

Prevalência de saúde cardiovascular ideal na população brasileira – Pesquisa Nacional de Saúde (2013)

Ideal cardiovascular health prevalence in the Brazilian population – National Health Survey (2013)

Gustavo Velasquez-Melendez¹, Mariana Santos Felisbino-Mendes¹,
Fernanda Penido Matozinhos¹, Rafael Claro^{II}, Crizian Saar Gomes¹, Deborah Carvalho Malta^{III}

RESUMO: A prevenção primordial é definida como a prevenção inicial de fatores de risco, por meio da adoção de comportamentos mais saudáveis. Dentro desse conceito, a *American Heart Association* (AHA) definiu sete métricas, baseadas em evidências, para se alcançar uma saúde cardiovascular (SCV) ideal. O objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência de SCV na população brasileira, segundo sexo, faixa etária e região de moradia, utilizando os dados da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013. Foram avaliados, como preconizado pela AHA, de forma conjunta (número de fatores) e isolada, quatro fatores comportamentais (tabagismo, atividade física, índice de massa corporal e dieta) e três biológicos (pressão arterial, glicemia e níveis de colesterol). A população brasileira atingiu prevalências menores de 1%, de sete fatores em nível ideal. Isoladamente, 3,2% da população apresentaram a dieta em nível ideal, seguido da atividade física (23,6%) e índice de massa corporal (43,7%). A população entre 18 e 35 anos apresentou a maior prevalência de número de métricas conjuntas em nível ideal (0,5%), valor também atingido pela população geral da Região Norte. Os resultados indicam que devem ser realizados ainda maiores esforços por meio de políticas públicas de prevenção primordial para atingir metas adequadas de SCV na população brasileira.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Prevenção de doenças. Promoção da saúde. Fatores de risco. Epidemiologia. Prevalência.

¹Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Departamento de Nutrição, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{III}Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

Autor correspondente: Gustavo Velásquez-Meléndez. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: jguveme@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Ministério da Saúde.

ABSTRACT: Primordial prevention is defined as the initial prevention of risk factors, through the adoption of healthier behaviors. Within this concept, the American Heart Association (AHA) has defined seven metrics, based on evidence, to achieve ideal cardiovascular health. The aim of this study was to evaluate the prevalence of cardiovascular health in the Brazilian population, according to sex, age, and region of residence, using data from the latest National Health Survey (2013). We assessed the risk factors, as recommended by the AHA, combined (number of factors) and individually: four behavioral (smoking, physical activity, body mass index and diet) and three biological factors (blood pressure, blood glucose and cholesterol levels). The Brazilian population has reached very low prevalence (1%), for the sum of 7 factors in ideal level. Individually, 3.2% of the population consumed ideal diet, followed by physical activity (23.6%) and body mass index (43.7%). The subjects aged between 18 and 35 years showed higher prevalence of metrics combined at the optimal levels (0.5%), which was also reached by the population of the Northern region. These results indicate that greater efforts are urgent by public policies at the level of primordial prevention in order to achieve appropriate targets of cardiovascular health in the Brazilian population.

Keywords: Cardiovascular diseases. Disease prevention. Health promotion. Risk factors. Epidemiology. Prevalence.

INTRODUÇÃO

Apesar da queda na taxa de mortalidade por doença cardiovascular (DCV) verificada no Brasil no período entre 2000 e 2011¹, as DCVs ainda figuram entre as principais causas de morte no Brasil¹. Cenário semelhante é verificado tanto em países de alta renda quanto naqueles de baixa e média renda^{2,3}.

Nesse contexto, no ano de 2010, a *American Heart Association* (AHA)⁴ desenvolveu o conceito de saúde cardiovascular (SCV) ideal, com o objetivo de melhorar a SCV da população americana e de reduzir a mortalidade por DCV em 20% até 2020. Esse conceito é baseado na prevenção primordial e inclui quatro fatores comportamentais — tabagismo, atividade física, índice de massa corporal (IMC) e dieta — e três biológicos — pressão arterial, glicemia e níveis de colesterol⁴.

O alcance de maior número de fatores de SCV em nível ideal está associado a efeitos sinérgicos significativos na redução da incidência de DCVs e mortalidade populacional⁵⁻⁸. Estudos em diferentes populações têm mostrado que a adesão a 6 ou 7 das métricas propostas em nível ideal está associada à redução de 51% na incidência de câncer⁸, 80% na incidência de DCV⁹, 51% na mortalidade por todas as causas¹⁰, 76% na mortalidade por DCV¹⁰ e 70% na mortalidade por doença isquêmica do coração¹⁰, quando comparada com a presença de 0 e 1 métrica em nível ideal.

Ao contrário da prevenção do desenvolvimento de uma doença, a prevenção primordial é concebida como a prevenção inicial de fatores de risco, por meio da adoção de comportamentos mais saudáveis, e tem sido sugerida como essencial para alcançar a SCV ideal e reduzir a magnitude elevada das taxas de mortalidade por DCVs⁴. Diante desse contexto, conhecer a situação da SCV de uma população é fundamental para o desenvolvimento de

políticas públicas eficazes, e os inquéritos nacionais podem ser ferramentas úteis de vigilância que permitem fazer diagnósticos populacionais.

No Brasil, para nosso conhecimento, trabalhos que avaliam a SCV da população nacional, usando os critérios da AHA, têm sido publicados apenas em população restrita para área rural¹¹. Acredita-se que esse conceito possa ser bastante útil para encorajar o alcance de metas ideais e, conseqüentemente, melhorar a SCV da população. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de SCV ideal na população brasileira, segundo sexo, faixa etária e região de moradia, utilizando os dados da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional em que foram utilizados dados coletados pela PNS de 2013. A PNS é decorrente de um convênio do Ministério da Saúde com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que coletou, nos domicílios particulares, informações relacionadas à percepção de estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no âmbito nacional. A amostra da PNS utilizou como base a amostra mestra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), ampliando seu alcance geográfico, bem como melhorando a precisão para indicadores específicos, sendo selecionada em 3 estágios: setores censitários, domicílios e moradores com 18 anos ou mais. Demais informações sobre a amostra e a coleta de dados da PNS encontram-se descritas em publicação específica¹².

Dos 64.308 indivíduos adultos (18 anos ou mais) entrevistados, 60.202 responderam aos módulos referentes ao estilo de vida e de diagnóstico médico de DCNT, autorreferido. Essa perda (cerca de 6,5%) se refere a recusas e a moradores não encontrados nos domicílios. Além disso, para este estudo, foram excluídas as participantes grávidas (n = 800; 1,24%), as que não sabiam se estavam grávidas (n = 176; 0,27%), bem como aqueles que não responderam todos os 7 fatores avaliados (n = 25.840; 40,18%), totalizando uma amostra estudada de 34.362 indivíduos.

A prevalência de SCV ideal na população, neste estudo, foi avaliada conforme o proposto pela AHA⁴, a partir de fatores comportamentais (tabagismo, IMC, atividade física e dieta) e biológicos (diagnóstico de dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial) autorreferidos.

A dieta foi avaliada usando quatro dos cinco critérios da proposta original:

1. Consumo regular de frutas e hortaliças (ao menos cinco vezes ao dia, pelo menos cinco vezes na semana), com base nas questões: “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?” e “Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr.(a) come esse tipo de salada: 1 vez, 2 vezes ou 3 vezes ou mais?”, “Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como

- por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?” e “Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr.(a) come verdura ou legume cozido: 1 vez, 2 vezes ou 3 vezes ou mais?”, “Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar de suco de frutas natural?” e “Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr.(a) toma de suco de frutas natural?”, “Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer frutas?” e “Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr.(a) come frutas: 1 vez, 2 vezes ou 3 vezes ou mais?”;
2. Consumo de peixes (duas vezes na semana), com base na questão: “Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer peixe?”;
 3. Consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas (menor que 5 copos na semana), com base nas questões: “Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar refrigerantes (ou suco artificial)?” e “Em geral, quantos copos por dia o(a) sr.(a) toma de refrigerantes (ou suco artificial): 1 vez, 2 vezes ou 3 vezes ou mais?”;
 4. Consumo adequado de sal (adequado, baixo e muito baixo), com base na questão: “Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o sr.(a) acha que o seu consumo de sal é: muito alto, alto, adequado, baixo, muito baixo?”.

O consumo de grãos integrais não foi avaliado, por não ter sido aferido na PNS de 2013. Para cada um desses itens em nível ideal, o indivíduo ganhou 1 ponto ou 0, quando o contrário. Após a soma dos componentes da dieta, os indivíduos foram classificados em três grupos, de acordo com o número de critérios ideais apresentados: ruim (0 – 1), intermediário (2 – 3) e ideal (4).

Além da dieta, outros três comportamentos foram avaliados e os níveis ideais foram considerados da seguinte forma:

1. Não fumar ou ter parado de fumar há mais de 12 meses, com base nas questões: “A última vez que o(a) sr.(a) comprou cigarros para uso próprio, quantos cigarros comprou?”, “Em média, quantos cigarros industrializados o(a) sr.(a) fumava por dia ou por semana?” e “Há quanto tempo o(a) sr.(a) parou de fumar?”;
2. Apresentar IMC menor do que 25 kg/m², com base nas questões: “O(a) sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?”, “O(a) sr.(a) sabe sua altura?”;
3. Realizar atividade física (> 150 minutos semanais de atividade física moderada ou > 75 minutos de intensidade vigorosa), com base nas questões: “Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”, “Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr.(a) praticou?”, “O(a) sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?”, “Quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?” e “No dia que o(a) sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”.

Por fim, as três métricas biológicas foram avaliadas de modo análogo, da seguinte forma:

1. Não referir diagnóstico de dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial, com base nas questões: “Algum médico já lhe disse que o(a) sr.(a) tem diabetes?”, “Algum médico

já lhe disse que o(a) sr.(a) tem pressão alta?” e “Algum médico já lhe disse que o(a) sr.(a) tem colesterol ou triglicérides elevado?”.

Atribuiu-se valor 1 para cada condição em nível ideal e 0 para o contrário (exceto para o componente dietético, para o qual era necessário que a condição ideal fosse atingida em todas as quatro situações avaliadas). Ao final, o indicador de SCV variou de 0 (ruim) a 7 (ideal). Considerou-se SCV ideal quando o indivíduo apresentou os sete fatores em níveis ideais. Além disso, as métricas comportamentais e biológicas foram agrupadas, originando o índice de métricas comportamentais (0–4) e o índice de métricas biológicas (0–4), respectivamente. Apesar de não ser uma característica biológica, o tabagismo foi incluído em ambos os grupos devido à importância de abstinência de fumo e cessação do tabagismo para a promoção da saúde⁴.

A prevalência e o intervalo de 95% de confiança (IC95%) de valores ideais das variáveis isoladas e dos índices comportamental, biológico e total foram apresentados segundo sexo (masculino, feminino), faixa etária (18 a 35, 36 a 59, 60 anos ou mais) e Região do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste, Sul). Em cada uma dessas situações, diferenças significativas foram identificadas por meio da não sobreposição dos dados de IC95% das prevalências em questão. Para todas as análises, foi considerado o nível de significância de $\alpha = 0,05$.

Todas as análises foram realizadas levando-se em consideração o delineamento amostral complexo da PNS 2013, por meio do módulo *Survey*, do aplicativo *Stata 12.1*.

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em junho de 2013, sob o parecer nº 328.159.

RESULTADOS

Um total de 34.362 indivíduos fez parte da amostra neste estudo, sendo 51,3% do sexo feminino, e a idade média (\pm EP), 43,8 anos (\pm 0,2). Em relação à faixa etária, observou-se que 35,8% da população estudada tinha entre 18 e 35, 46,5%, entre 36 e 59, e 17,7%, 60 ou mais anos de idade. Além disso, 5,5% se encontrava na Região Norte, 21,5%, no Nordeste, 48,7%, no Sudeste, 16,5%, no Sul, e 7,7%, no Centro-Oeste.

A população brasileira atingiu prevalências menores de 1% das sete métricas em nível ideal. Isoladamente, 3,2% apresentaram dieta em nível ideal, seguida de atividade física (23,6%) e IMC (43,7%). Esses fatores apresentaram menores frequências em todas as estratificações estudadas. A prevalência de valores ideais para tabagismo, IMC, pressão arterial e colesterol total apresentou diferenças entre os sexos. As mulheres apresentaram maior prevalência em níveis ideais para: tabagismo (89,5%) e IMC < 25 kg/m² (46,8%). Os homens, por sua vez, apresentaram maior prevalência, em níveis ideais para: hipertensão arterial, pois 77,7% referiram não ter o diagnóstico da doença e 87,3% não ter colesterol total elevado (Tabela 1). Em relação à faixa etária, observou-se que indivíduos mais jovens (18 a 35 anos) apresentaram maiores prevalências de fatores em níveis ideais, exceto para dieta e tabagismo (Tabela 2).

Tabela 1. Prevalência de saúde cardiovascular ideal e métricas de saúde cardiovascular, segundo sexo. População brasileira adulta (≥ 18 anos) – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Métricas*	Feminino % (IC95%)	Masculino % (IC95%)	Total % (IC95%)
Dieta saudável ideal	3,5 (3,1 – 4,0)	3,0 (2,5 – 3,4)	3,2 (2,9 – 3,6)
Tabagismo ideal	89,5 (88,7 – 90,2)	81,7 (80,5 – 82,8)	85,7 (85 – 86,3)
Atividade física ideal	22,9 (21,8 – 24,11)	24,2 (23,0 – 25,4)	23,6 (22,7 – 24,4)
IMC ideal	46,8 (45,5 – 48,1)	40,5 (39 – 42)	43,7 (42,7 – 44,7)
Pressão arterial ideal	75,2 (74 – 76,2)	77,7 (76,5 – 78,9)	76,4 (75,6 – 77,2)
Diabetes ideal	92,7 (91,5 – 93,3)	93,0 (92,2 – 93,7)	92,8 (92,3 – 93,3)
Colesterol total ideal	83,0 (82,1 – 83,9)	87,3 (86,3 – 88,3)	85,1 (84,4 – 85,8)
Saúde cardiovascular ideal*	0,4 (0,2 – 0,6)	0,3 (0,2 – 0,4)	0,34 (0,2 – 0,5)

Fatores de saúde cardiovascular ideal: não fumar ou ter parado de fumar há mais de 12 meses; índice de massa corporal — IMC < 25 kg/m²; fisicamente ativo (> 150 minutos semanais de atividade física moderada ou > 75 minutos de intensidade vigorosa); consumo de frutas e hortaliças ao menos 5 vezes ao dia, pelo menos 5 vezes na semana, consumo de peixes pelo menos duas vezes na semana, consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas menor que 5 copos na semana e consumo adequado de sal; não referir diagnóstico de dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial.
*Presença das sete métricas em nível ideal.
IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2. Prevalência de saúde cardiovascular ideal e métricas de saúde cardiovascular, segundo faixa etária. População brasileira adulta (≥ 18 anos) – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Métricas*	18 – 35 anos % (IC95%)	36 – 59 anos % (IC95%)	≥ 60 anos % (IC95%)	Total % (IC95%)
Dieta saudável ideal	2,5 (2,1 – 2,9)	3,5 (3,0 – 4,0)	4,1 (3,2 – 5,3)	3,3 (2,9 – 3,6)
Tabagismo ideal	88,0 (86,9 – 89,1)	83,1 (82 – 84,1)	87,7 (86,2 – 89,1)	85,7 (85 – 86,3)
Atividade física ideal	29,7 (28,1 – 31,2)	21,2 (20 – 22,44)	17,4 (15,85 – 19,0)	23,6 (22,7 – 24,4)
IMC ideal	54,2 (52,4 – 55,8)	36,8 (35,4 – 38,2)	40,9 (38,6 – 43,2)	43,7 (42,7 – 44,7)
Pressão arterial ideal	94,7 (94,0 – 95,4)	73,4 (72,1 – 74,6)	47,4 (45,2 – 49,7)	76,4 (75,6 – 77,2)
Diabetes ideal	99,1 (98,7 – 99,3)	92,7 (91,9 – 93,5)	80,6 (78,7 – 82,33)	92,8 (92,3 – 93,3)
Colesterol total	94,7 (93,8 – 95,4)	82,0 (80,9 – 83,1)	74,0 (72,0 – 75,9)	85,1 (84,4 – 85,8)
Saúde cardiovascular ideal*	0,5 (0,4 – 0,7)	0,2 (0,1 – 0,5)	0,1 (0,0 – 0,4)	0,3 (0,2 – 0,5)

Fatores de saúde cardiovascular ideal: não fumar ou ter parado de fumar há mais de 12 meses; índice de massa corporal — IMC < 25 kg/m²; fisicamente ativo (> 150 minutos semanais de atividade física moderada ou > 75 minutos de intensidade vigorosa); consumo de frutas e hortaliças ao menos 5 vezes ao dia, pelo menos 5 vezes na semana, consumo de peixes pelo menos duas vezes na semana, consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas menor que 5 copos na semana e consumo adequado de sal; não referir diagnóstico de dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial.
*Presença das sete métricas em nível ideal.
IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Indivíduos que residem na Região Norte apresentaram maiores prevalências em níveis ideais da maioria dos fatores avaliados, exceto atividade física e IMC, em que os valores máximos foram obtidos nas Regiões Centro-Sul e Nordeste, respectivamente. As menores prevalências de fatores em níveis ideais foram observadas na Região Sul, exceto tabagismo e diabetes, em que os valores mínimos foram obtidos na Região Sudeste (Tabela 3).

Após avaliação isolada, analisou-se o conjunto das sete métricas componentes do índice total de SCV, destacando-se as diferenças encontradas entre as faixas etárias, pois os indivíduos mais jovens (18 a 35 anos) apresentaram maiores prevalências em níveis ideais em relação aos indivíduos das demais faixas etárias. Ainda em relação ao escore total em níveis ideais, os idosos (60 ou mais anos) encontraram-se aquém da média populacional, com menores prevalências de níveis ideais de SCV (Figura 1).

Tabela 3. Prevalência de saúde cardiovascular ideal e métricas de saúde cardiovascular, segundo Região do país. População brasileira adulta (≥ 18 anos) – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Métricas*	Norte % (IC95%)	Nordeste % (IC95%)	Sudeste % (IC95%)	Sul % (IC95%)	Centro-Oeste % (IC95%)	Total % (IC95%)
Dieta saudável ideal	5,2 (4,3 – 6,2)	4,3 (3,7 – 5,0)	3,0 (2,5 – 3,6)	2,2 (1,7 – 2,8)	2,8 (2,2 – 3,4)	3,3 (2,9 – 3,5)
Tabagismo ideal	88,6 (87,3 – 9,9)	86,7 (85,6 – 87,8)	84,8 (83,6 – 85,9)	85,3 (83,7 – 86,7)	86,9 (85,5 – 88,1)	85,7 (85,0 – 86,3)
Atividade física ideal	24,5 (22,4 – 6,6)	25,1 (23,5 – 26,7)	23,3 (22,0 – 24,7)	20,7 (19,0 – 22,6)	26,1 (24,4 – 27,9)	23,6 (22,7 – 24,4)
IMC ideal	44,8 (42,7 – 46,9)	47,5 (45,4 – 49,6)	43,0 (41,4 – 44,6)	40,4 (38,2 – 42,6)	44,4 (42,6 – 46,3)	43,7 (42,7 – 44,7)
Pressão arterial ideal	82,4 (80,5 – 84,1)	79,5 (78,0 – 80,9)	75,1 (73,7 – 76,4)	74,5 (72,4 – 76,4)	76,3 (74,4 – 78,1)	76,4 (75,6 – 77,2)
Diabetes ideal	94,9 (93,2 – 95,9)	94,8 (94,0 – 95,5)	91,8 (90,9 – 92,6)	92,8 (91,7 – 93,7)	92,6 (91,5 – 93,6)	92,8 (92,3 – 93,3)
Colesterol total ideal	87,0 (85,4 – 88,4)	85,4 (84,1 – 86,5)	84,8 (83,6 – 85,9)	84,4 (82,7 – 86,0)	86,7 (85,2 – 88,0)	85,1 (84,4 – 85,8)
Saúde cardiovascular ideal*	0,5 (0,2 – 1,1)	0,4 (0,2 – 0,7)	0,3 (0,2 – 0,6)	0,0 (0,0 – 0,2)	0,4 (0,2 – 0,6)	0,3 (0,2 – 0,5)

Fatores de saúde cardiovascular ideal: não fumar ou ter parado de fumar há mais de 12 meses; índice de massa corporal — IMC < 25 kg/m²; fisicamente ativo (> 150 minutos semanais de atividade física moderada ou > 75 minutos de intensidade vigorosa); consumo de frutas e hortaliças ao menos 5 vezes ao dia, pelo menos 5 vezes na semana, consumo de peixes pelo menos duas vezes na semana, consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas menor que 5 copos na semana e consumo adequado de sal; não referir diagnóstico de dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial.

*Presença das sete métricas em nível ideal.

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Ao analisar os índices de métricas comportamentais e biológicas, observou-se que, para o sexo, a faixa etária e a região geográfica, as maiores prevalências foram as dos fatores

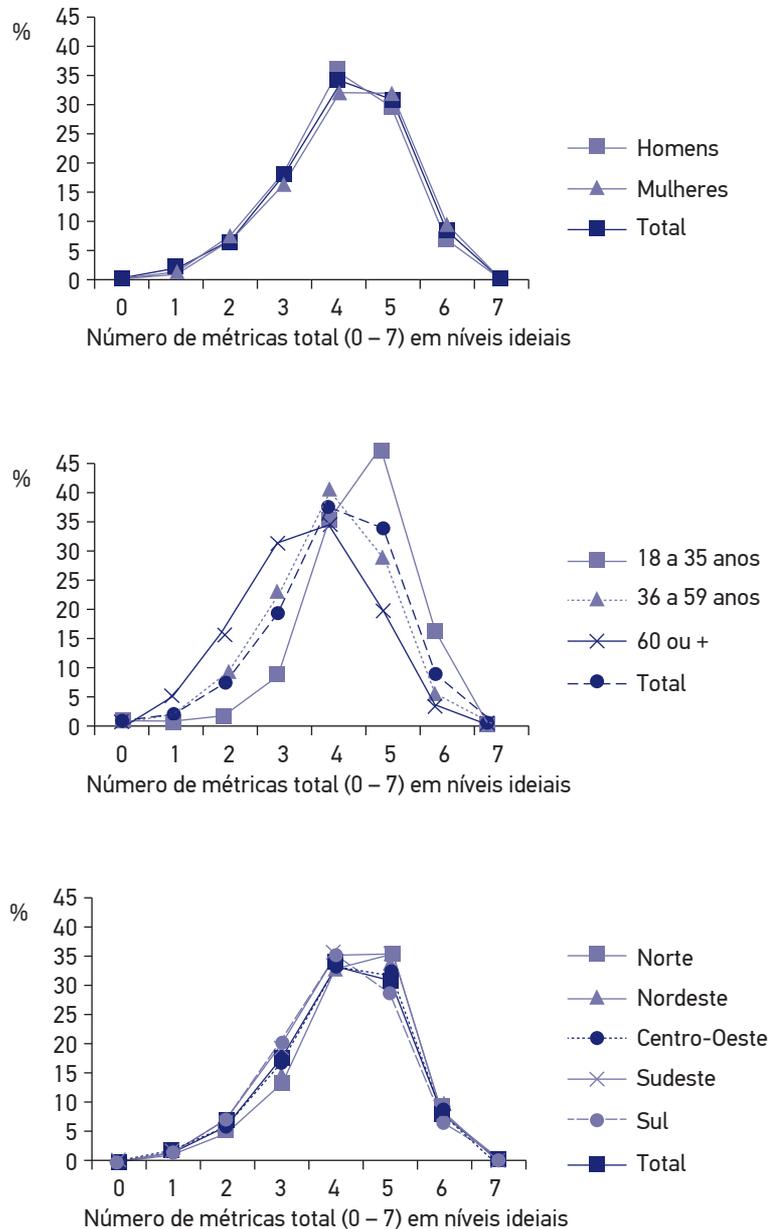


Figura 1. Número de métricas total (0 – 7) em níveis ideais, segundo sexo (A), faixa etária (B) e Região do país (C) – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

biológicos, ou seja, os indivíduos apresentaram pior desempenho em relação aos fatores comportamentais (Figura 2).

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo a avaliar a frequência de SCV ideal, e seus componentes, em amostra representativa do conjunto da população adulta do Brasil. Foram estimadas as prevalências de sete métricas autorreferidas de SCV, dentre elas quatro comportamentais e três biológicas, e índices de SCV usando critérios recomendados pela AHA. Menos de 1% da população apresentou cenário ideal em todos os fatores estudados e, assim, pode ser

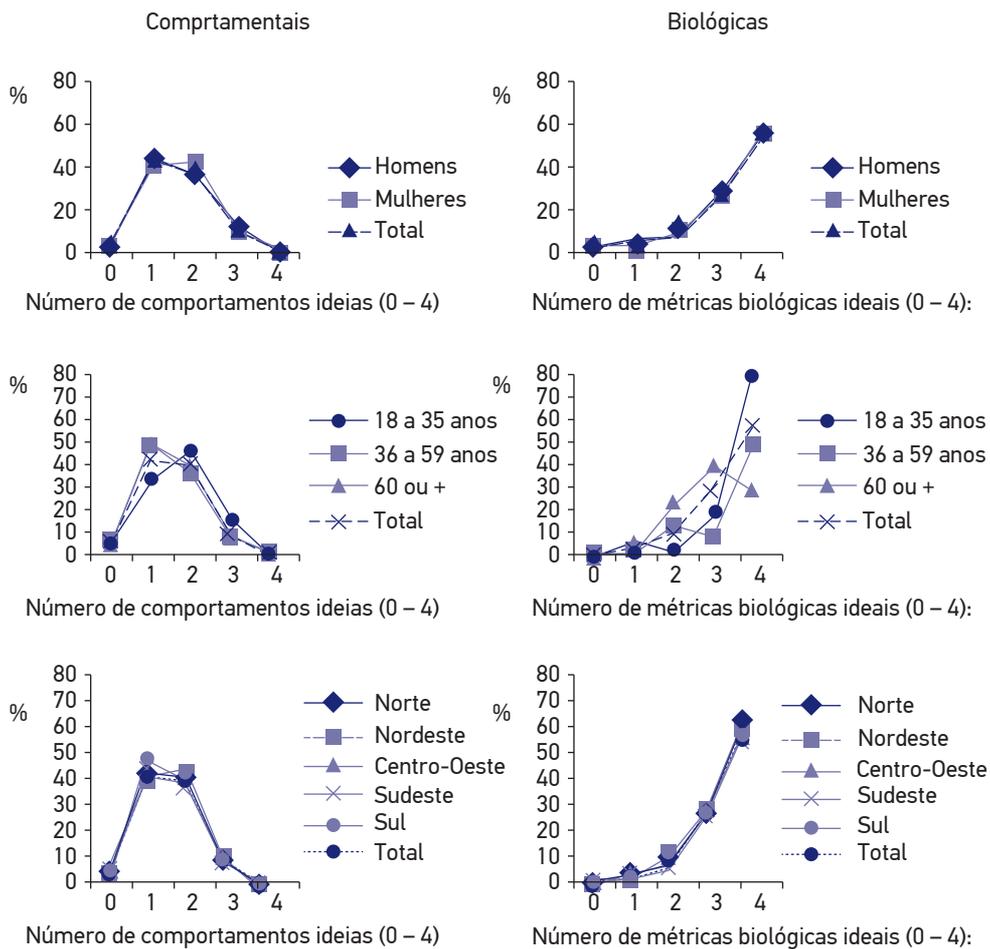


Figura 2. Índice de métricas comportamentais e índice de métricas biológicas, segundo sexo (A), faixa etária (B) e Região do país (C) – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

considerada com baixa prevalência de SCV ideal. O nível ideal variou de acordo com o fator considerado, sendo maior para a ausência de diabetes (92,8%) e menor para a dieta adequada (3,3%). As mulheres apresentaram os melhores resultados para tabagismo e IMC, e os homens, para colesterol e pressão arterial. De forma geral, o grupo de 18 a 35 anos e aqueles indivíduos residentes na Região Norte apresentaram as maiores prevalências em nível ideal.

Recomenda-se cautela na comparação dos resultados do presente estudo com aqueles disponíveis na literatura sobre o tema realizados com populações de outros países, uma vez que o número e a forma de aferição utilizados se diferem. Admite-se, ainda, que há diferenças de idade entre as regiões, o que torna a comparação de interesse apenas descritiva.

Neste estudo, todas as informações utilizadas foram autorreferidas, enquanto em parte dos estudos conduzidos em países de alta renda (como os EUA) apenas informações diretamente aferidas na população de interesse foram utilizadas¹³. Uma vez que medidas autorreferidas tendem a ser menos precisas do que aquelas aferidas diretamente, as prevalências aqui apresentadas tendem a ser menos precisas do que aquelas de estudos em que os fatores foram diretamente investigados^{14,15}. Sabe-se ainda, a partir de dados de inquéritos semelhantes à PNS, que a população adulta do país tende a superestimar comportamentos positivos — como o consumo recomendado de frutas e hortaliças —, subestimar aqueles com conotação negativa — como o tabagismo — e marcadores biológicos (como colesterol, glicose e pressão arterial aumentados) constituem condições subdiagnosticadas^{16,17}, levando-nos a concluir que a condição de SCV ideal da população do Brasil seja ainda pior do que a descrita em nossos resultados. Além disso, enquanto alguns estudos contemplam a contagem da presença dos fatores em níveis ideais^{4,18}, outros o fazem como escores e categorias de escore (inadequado, intermediário e ideal)¹³. No presente estudo, optou-se por contemplar ambas as abordagens, permitindo a máxima comparabilidade dos resultados estimados. A despeito dessas limitações, em outros estudos considerados para comparação foram observados resultados semelhantes, com baixa prevalência de SCV ideal^{19,20}. Por exemplo, estudo usando dados transversais em países de alta renda mostra que somente 0,02, 1,8 e 8,2% dos adultos apresentaram 7, 6 ou 5 fatores em níveis ideais, respectivamente²¹.

Em estudo realizado em população rural no Brasil verificou-se que apenas 0,4% dos indivíduos apresentaram todos os sete fatores em níveis ideais, frequência similar à descrita para a população deste estudo¹¹. Nesse mesmo estudo, destaca-se, ainda, a baixa prevalência de indivíduos que apresentaram comportamento ideal nos quatro comportamentos: apenas 1%, independentemente do sexo.

Estimativas indicadoras de SCV nas populações são importantes instrumentos de predição de morbimortalidade para várias DCVs e cânceres^{4,8,9}. A importância de manter altas frequências dos fatores em nível ideal em populações foi demonstrada em estudos recentes^{7,9}. Toda evidência disponível indica menores riscos de DCVs em grupos com altos escores e/ou maior número em nível ideal. Em uma coorte de mais de 22.000 adultos maiores de 45 anos, acompanhada por 5 anos, identificou-se redução de 25% no risco de isquemia cerebral ajustado por importantes variáveis de confusão²². Recentemente, em uma coorte de 12.538 homens entre 40 e 59 anos, o grupo que apresentou entre 6 e 7 métricas em nível

ideal mostrou reduções de 58 e 90% na mortalidade por todas as causas e cardiovascular, respectivamente, quando comparado ao grupo que apresentou entre 0 e 2 fatores em nível ideal⁶. Em 2001, a coorte ARIC, com 15.792 participantes, de ambos os sexos, mostrou diminuição dos riscos de incidências de eventos cardiovasculares de acordo com o aumento de número de fatores em nível ideal, variando de 89 a 55%, quando comparados à incidência em indivíduos que não apresentavam nenhum fator em nível ideal⁹.

Dentre as limitações do presente estudo, destacam-se as elevadas exclusões na análise, o que pode resultar em algum tipo de viés. Além disso, há a limitação na comparação entre regiões em função das diferenças na estrutura etária. Assim, melhores resultados na Região Norte, em particular, em relação aos aspectos biológicos, podem ser devido à população mais jovem na região.

É importante destacar algumas vantagens metodológicas deste trabalho. Trata-se de um estudo com amostra probabilística e com representatividade por grandes regiões e nacional. Ainda que a aferição das exposições de interesse tenha sido autorreferida, ela fornece uma importante imagem da SCV da população brasileira, pois possibilita obter informações de maneira confiável a um custo mais adequado. Aproximações mais precisas poderão ser realizadas futuramente por ocasião da liberação de valores de colesterol e glicemia aferidos em laboratório em subamostra desta mesma pesquisa.

CONCLUSÃO

As estimativas isoladas e conjuntas de fatores biológicos e comportamentais de SCV na população brasileira e nas grandes regiões mostram baixas prevalências em nível ideal. A magnitude desses eventos no grupo etário de 18 a 35 anos inicialmente poderia ser considerada como meta a ser atingida por todos os subgrupos da população. Dessa forma, o acompanhamento das métricas de SCV pode ser, potencialmente, um bom instrumento de vigilância e proteção para a SCV das populações brasileiras e o alcance de níveis de prevenção primordial satisfatórios.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Moura LD, Prado R RD, Escalante J C, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23(4): 599-608.
2. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization; 2011.
3. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123(4): 18-209.
4. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation* 2010; 121(4): 586-613.
5. Liu Y, Chi HJ, Cui LF, Yang XC, Wu YT, Huang Z, et al. The ideal cardiovascular health metrics associated inversely with mortality from all causes and from cardiovascular diseases among adults in a Northern Chinese industrial city. *PLoS One* 2014; 9(2): e89161.

6. Kim JY, Ko YJ, Rhee CW, Park BJ, Kim DH, Bae JM, et al. Cardiovascular health metrics and all-cause and cardiovascular disease mortality among middle-aged men in Korea: the Seoul male cohort study. *J Prev Med Public Health* 2013; 46(6): 319-28.
7. Zhang Q, Zhou Y, Gao X, Wang C, Zhang S, Wang A, et al. Ideal cardiovascular health metrics and the risks of ischemic and intracerebral hemorrhagic stroke. *Stroke* 2013; 44(9): 2451-6.
8. Rasmussen-Torvik LJ, Shay CM, Abramson JG, Friedrich CA, Nettleton JA, Prizment AE, et al. Ideal cardiovascular health is inversely associated with incident cancer: the Atherosclerosis Risk In Communities study. *Circulation* 2013; 127(12): 1270-5.
9. Folsom AR, Yatsuya H, Nettleton JA, Lutsey PL, Cushman M, Rosamond WD. Community Prevalence of Ideal Cardiovascular Health, by the AHA Definition, and Relation to Cardiovascular Disease Incidence. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57(16): 1690-6.
10. Yang Q, Cogswell ME, Flanders WD, Hong Y, Zhang Z, Loustalot F, et al. Trends in cardiovascular health metrics and associations with all-cause and CVD mortality among US adults. *JAMA* 2012; 307(12): 1273-83.
11. Felisbino-Mendes MS, Jansen AK, Gomes CS, Velásquez-Meléndez G. Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(6): 1183-94.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
13. Shay CM, Ning H, Allen NB, Carnethon MR, Chiuve SE, Greenlund KJ, et al. Status of cardiovascular health in US adults prevalence estimates from the National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) 2003–2008. *Circulation* 2012; 125: 45-56.
14. Hardman CM, Barros SSH, Oliveira ESA, Nahas MV, Barros MVG. Inatividade nos deslocamentos para o trabalho e fatores associados em industriários. *Saúde Soc* 2013; 22(3): 760-72.
15. Xavier GS. Avaliação da estimação da imagem corporal em mulheres adultas a partir de dois métodos perceptivos [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2014.
16. Mendes LL, Campos SF, Malta DC, Bernal RTI, Sá NNB, Velásquez-Meléndez G. Validade e reprodutibilidade de marcadores do consumo de alimentos e bebidas de um inquérito telefônico realizado na cidade de Belo Horizonte (MG), Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(Supl.1): 80-9.
17. Neves ACM, Gonzaga LAA, Martens IBG, Moura EC. Validação de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico em Belém, Pará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(12): 2379-88.
18. Maclagan LC, Park J, Sanmartin C, Mathur KR, Roth D, Manuel DG, et al. The CANHEART health index: a tool for monitoring the cardiovascular health of the Canadian population. *CMAJ* 2014; 186(3): 180-7.
19. Crichton GE, Elias MF, Robbins MA. Cardiovascular health and arterial stiffness: the Maine-Syracuse Longitudinal Study. *J Hum Hypertens* 2014; 28(7):444-9.
20. Zeng Q, Dong SY, Song ZY, Zheng YS, Wu HY, Mao LN. Ideal cardiovascular health in Chinese urban population. *Int J Cardiol* 2013; 167(5): 2311-7.
21. Janković S, Stojisavljević D, Janković J, Erić M, Marinković J. Status of cardiovascular health in a transition European country: findings from a population-based cross-sectional study. *Int J Public Health* 2014; 59(5): 769-78.
22. Kulshreshtha A, Vaccarino V, Judd SE, Howard VJ, McClellan WM, Muntner P, et al. Life's Simple 7 and risk of incident stroke: the reasons for geographic and racial differences in stroke study. *Stroke* 2013; 44(7): 1909-14.

Recebido em: 13/04/2015

Versão final apresentada em: 17/07/2015

Aceito em: 05/08/2015