebida alcoólica? (apenas para quem dirige – R128a=f)

- 1 () Sempre
 2 () Algumas vezes
 3 () Quase nunca
 4 () Nunca
 888 ☐ Não quis informar

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia a dia

Q42. Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q47) (não vale fisioterapia)

Q43a. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) praticou?

ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO

- 1 ☐ Caminhada (não vale deslocamento para trabalho)
 2 ☐ Caminhada em esteira
 3 ☐ Corrida (crosser)
 4 ☐ Corrida em esteira
 5 ☐ Musculação
 6 ☐ Ginástica aeróbica (spinning, step, jump)
 7 ☐ Hidroginástica
 8 ☐ Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)
 9 ☐ Natação
 10 ☐ Artes marciais e luta (ju-jitsu, caratê, judô, boxe, muay thai, capoeira)
 11 ☐ Bicicleta (inclui ergométrica)
 12 ☐ Futebol/futsal
 13 ☐ Basquetebol
 14 ☐ Voleibol/futevôlei
 15 ☐ Tênis
 16 ☐ Dança (balé, dança de salão, dança do ventre)
 17 ☐ Outros _____

Q44. O(a) Sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não (pule para Q47)

Q45. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

- 1 ☐ 1 a 2 dias por semana
 2 ☐ 3 a 4 dias por semana
 3 ☐ 5 a 6 dias por semana
 4 ☐ Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

Q46. No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- 1 ☐ Menos de 10 minutos
 2 ☐ Entre 10 e 19 minutos
 3 ☐ Entre 20 e 29 minutos
 4 ☐ Entre 30 e 39 minutos
 5 ☐ Entre 40 e 49 minutos
 6 ☐ Entre 50 e 59 minutos
 7 ☐ 60 minutos ou mais

Q47. Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) trabalhou?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q52)

Q48. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) anda bastante a pé?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 777 ☐ não sabe

Q49. No seu trabalho, o(a) Sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q50) 777 ☐ Não sabe (pule para Q50)

R147. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr.(a) faz essas atividades no seu trabalho?

Número de dias ____ 555 ☐ Menos de 1 vez por semana 888 ☐ Não quis responder

R148. Quando realiza essas atividades, quanto tempo costuma durar?

HH:MM _____

Q50. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- 1 ☐ Sim, todo o trajeto 2 ☐ Sim, parte do trajeto 3 ☐ Não (pule para Q52)

Q51. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

- 1 ☐ Menos de 10 minutos
 2 ☐ Entre 10 e 19 minutos
 3 ☐ Entre 20 e 29 minutos
 4 ☐ Entre 30 e 39 minutos
 5 ☐ Entre 40 e 49 minutos
 6 ☐ Entre 50 e 59 minutos
 7 ☐ 60 minutos ou mais

Q52. Atualmente, o(a) Sr.(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q55) 888 ☐ Não quis informar (pule para Q55)

Q53. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- 1 ☐ Sim, todo o trajeto 2 ☐ Sim, parte do trajeto 3 ☐ Não (pule para Q55)

UNESP | São Carlos 2019

Q54. Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____

- 1 ☐ Menos de 10 minutos
 2 ☐ Entre 10 e 19 minutos
 3 ☐ Entre 20 e 29 minutos
 4 ☐ Entre 30 e 39 minutos
 5 ☐ Entre 40 e 49 minutos
 6 ☐ Entre 50 e 59 minutos
 7 ☐ 60 minutos ou mais

Q55. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

- 1 ☐ Eu, sozinho (pule para R149) 2 ☐ Eu, com outra pessoa 3 ☐ Outra pessoa (pule para Q59a)

Q56. A parte mais pesada da faxina fica com:

- 1 (☐) O(a) Sr.(a) ou 2 (☐) Outra pessoa (pule para Q59a) 3 ☐ Ambos

R149. Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr.(a) realiza faxina da sua casa?

Número de dias ____ 555 ☐ Menos de 1 vez por semana 888 ☐ Não quis responder

R150. E quanto tempo costuma durar a faxina?

HH:MM _____

Q59a. Em média, quantas horas por dia o(a) Sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão?

- 1 (☐) Menos de 1 hora
 2 (☐) Entre 1 e 2 horas
 3 (☐) Entre 2 e 3 horas
 4 (☐) Entre 3 e 4 horas
 5 (☐) Entre 4 e 5 horas
 6 (☐) Entre 5 e 6 horas
 7 (☐) Mais de 6 horas
 8 ☐ Não assiste à televisão

Q59b. No seu TEMPO LIVRE, o Sr.(a) costuma usar computador, tablet ou celular para participar de redes sociais do tipo facebook, para ver filmes ou para se distrair com jogos?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q60) 777 ☐ Não sabe (pule para Q60)

Q59c. Em média, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), este uso do computador, tablet ou celular ocupa por dia?

- 1 (☐) Menos de 1 hora
 2 (☐) Entre 1 e 2 horas
 3 (☐) Entre 2 e 3 horas

- 4 () Entre 3 e 4 horas
 5 () Entre 4 e 5 horas
 6 () Entre 5 e 6 horas
 7 () Mais de 6 horas

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre o hábito de fumar:

Q60. Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?

- 1 () Sim, diariamente (ir para Q61)
 2 () Sim, mas não diariamente (pule para Q61a)
 3 () Não (pule para Q64)

Q61. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma por dia? _____ (vá para Q62)

- 1 ☐ 1-4
 2 ☐ 5-9
 3 ☐ 10-14
 4 ☐ 15-19
 5 ☐ 20-29
 6 ☐ 30-39
 7 ☐ 40 ou +

Q61a. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma por semana? _____ (apenas se Q60=2)

- 1 ☐ 1-4
 2 ☐ 5-9
 3 ☐ 10-14
 4 ☐ 15-19
 5 ☐ 20-29
 6 ☐ 30-39
 7 ☐ 40 ou +

Q62. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só acima de 5 anos e < 6)

_____ anos 777 ☐ Não lembra.

Q63. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?

- 1 ☐ Sim (pule para Q67) 2 ☐ Não (pule para Q67)

Q64. No passado, o(a) Sr.(a) já fumou?

- 1 () Sim, diariamente
 2 () Sim, mas não diariamente
 3 () Não

(Vá para Q68 se mora sozinho e não trabalha)

(Vá para Q68 se mora sozinho e trabalha)

VIGOT: Brasil 2019

Q67. Alguma das pessoas que moram com o(a) Sr(a) costuma fumar dentro de casa?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

Q68. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) Sr(a) trabalha? (só para Q47=1)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para R401 se Q60 = 1 ou Q60 = 2; SE Q60 = 3, vá p/ Q69)
888 ☐ Não quis informar (pule para R401 se Q60 = 1 ou Q60 = 2; SE Q60 = 3, vá p/ Q69)

R157. Se sim, o(a) Sr(a) trabalha em local fechado?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 888 ☐ Não quis informar

R401. A última vez em que o(a) Sr(a) comprou cigarros para uso próprio, quantos cigarros comprou? (Entrevistador: registre a quantidade e, quando necessário, registre os detalhes da unidade) (Responder se q60 = 1 ou q60 = 2)

Unid.	Qtd.	Detalhes
a. Cigarros	____	
b. Maços (ou cartelas)	____	____ (Quantos cigarros havia em cada maço)
c. Pacotes	____	____ (Quantos maços havia em cada pacote) ____ (Quantos cigarros havia em cada maço)
Não comprou cigarros para uso próprio (pule para Q68)		

R402. No total, quanto o(a) Sr(a) pagou por essa compra?

R5: _____

R403. O(a) Sr(a) usa aparelhos eletrônicos com nicotina líquida ou folha de tabaco picado (cigarro eletrônico, narguilé eletrônico, cigarro aquecido ou outro dispositivo eletrônico) para fumar ou vaporizar? (Não considere o uso de maconha)
<LER OPÇÕES>

- 1 () Sim, diariamente
2 () Sim, menos do que diariamente
3 () Não, mas já usei no passado
4 () Nunca usei

Q69. A sua cor ou raça é:

- 1 () branca
2 () Preta
3 () Amarela
4 () Parda
5 () Indígena
777 ☐ Não sabe
888 ☐ Não quis informar

CIVIL. Qual seu estado conjugal atual?

- 1 ☐ Solteiro
- 2 ☐ Casado legalmente
- 3 ☐ Tem união estável há mais de seis meses
- 4 ☐ Viúvo
- 5 ☐ Separado ou divorciado
- 888 ☐ Não quis informar

Q70. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não (pule para Q74)

Q71. Se sim: Quantos no total? _____ números ou linhas telefônicas

Agora, estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.

Q74. O(a) Sr(a) classificaria seu estado de saúde como:

- 1 ☐ Muito bom
- 2 ☐ Bom
- 3 ☐ Regular
- 4 ☐ Ruim
- 5 ☐ Muito ruim
- 777 ☐ Não sabe
- 888 ☐ Não quis informar

Q75. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão alta?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não (pule para Q76)
- 777 ☐ Não lembra (pule para Q76)

R 203. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para pressão alta?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não
- 777 ☐ Não lembra

R129. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não (pule para Q76)
- 777 ☐ Não sabe (pule para Q76)
- 888 ☐ Não quis responder (pule para Q76)

INSTR. Brasil 2019

R130a. Como o(a) Sr.(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?

- 1 () Unidade de saúde do SUS
 2 () Farmácia popular do governo federal
 3 () Outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria)
 777 ☐ Não sabe
 888 ☐ Não quis responder

R174. Nos últimos 30 dias, o(a) sr.(a) ficou sem algum dos medicamentos para controlar a pressão alta por algum tempo? (APLICAR se R129 = 1)

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 777 ☐ Não lembra

R175 Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) mediu sua pressão arterial?

- 1 ☐ Menos de 6 meses
 2 ☐ Entre 6 meses e 1 ano
 3 ☐ Entre 1 e 2 anos
 4 ☐ Entre 2 e 3 anos
 5 ☐ 3 anos ou mais
 6 ☐ Nunca
 777 ☐ Não sabe / não lembra

Q78. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q79) 777 ☐ Não lembra (pule para Q79)
 (se Q7=1, homem vá para Q88)

R138. (Se mulher) O diabetes foi apenas quando estava grávida? (apenas para Q7=2)

- 1 () Sim
 2 () Não
 3 () Nunca engravidou
 777 ☐ Não lembra

R202. Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando o médico disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?

- _____ anos
 777 ☐ Não sabe/não lembra

R 204. Algum médico já lhe receitou algum medicamento para diabetes?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 777 ☐ Não lembra

R133a. Atualmente, o(a) Sr.(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não (vá para R133b)
 777 ☐ Não sabe (vá para R133b)
 888 ☐ Não quis responder (vá para R133b)

R134c. Como o(a) Sr(a) consegue o comprimido para diabetes?

- 1 ☐ Unidade de saúde do SUS |
 2 ☐ Programa "Aqui tem farmácia popular"
 3 ☐ Outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria) |
 777 ☐ Não sabe
 888 ☐ Não quis responder

Q3. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum dos comprimidos para controlar o diabetes por algum tempo?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não |
 777 ☐ Não sabe
 888 ☐ Não quis responder

R133b. Atualmente, o(a) Sr(a) está usando insulina para controlar o diabetes?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não (se mulher - Q7=2, vá para Q79; se homem - Q7=1, vá para Q88)
 777 ☐ Não sabe (se mulher - Q7=2, vá para Q79; se homem - Q7=1, vá para Q88)
 888 ☐ Não quis responder (se mulher - Q7=2, vá para Q79; se homem - Q7=1, vá para Q88)

R134b. Como o(a) Sr(a) consegue a insulina para diabetes? (APLICAR se R133b = 1)

- 1 ☐ Unidade de saúde do SUS |
 2 ☐ Programa "Aqui tem farmácia popular"
 3 ☐ Outro lugar (farmácia privada/particular, drogaria) |
 777 ☐ Não sabe
 888 ☐ Não quis responder

Q1. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem a insulina algum tempo?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não |
 777 ☐ Não sabe
 888 ☐ Não quis responder

R176. Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?

- 1 ☐ Menos de 6 meses
 2 ☐ Entre 6 meses e 1 ano
 3 ☐ Entre 1 e 2 anos
 4 ☐ Entre 2 e 3 anos
 5 ☐ 3 anos ou mais
 6 ☐ Nunca fez
 777 ☐ Não sabe/não lembra

VIGITEL Brasil 2018

Q79a. A Sra. já fez alguma vez exame de Papanicolaou, exame preventivo de câncer de colo do útero? (apenas para sexo feminino – Q7=2)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q81) 777 ☐ Não sabe (pule para Q81)

Q80. Quanto tempo faz que a Sra. fez exame de Papanicolaou?

1 ☐ Menos de 1 ano
 2 ☐ Entre 1 e 2 anos
 3 ☐ Entre 2 e 3 anos
 4 ☐ Entre 3 e 5 anos
 5 ☐ 5 anos ou mais
 777 ☐ Não lembra

Q81. A Sra. já fez alguma vez mamografia, raio-X das mamas? (apenas para sexo feminino)

1 ☐ Sim 2 ☐ Não (pule para Q82) 777 ☐ Não sabe (pule para Q82)

Q82. Quanto tempo faz que a Sra. fez mamografia?

1 ☐ menos de 1 ano
 2 ☐ entre 1 e 2 anos
 3 ☐ entre 2 e 3 anos
 4 ☐ entre 3 e 5 anos
 5 ☐ 5 ou mais anos
 777 ☐ Não lembra

Q83. O(a) Sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

1 (☐) Sim, apenas um
 2 (☐) Sim, mais de um
 3 (☐) Não

888 ☐ Não quis informar (Se não dirige 0_R128 = 1, vá para R153)

R125. Nos últimos 12 meses, o Sr.(a) foi multado(a) por dirigir com excesso de velocidade na via? (Apenas para quem dirige – R128a = 1)

1 (☐) Sim
 2 (☐) Não (pule para R153)
 777 ☐ Não lembra (pule para R153)

888 ☐ Não quis responder (pule para R153)

R126. Qual o local que o(a) Sr.(a) foi multado?

1 (☐) Dentro da cidade (via urbana)
 2 (☐) Rodovia
 3 (☐) Ambos
 777 ☐ Não lembra

888 ☐ Não quis responder

R153. Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a) você passou em uma blitz na sua cidade?

1 () Sim (se não dirige [R128a = 1] vá para R170) (Se R153 = 1 & se dirige [R128a = 1] vá para 170)

2 () Não (se não dirige [R128a = 1] vá para R170) (Se R153 = 1 & se dirige [R128a = 1] vá para 170)

777 ☐ Não lembra (se não dirige [R128a = 1] vá para R170) (Se R153 = 1 & se dirige [R128a = 1] vá para 170)

888 ☐ Não quis responder (se não dirige [R128a = 1] vá para R170) (Se R153 = 1 & se dirige [R128a = 1] vá para 170)

R137a. Nos últimos doze meses o Sr.(a), como condutor, foi parado em alguma blitz de trânsito na sua cidade? (apenas para quem dirige – R128a = 1)

1 () Sim

2 () Não (vá para R170)

777 ☐ Não lembra (vá para R170)

888 ☐ Não quis responder (vá para R170)

R154. (Se Sim para R137a) E o(a) Sr.(a) foi convidado a fazer o teste de bafômetro?

1 () Sim

2 () Não (vá para R170)

777 ☐ Não lembra (vá para R170)

888 ☐ Não quis responder (vá para R170)

R155. (Se Sim para R154) E o(a) Sr.(a) fez o teste do bafômetro?

1 () Sim

2 () Não (vá para R170)

777 ☐ Não lembra (vá para R170)

888 ☐ Não quis responder (vá para R170)

R156. (Se Sim para R155). E o teste do bafômetro deu positivo?

1 () Sim

2 () Não

777 ☐ Não lembra

888 ☐ Não quis responder

R170. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) fez uso de celular (ligações, mensagens de texto etc.) durante a condução de veículo? (Apenas para quem dirige – R128a = 1)

1 () Sim

2 () Não

777 ☐ Não lembra

888 ☐ Não quis responder

IBGE, Brasil 2019

R179. O(a) Sr.(a) ou algum outro adulto (> 18 anos) de sua casa possui celular?

1 () Sim

2 () Não (vá para R000)

777 ☐ Não lembra (vá para R000)888 ☐ Não quis responder (vá para R000)

R180. (Se sim) Dos <NÚMERO DE ADULTOS> adultos de sua casa, quantos possuem celular?

777 ☐ Não sabe888 ☐ Não quis responder

R900. Você ou alguém da sua família que more em sua casa recebe bolsa família?

1 () Sim

2 () Não

777 ☐ Não sabe

R901. Qual pessoa da sua família que more na sua casa recebe o Bolsa Família?

1 ☐ Próprio entrevistado2 ☐ Cônjuge ou companheiro(a)3 ☐ Filho(a)4 ☐ Enteadado(a)5 ☐ Genro ou nora6 ☐ Pai, mãe, padrasto ou madrasta7 ☐ Sogra(s)8 ☐ Neto(a)/bisneto(a)9 ☐ Irmão(a)10 ☐ Avô ou avó11 ☐ Outro parente – Qual? _____ <registrar outro parente>777 ☐ Não sabe888 ☐ Não quis responder

R902. Há quanto tempo esta pessoa recebe o benefício?

1 ☐ Menos de 2 anos2 ☐ Entre 2 e 4 anos3 ☐ 5 anos ou mais777 ☐ Não sabe

PARA TODOS – PÁGINA FINAL DE ENCERRAMENTO

Sr(a) **XX** Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista, gostaria de anotar o número de telefone do Disque-Saúde?

Se sim: O número é **136**.

Observações (entrevistador):

Nota: Marcar para o entrevistado as alternativas de resposta apenas quando as mesmas iniciarem por parênteses.