



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO
DE GOIÁS

Boletim Epidemiológico

Volume 18, número 7

Gerência de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (GVE/ SUVISA/SES-GO)

VIGITEL Brasil: Instrumento para Análise de Situação dos Fatores de Riscos e de Proteção para as DANTs* no Brasil e em Goiânia, 2006 a 2015

Fernanda Ramos Parreira¹, Vânia Marra Passos², Eunice Pereira Salles³

* Doenças e Agravos Não transmissíveis

¹Cientista Social, Licenciada em Educação Física, Mestre em Ciência Política, Doutoranda em Sociologia CVPS/GVE/SUVISA. Goiânia, GO, Brasil.

Lattes <http://lattes.cnpq.br/7773546658792556>

²Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica, CVPS/GVE/SUVISA. Goiânia, GO, Brasil. Lattes

<http://lattes.cnpq.br/1492921880010849>

³Enfermeira, Especialista em Docência Universitária, Especialista em Formação Educacional, Mestre em Enfermagem CVPS/GVE/SUVISA. Goiânia, GO, Brasil.

Lattes <http://lattes.cnpq.br/0515807774676861>

Recebido: 23/05/2017

Aceito: 25/01/2019

Publicado: 25/01/2019

E-mail: gve.suvisa@gmail.com

Descritores: Doenças e agravos não transmissíveis; Fatores de risco; Inquérito Epidemiológico.

INTRODUÇÃO

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) foi implantada pelo Ministério da Saúde desde o ano de 2006. O VIGITEL Brasil é publicado anualmente pela Secretaria de Vigilância em Saúde, cujo intuito é apresentar, por meio de inquérito telefônico auto-referido, os resultados advindos do monitoramento da frequência e distribuição dos principais determinantes e condicionantes de doenças e agravos não transmissíveis (DANTs), nas 26 capitais brasileiras¹.

Esse monitoramento em saúde, se dá através de levantamentos e inquéritos, e serve à obtenção de informações referentes ao perfil epidemiológico, demográfico e comportamental da população acima de 18 anos, relacionados à saúde, tendo como objetivo à elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde.

Dentre os fatores de risco elencados no VIGITEL Brasil, aponta-se: o consumo de tabaco (tabagismo); excesso de peso; consumo alimentar saudável (frutas e hortaliças) e não saudável (alimentos gordurosos, refrigerantes e alimentos com alto teor de sódio); inatividade física; abuso do consumo de bebidas alcoólicas, mobilidade não segura (condução de veículo motorizado alcoolizado).

A última edição foi publicada em 2016, e se refere ao inquérito telefônico realizado no ano de 2015. Neste, foram entrevistadas 54.174 pessoas, das 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. A taxa de sucesso do levantamento através deste instrumento de coleta de informações e dados atingiu 70,62% da amostra selecionada.

Deste modo, o presente boletim tem por objetivo elencar os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DANTs no Brasil e em Goiânia, baseado nos dados obtidos através do VIGITEL, bem como refletir sobre a importância do referido inquérito para a elaboração de políticas públicas, programas, projetos e ações em saúde.

MÉTODOS

Para o desenvolvimento desse estudo foi utilizado os dados divulgados em VIGITEL¹ Brasil referente ao período de 2006 a 2015. Os dados foram organizados e tabulados em planilhas, em arquivo *Excel*, e utilizados, posteriormente, para a construção de representações gráficas.

Os indicadores analisados foram: percentual de tabagistas; percentual de fumantes passivos (no ambiente domiciliar e de trabalho); percentual de excesso de peso e obesidade; percentual de consumo de alimentos saudáveis (frutas e hortaliças); percentual de consumo de alimentos não-saudáveis (excesso de açúcar, excesso de sal, refrigerantes e gordura).

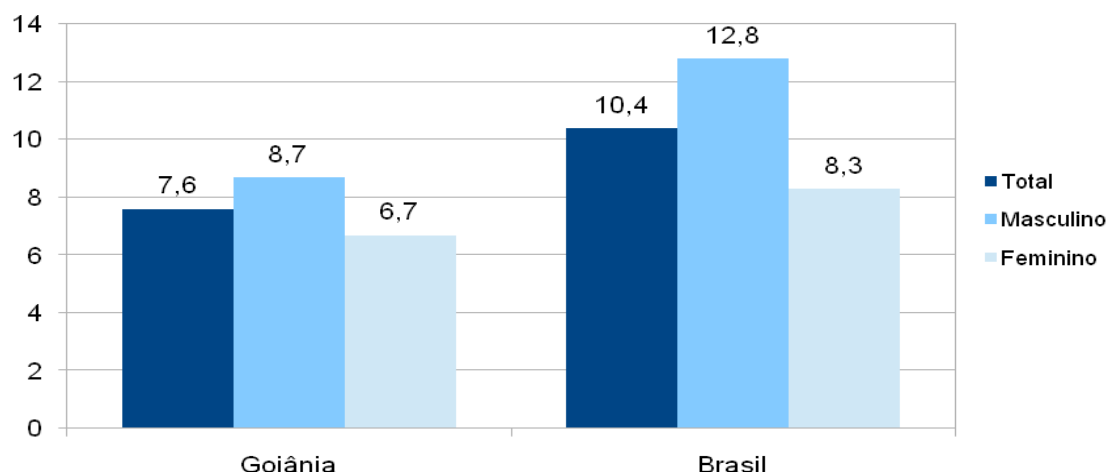
Foi realizada uma comparação da frequência e distribuição dos principais determinantes das DANTs – fatores de risco e proteção –, da cidade de Goiânia e do Brasil.

Tendo em vista que a base de dados é secundária, e não houve a exposição dos sujeitos participantes, não foi necessário à submissão da presente pesquisa ao Comitê de Ética local.

RESULTADOS

No levantamento realizado no ano de 2015, no tocante ao tabagismo, a cidade de Goiânia apresentou um percentual de 7,6% fumantes, abaixo da tendência nacional de 10,4%. Em relação à variável sexo evidenciou-se que o consumo de tabaco foi maior entre os homens goianienses, (8,7%) do que entre as mulheres goianienses (6,7% da amostra investigada). O mesmo foi observado no Brasil (Gráfico 1).

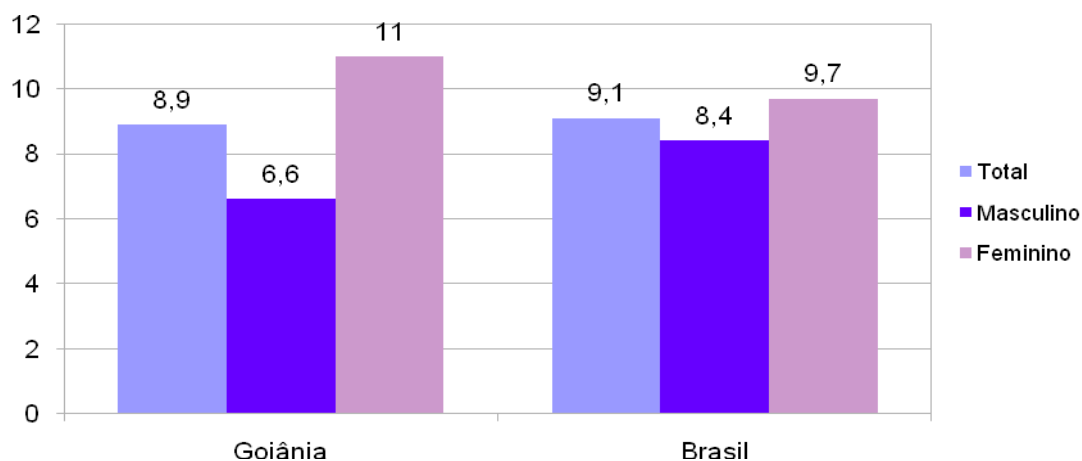
Gráfico 1 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) tabagistas por sexo, Brasil e Goiânia, 2015



Fonte: VIGITEL BRASIL, 2015.

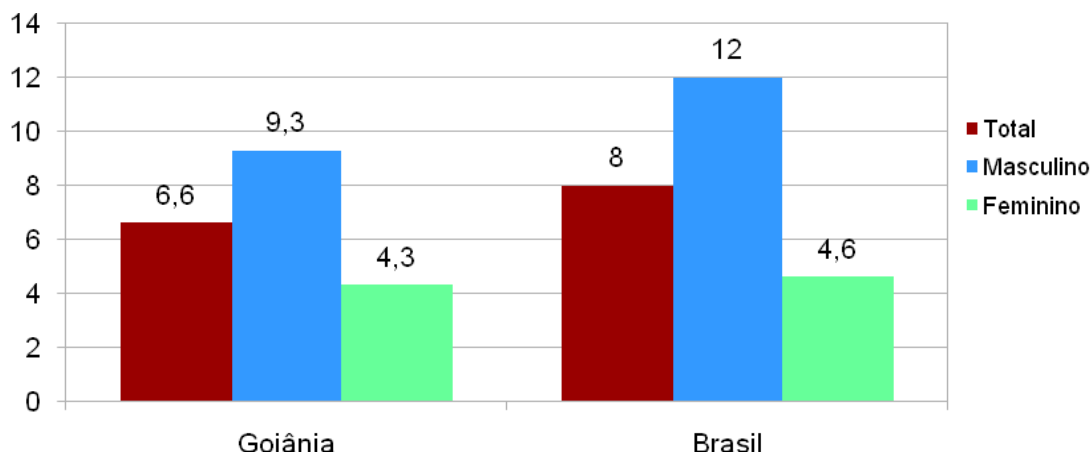
Na capital do estado de Goiás, em 2015, 8,9% da população geral foi considerada como fumante passiva no ambiente domiciliar (Gráfico 2), e, 6,6% como fumante passiva no local de trabalho (Gráfico 3), sendo que a população feminina foi a mais exposta no ambiente domiciliar e os homens, no trabalho. Este perfil foi semelhante ao encontrado no Brasil no mesmo período.

Gráfico 2 – Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no domicílio por sexo, Brasil e Goiânia, 2015



Fonte: VIGITEL BRASIL, 2015.

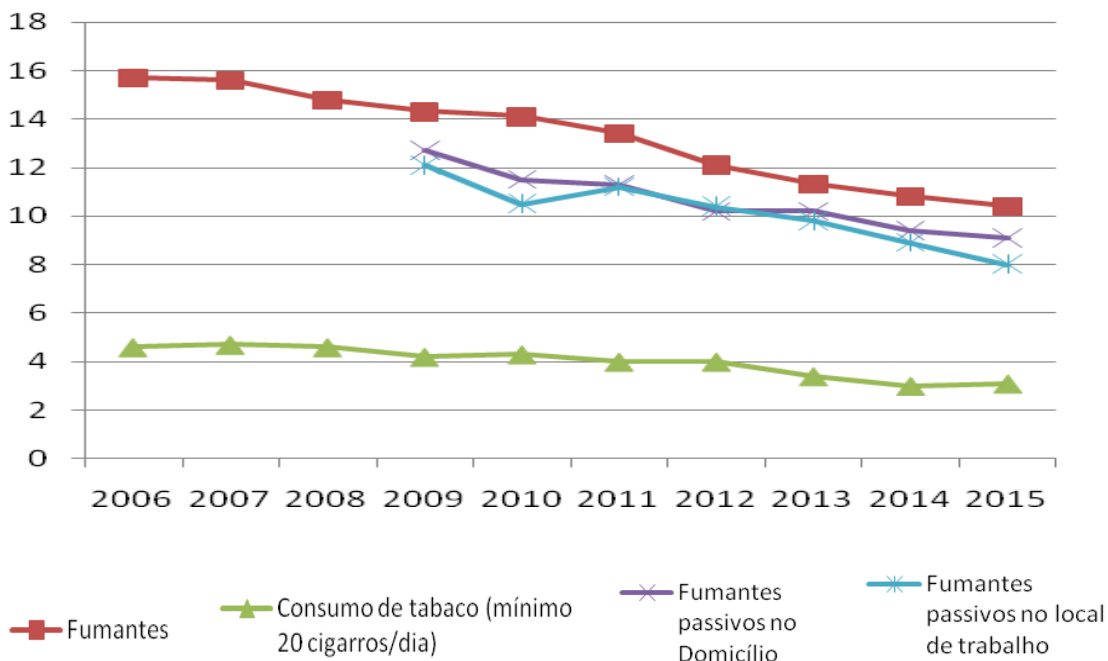
Gráfico 3 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes passivos no local de trabalho por sexo, Brasil e Goiânia, 2015.



Fonte: VIGITEL BRASIL 2015.

Do período de 2006 a 2015, ocorreu uma redução importante no número de fumantes e no consumo de tabaco no Brasil (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Variação temporal no número de fumantes, consumo de tabaco e fumantes passivos, Brasil, 2006 a 2015.



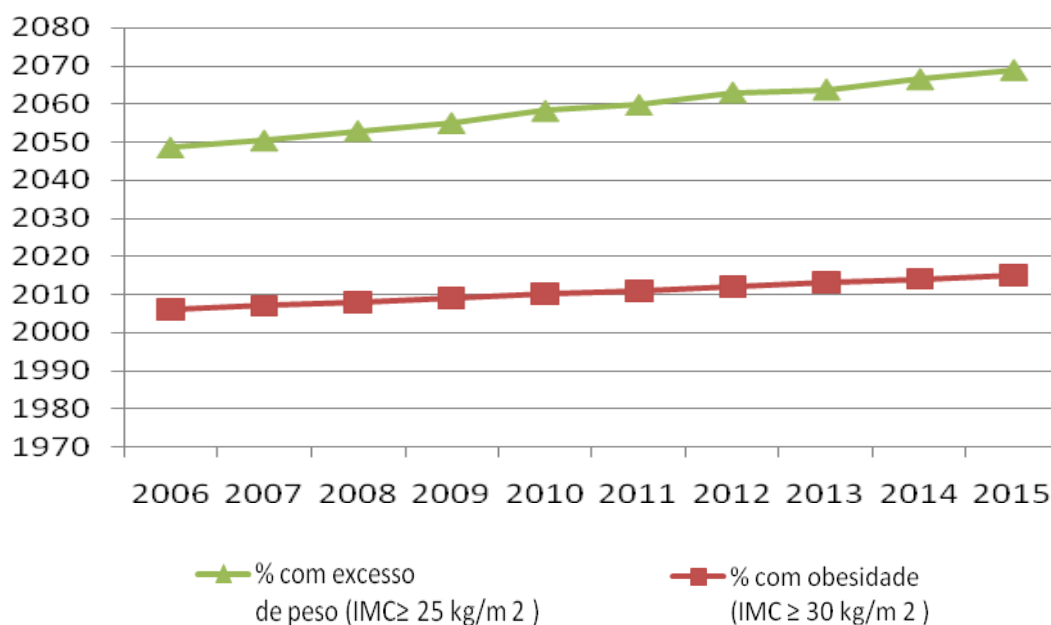
Fonte: VIGITEL BRASIL, 2015.

O sedentarismo, o sobrepeso e a obesidade são outros fatores de risco para as DANTs que têm sido altamente debatidos e focos de diversas políticas públicas de saúde. A prevalência de obesidade e sobrepeso decorre de fatores tais como: alimentação inadequada e não saudável; inatividade física; uso excessivo de novas tecnologias e modo de vida sedentário. A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia² ressalta que o quadro de obesidade é marcado pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. O indivíduo obeso tem maior propensão a desenvolver disfunções e doenças endócrinas e metabólicas tais como hipertensão, diabetes tipo II, acidente vascular cerebral (AVC) e demais doenças cardiovasculares.

Vários protocolos e testes são utilizados para mensurar e classificar o grau de obesidade. O cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) é a avaliação mais utilizada. Pelo cálculo de IMC a obesidade pode ser classificada como obesidade leve (classe 1: IMC 30 a 34,9 kg/m²), moderada (classe 2: IMC 35 a 39,9 kg/m²) e grave ou mórbida (classe 3: IMC \geq 40 kg/m²)².

O excesso de peso, especialmente a obesidade, tem sido tratado nos últimos anos pelos órgãos de saúde nacionais e internacionais como uma epidemia global. No contexto brasileiro a taxa de obesidade e sobrepeso apresentou um aumento progressivo no período de 2006 a 2015, seguindo a tendência mundial (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Variação temporal em relação ao percentual de obesos e com excesso de peso no Brasil, 2006 a 2015

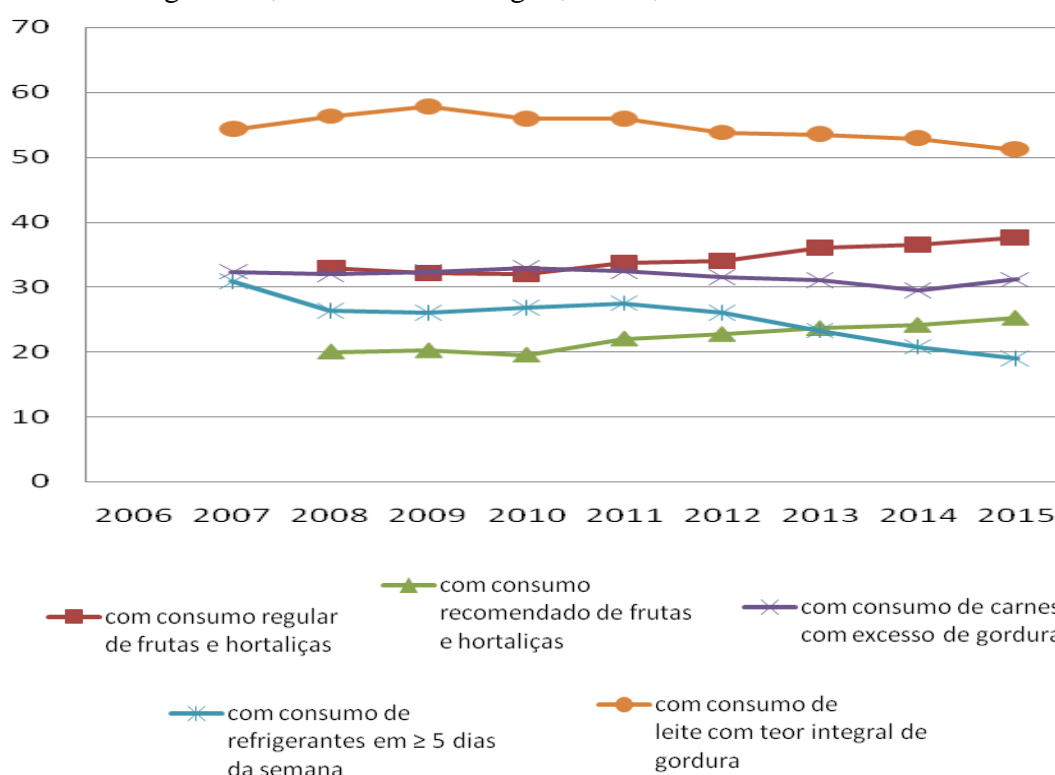


Fonte: VIGITEL BRASIL, 2015.

A alimentação também é um fator que impacta consideravelmente na saúde individual e coletiva. Maniglia³ destaca que o direito à alimentação está envolvido com o direito à vida, à dignidade, à autodeterminação e atendimento as necessidades básicas. E as condições sociais, culturais e econômicas influenciam nos modos e estilos de vida e alimentação, bem como na garantia deste direito humano.

No período avaliado, foi observada uma discreta mudança no consumo alimentar da população brasileira, com redução no consumo de refrigerantes e leite integral e aumento no consumo de verduras, frutas e hortaliças (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Variação temporal em relação ao consumo alimentar de frutas e hortaliças, refrigerantes, carnes e leite integral, Brasil, 2007 a 2015



Fonte: VIGITEL BRASIL, 2015.

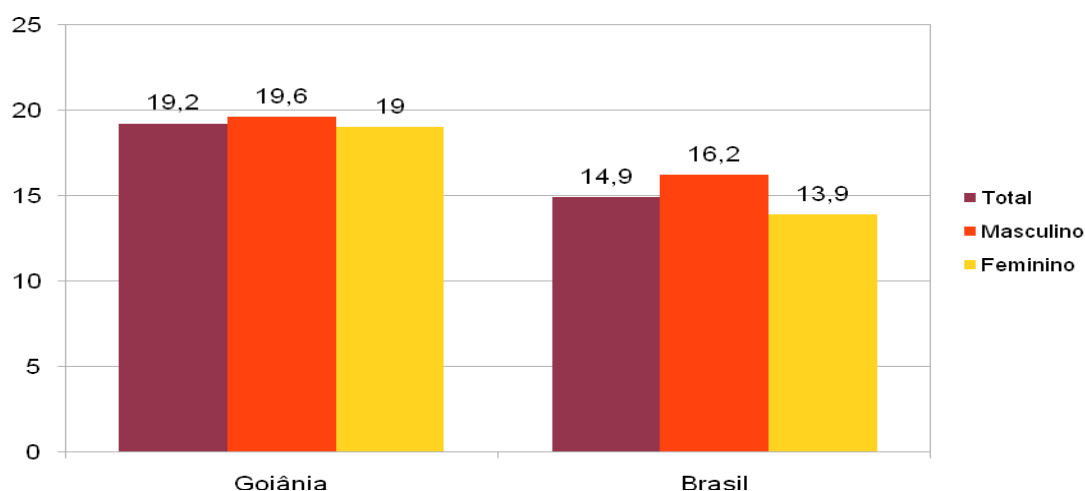
Estratégias como a divulgação do Guia Alimentar da População Brasileira⁴ visam impactar na mudança relacionada ao consumo alimentar, pois considera “[a] alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo [...]”⁴.

Uma comparação entre os dados de Goiânia e do Brasil permitiu evidenciar que o consumo de hortaliças, frutas e verduras pelos goianienses foi superior ao consumo brasileiro.

Um percentual de 48,5% dos indivíduos entrevistados, na cidade de Goiânia, relatou consumir frutas e hortaliças em cinco dias da semana, enquanto no Brasil esse percentual foi de 37,6%. Por outro lado, 23,6% do total de investigados goianienses, consumiram alimentos doces em cinco ou mais dias da semana. No Brasil o consumo de alimentos doces foi de 20,1% do total de sujeitos entrevistados.

Quanto ao consumo de sódio em Goiânia, o estudo apontou um maior consumo deste tipo de alimento pelos goianienses em relação ao contexto brasileiro. Tanto em Goiânia quanto no Brasil, pessoas do sexo feminino referiram consumir menos sal do que pessoas do sexo masculino (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consideram seu consumo de sal alto ou muito alto por sexo, Brasil e Goiânia, 2015.



Fonte: VIGITEL BRASIL, 2015.

O consumo de bebidas alcoólicas também é um fator que demanda atenção quando se trata de DANTs. Quando associada à condução de veículo motorizado, merece atenção especial. Foram observados percentuais maiores de consumo de álcool em Goiânia do que no Brasil, exceto entre o sexo masculino nos anos 2014 e 2015. Quanto a associação “uso de álcool/condução de veículo motorizados”, os percentuais da capital goiana foram superiores aos do Brasil, nos dois anos e em ambos os sexos.

Além disto, ocorreu um aumento tanto no consumo de álcool quanto na associação dele com a direção de veículos em Goiânia, do ano de 2014 para 2015, como indicado na tabela 1.

Tabela 1 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) com relato de consumo abusivo de bebida alcoólica* e condução de veículos motorizados, por sexo, Brasil e Goiânia, 2014 e 2015.

| Consumo de bebida alcoólica e condução de veículo motorizado | Sexo | Ano | Goiânia | Brasil |
|--|-----------|------|---------|--------|
| Percentual de adultos (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião | masculino | 2014 | 22,1 | 24,8 |
| | | 2015 | 24,8 | 25,3 |
| | feminino | 2014 | 9,8 | 9,4 |
| | | 2015 | 13,2 | 10,2 |
| Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram conduzir veículos motorizados após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica | masculino | 2014 | 13,4 | 10,7 |
| | | 2015 | 19,5 | 9,8 |
| | feminino | 2014 | 3,0 | 1,7 |
| | | 2015 | 4,6 | 1,8 |

* Foi considerado consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

Fonte: VIGITEL BRASIL, 2015.

DISCUSSÃO

As mudanças para modos e hábitos de vida saudáveis demandam um processo em longo prazo, pois remete a transformação de atitudes, comportamentos e valores que são adquiridos culturalmente durante a vida do indivíduo. Essas mudanças são engendradas através de políticas públicas focadas em ações de promoção de saúde, prevenção e controle das DANTs.

No tocante ao uso do tabaco, o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco⁵ destaca a expressiva queda no consumo do tabaco em todo o território brasileiro. Essa constatação é corroborada pelo gráfico 1 e 4. No gráfico 1 evidenciou-se que a cidade de Goiânia possuía um percentual menor de tabagistas em relação ao contexto brasileiro, e que a prevalência de tabagismo em homens foi maior do que em mulheres.

No ranking das capitais brasileiras, de acordo com os dados levantados pelo VIGITEL¹ Brasil 2015, Goiânia ocupou o 18º lugar (7,6% total de tabagistas) dentre as 26 capitais brasileiras, em relação ao percentual de tabagistas. São Luís (4,6%) foi apontada como a capital com menor percentual de fumantes e Porto Alegre (14,9%) com maior percentual de tabagistas.

Em relação ao percentual de fumantes passivos em domicílio, conforme adscrito no gráfico 2, foi observado que as mulheres não fumantes convivem mais com pessoas tabagistas do que os homens não-fumantes. Não obstante, no local de trabalho, essa relação fica invertida, pois apresenta um percentual maior de homens não-fumantes que convivem com tabagistas (Gráfico 3).

Foi possível destacar maior aceitabilidade das mulheres em conviver com tabagistas no ambiente domiciliar, e maior aceitabilidade dos homens no ambiente de trabalho. Estudos sociológicos e sobre questões de gênero, tais como de Butler^{6,7,8}, Hirata e Kergoat⁹ e Scott¹⁰ destacam que as diferenças entre homens e mulheres são oriundas de construções sócio-culturais e influenciam no espaço que cada gênero – homem e mulher - ocupa na sociedade.

Para Hirata e Kergoat⁹ a divisão sexual do trabalho apresenta os espaços distintos de atuação de mulheres e homens. Para os autores, à mulher, historicamente, cabe o papel doméstico familiar, sustentado pelo seu papel na reprodução e procriação. Já para os homens, configura-se o espaço público, ou seja, o espaço do trabalho e não-doméstico. Neste contexto, observa-se que o próprio hábito de fumar e as relações dos não-fumantes com fumantes são fundados no processo de generificação.

Pontua-se que o resultado de redução do consumo de tabaco, conforme demonstrado em gráfico 4 reflete o impacto gerado pela implantação de políticas públicas antifumo, fundamentada na Lei n. 12.546¹¹, aprovada no ano de 2011, e que institui ações e sanções relacionadas ao uso e comercialização do tabaco.

É importante ressaltar que as ações focadas na vertente de promoção da saúde demandam esforços em longo prazo, pois são ações que impactam na mudança e melhoria de hábitos saudáveis. Por vezes, hábitos pouco saudáveis encontram-se enraizados em determinada sociedade e/ou cultura. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva⁵ destaca que o tabagismo, até meados da década de 1990, era altamente incentivado pelas campanhas publicitárias.

Deste modo, ao reconhecer a potencialidade dos mecanismos publicitários de promover a adesão de novos consumidores levou o poder público a instituir uma legislação capaz de desestimular tal hábito. Não obstante, tornaram-se necessárias outras políticas públicas de saúde e educativas que efetivassem a redução do uso de tabaco e o enfrentamento do tabagismo¹².

O aumento percentual de pessoas com sobrepeso e obesas observado no gráfico 5, pode ser atribuído ao estímulo a um estilo de vida sedentário, através do uso excessivo de novas tecnologias, bem como o fácil acesso a alimentos ultraprocessados (alimentos com alto teor de gordura, sódio e açúcar) que são fatores relevantes a essa tendência apontada no VIGITEL¹ Brasil 2015. Malta¹³, em 2010, apontou que o consumo insuficiente de frutas, legumes, verduras e hortaliças foi responsável por 2,7 milhões de mortes ao ano. E que isso reverberou no percentual de óbitos decorrentes de doenças cardíacas, cerebrovasculares e cânceres.

Não obstante, no gráfico 6 evidenciou-se um aumento percentual no consumo de alimentos saudáveis e redução daqueles considerados não saudáveis, tais como refrigerantes e leite integral. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição¹⁴ aponta que:

“[a] população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e escassez de alimentos, com melhoria ao acesso e variedade destes, além da garantia da disponibilidade média de calorias para consumo, embora ainda existam cerca de 16 milhões de brasileiros vivendo na pobreza extrema. A diminuição da fome e da desnutrição veio acompanhada do aumento vertiginoso da obesidade em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição”.

Mesmo com o aumento discreto do consumo de vegetais e hortaliças, existe um consumo importante de alimentos contendo alto teor de sódio e gordura que se configura como fator de risco às doenças cardiovasculares e capazes de influenciam substancialmente à emergência de hipertensão arterial.

No tocante ao consumo de álcool, conforme tabela 1, evidenciou-se o aumento no seu uso, e em Goiânia nota-se uma resistência da sociedade em não conduzir veículo motorizado após consumo de bebida alcóolica e em responder as normas estabelecidas pela comumente chamada “Lei Seca”¹⁵, criada em 2008 e revista pela Lei n. 12.760/2012¹⁶.

Estudos de inquéritos, como o VIGITEL Brasil, possibilitam à gestão em saúde identificar os hábitos e modos de vida predominantes na sociedade analisada. Adicionalmente, oportuniza a área da saúde condições de elaborar suas políticas e definir suas agendas de trabalho.

CONCLUSÃO

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DANTs por inquérito telefônico é um instrumento de crucial importância na identificação, análise e planejamento da realidade de determinado local, com vista a fortalecer as ações de Promoção da Saúde no âmbito da Atenção Primária.

Suas publicações anuais permitem um estudo não apenas transversal, mas longitudinal do contexto regional e nacional e propicia o acompanhamento contínuo e progressivo acerca das mudanças e manutenção dos modos e estilos de vida da população analisada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. 2016.
2. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. 10 Coisas que Você Precisa Saber Sobre Obesidade [Internet]. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. 2017 [cited 27 October 2017]. Available from: <https://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-obesidade/>
3. Maniglia, E. As interfaces do direito agrário e dos direitos humanos e a segurança alimentar [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 277 p. ISBN 978-85- 7983-014-3. Available from SciELO Books.
4. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica, 2014 [cited 27 October 2017]. p. 08. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012 /Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). – Rio de Janeiro: INCA, 2014. [cited 27 October 2017]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_controle_tabaco_relatorio_gestao.pdf
6. Butler, J. Bodies that Matter: On the Discursive Limits of 'Sex'. New York and London: Routledge, 1993.
7. Butler J. "Gender as Performance. An Interview with Judith Butler". Radical Philosophy, n. ° 67, pp. 32-39 (Interview with Peter Osborne and Lynne Segal), p. 37, 1994.
8. Butler J. Undoing Gender. New York-London: Routledge, 2004.
9. Hirata, H., Kergoat, D. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. Cadernos de Pesquisa, v. 37, n. 132, p. 595-609, set. /dez.m 2007.
10. Scott, J. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade, 1995 20(2); jul. /dez. p. 71-99. [cited 27 October 2017]. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>
11. Brasil. Lei n. 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras e outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112546.htm
12. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, 2005 – **Deixando de Fumar sem Mistérios** – Manual do Coordenador, Rio de Janeiro.
13. Malta, DC., Ise, BP., Moura, L., Bernal, R., Nascimento, A., Silva JR, J. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(3): 423-434, jul-set 2013.
14. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 10.
15. Brasil. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. [cited 27 October 2017] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111705.htm

16. Brasil. Lei n. 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. [cited 27 October 2017] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/111705.htm