

Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013

doi: 10.5123/S1679-49742015000300004

Noncommunicable chronic disease risk and protective factor prevalence among adults in Brazilian state capital cities, 2013

Deborah Carvalho Malta

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Maryane Oliveira Campos

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Max Moura de Oliveira

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Betine Pinto Moehlecke Iser

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil
Universidade do Sul de Santa Catarina, Faculdade de Medicina, Tubarão-SC, Brasil

Regina Tomie Ivata Bernal

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo-SP, Brasil

Rafael Moreira Claro

Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Nutrição, Belo Horizonte-MG, Brasil

Carlos Augusto Monteiro

Universidade de São Paulo, Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, São Paulo-SP, Brasil

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

Grupo Vigitel

Resumo

Objetivo: descrever as prevalências dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população adulta residente nas capitais brasileiras em 2013, e verificar os fatores sociodemográficos associados. **Métodos:** foi realizado estudo transversal com 52.929 entrevistas pelo inquérito telefônico Vigitel, e investigadas associações mediante regressão de Poisson. **Resultados:** as prevalências foram: tabagismo de 11,3% (IC_{95%}:10,6%;11,9%); para consumo abusivo de bebidas alcoólicas, 16,4% (IC_{95%}:15,7%;17,0%); consumo recomendado de frutas e hortaliças, 23,6% (IC_{95%}:22,9%;24,3%); inatividade física, 16,2% (IC_{95%}:15,6%;16,9%); excesso de peso, 50,8% (IC_{95%}:49,9%;51,6%); elevado consumo de sal referido, 16,0% (IC_{95%}:15,3%;16,6%); substituição do almoço ou jantar por lanches, 15,5% (IC_{95%}:15,8%;17,1%); e consumo regular de doces, 19,5% (IC_{95%}:18,8%;20,2%); a presença dos fatores de risco foi associada ao sexo masculino, maior idade e menor escolaridade. **Conclusão:** o monitoramento apoia o planejamento de políticas públicas de promoção da saúde visando à redução da morbimortalidade por doenças crônicas.

Palavras-chave: Fatores de Risco; Doenças Crônicas; Inquéritos Epidemiológicos; Vigilância Epidemiológica; Prevalência.

Abstract

Objective: to describe chronic disease risk and protective factor prevalence among adults living in Brazilian state capital cities in 2013 and to verify associated sociodemographic factors. **Methods:** this was a cross-sectional study involving 52,929 telephone interviews; risk and protective factor prevalence was estimated by sex, age and schooling; Poisson Regression was used to investigate associations. **Results:** prevalence was as follows: smoking 11.3% (95%CI: 10.6%;11.9%); alcohol abuse 16.4% (95%CI: 15.7%;17.0%); recommended intake of fruits and vegetables 23.6% (95%CI: 22.9%;24.3%); physical inactivity 16.2% (95%CI: 15.6%;16.9%); overweight 50.8% (95%CI: 49.9%;51.6%); high salt intake 16.0% (95%CI: 15.3%;16.6%); meals replaced with snacks 15.5% (95%CI: 15.8%;17.1%); regular consumption of confectionery 19.5% (95%CI: 18.8%;20.2%). Risk factor presence was associated with male gender, older age and lower schooling. **Conclusion:** monitoring supports planning public policies on health promotion by reducing morbidity and mortality from chronic diseases.

Key words: Risk Factors; Chronic Diseases; Health Surveys; Epidemiological Surveillance; Prevalence.

Endereço para correspondência:

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

Introdução

A expectativa de vida tem aumentado no mundo. Observa-se uma proporção maior de mortes entre pessoas com mais de 70 anos de idade, ao mesmo tempo que diminuem as mortes em crianças menores de 5 anos. Tal cenário reflete um grande progresso na saúde da população mundial. As doenças infecciosas estão cada vez mais controladas e, em algumas partes do planeta, tem havido um progresso substancial na prevenção de mortes prematuras por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).¹

No Brasil, a probabilidade de morrer entre as idades de 30 e 70 anos (mortalidade precoce) devido a um dos quatro principais grupos de DCNT reduziu-se entre 1993 e 2010, de 32,3% para 22,8% em homens, e de 23,5% para 15,4% em mulheres.²

Apesar da tendência de redução da mortalidade precoce, as DCNT são as principais causas de morte e incapacidade na população.

Apesar da tendência de redução da mortalidade precoce, as DCNT são as principais causas de morte e incapacidade na população mundial, além de serem responsáveis por altos encargos econômicos sobre indivíduos, sociedades e sistemas de saúde.^{3,4} Em 2010, cerca de oito milhões de pessoas morreram de câncer, representando um aumento de cerca de 30% no número de mortes por essa causa em 20 anos. Uma em cada quatro mortes deveu-se a doença cardíaca ou acidente vascular cerebral.⁵ O diabetes foi responsável por uma a três milhões de mortes.⁵ Os maiores fatores de risco para DCNT encontram-se no aumento da pressão arterial, tabagismo, consumo abusivo de álcool e alimentação inadequada.⁵ A presença de fatores de risco não somente aumenta a mortalidade por essas doenças⁶ como afeta a qualidade de vida dos indivíduos.⁷

Em 2011, foi aprovada uma Declaração Política em reunião de Alto Nível das Nações Unidas (Organização das Nações Unidas [ONU]), estabelecendo-se o compromisso dos países membros da ONU com o enfrentamento das DCNT.⁸ Posteriormente, os mesmos países concordaram em adotar nove metas globais, incluindo uma abrangente meta de redução de 25% na mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT (doenças cardiovasculares; doenças respiratórias crônicas; cânceres; diabetes), em

relação aos níveis de 2010 até 2025 (referida como a meta de 25×25).⁸

Acredita-se, caso forem alcançadas as metas globais de redução de seis fatores de risco (tabagismo; consumo abusivo de álcool; ingestão de sal; obesidade; pressão arterial elevada; glicose), que a probabilidade de morrer prematuramente (entre as idades de 30 e 70 anos) pelas quatro principais doenças não transmissíveis (cardiovasculares; respiratórias crônicas; cânceres; diabetes) diminuirá em proporções significativas, entre homens (22%) e mulheres (19%), no período de 2010 a 2025.⁹ Alcançar essas metas haverá impedido mais de 37 milhões de mortes (16 milhões na idade de 30-69 anos e 21 milhões com 70 anos ou mais) pelas principais doenças não transmissíveis, ao longo desses 15 anos.⁹ É importante salientar que a maioria dos beneficiários do cumprimento das metas encontrar-se-á em países de renda baixa e média.⁹

O Brasil assumiu compromissos de prevenção e atenção às DCNT ao lançar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022, que define e prioriza as ações e os investimentos necessários à preparação do país para o desafio representado pelas doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco nos próximos anos.¹⁰ Conhecer a ocorrência e a distribuição desses fatores de risco na população é fundamental para subsidiar as ações de enfrentamento das DCNT.

O objetivo deste artigo foi descrever as prevalências dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população adulta residente nas capitais brasileiras em 2013, e verificar os fatores sociodemográficos a elas associados.

Métodos

Estudo transversal que utilizou dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) coletados em 2013. O Vigitel conta com amostra probabilística da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal (DF), residente em domicílios dotados de ao menos uma linha de telefone fixo.

Desde 2006, o Vigitel tem realizado um monitoramento anual contínuo dos principais fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos estados brasileiros e no DF.¹¹ Anualmente, as principais operadoras de telefonia no país disponibilizam os cadastros das linhas de telefone fixo das 27 cidades. O Vigitel sorteia 5.000 linhas telefônicas de cada cidade, divididas em subamostras de 200 linhas

cada, para identificação das linhas residenciais ativas e seleção do morador a ser entrevistado.¹¹

As entrevistas são assistidas por computador e as respostas registradas diretamente, por meio eletrônico. Cada entrevista dura, em média, cerca de dez minutos. O questionário do estudo, composto por 91 questões relacionadas às características demográficas e socioeconômicas, também incluiu módulos correspondentes aos grupos de fatores de risco e proteção para doenças crônicas.¹²

Foram estimadas as prevalências dos fatores de risco e proteção para DCNT, divididos em oito módulos apresentados a seguir.

a) tabagismo

- fumantes;
- ex-fumantes;
- fumantes com consumo de 20 ou mais cigarros por dia;
- fumantes passivos no domicílio (não fumantes que relatam pelo menos um dos moradores de seu domicílio com costume de fumar dentro de casa); e
- fumantes passivos no local de trabalho (não fumantes que relatam pelo menos uma pessoa com costume de fumar no ambiente de trabalho)

b) consumo de álcool

- consumo abusivo de bebida alcoólica (cinco ou mais doses para homens; quatro ou mais doses para mulheres em uma única ocasião); e
- indivíduos que referiram conduzir veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica

c) consumo alimentar

- consumo regular de frutas e hortaliças (em cinco ou mais dias da semana);
- consumo recomendado de frutas e hortaliças (cinco ou mais vezes por dia, em cinco ou mais dias da semana);
- consumo regular de feijão (em cinco ou mais dias da semana);
- consumo de carnes com excesso de gordura (carne vermelha com gordura visível e/ou frango com pele);
- consumo de leite com teor integral de gordura;
- consumo regular de refrigerante ou suco artificial (em cinco ou mais dias por semana);
- consumo regular de doces (em cinco ou mais dias por semana);
- consumo elevado de sal (consumo autorreferido de sal alto ou muito alto); e

- substituição de comida do almoço ou jantar por lanche (em sete ou mais vezes por semana)

d) atividade física

- prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre (pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, independentemente do número de dias em que se pratique atividade física por semana);
- prática de atividade física no deslocamento (no trajeto para o trabalho ou escola de bicicleta, ou caminhando por ao menos 150 minutos semanais no percurso de ida e volta);
- hábito de assistir a televisão por três ou mais horas ao dia.

Em 2013, foram incorporados ao Vigitel novos indicadores de atividade física, para atender à comparabilidade internacional e monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022:

- prática de atividade física insuficiente (inferior a 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada; ou menos de 75 minutos de atividade vigorosa em atividades físicas no tempo livre, no deslocamento para o trabalho/escola e na atividade ocupacional); e
- fisicamente inativos (percentual de adultos que não praticaram qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses, que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, que não se deslocam para o trabalho ou escola a pé ou de bicicleta e que não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas)

e) índice de massa corporal (IMC)

- percentual de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$)

f) autoavaliação de saúde

- percentual de indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim

g) morbidade referida

- adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial; e
- adultos que referem diagnóstico médico de diabetes

h) exames de detecção precoce de câncer

- mulheres (50-69 anos de idade) que realizaram exame de mamografia alguma vez na vida e nos últimos dois anos; e

- mulheres (25-64 anos de idade) que realizaram exame de citologia oncológica (Papanicolau) para câncer de colo do útero alguma vez na vida e nos últimos três anos.

Conforme supracitado, as estimativas das prevalências foram apresentadas em proporções (%), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). Para o cálculo das prevalências, utilizou-se como denominador o total de adultos entrevistados. Os resultados foram calculados por sexo (masculino; feminino), faixa etária (18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; e 65 anos ou mais) e escolaridade (0-8; 9-11; e 12 anos ou mais de estudo).

Para analisar as diferenças nas prevalências segundo sexo, idade e escolaridade, foram estimadas as razões de prevalência (RP), ajustadas por idade, escolaridade ou ambas, e seus respectivos intervalos de confiança de 95% - IC_{95%} -, por meio de modelo de Regressão de Poisson com variância robusta, considerando-se a última categoria como referência. As análises dos dados foram realizadas com auxílio do *software* Stata versão 11.0. Para todas as análises, foram incorporados os fatores de ponderação do Vigitel tendo-se em consideração a probabilidade desigual que indivíduos residindo em domicílios com maior número de linhas telefônicas ou menor número de moradores tiveram para participar da amostra, além de corrigir a super ou subestimação da amostra do Vigitel decorrente da cobertura de telefonia fixa desigual no Brasil (utilizando-se procedimento de pós-estratificação).

No caso de desconhecimento dos entrevistados sobre seu peso ou altura, valores imputados dessas medidas foram utilizados. A imputação de valores foi feita mediante o procedimento técnico *hot deck*, que compreende várias etapas. Primeiramente, são identificadas as variáveis associadas à ausência de resposta; para tanto, investiga-se a associação entre a ausência de resposta e as variáveis idade, sexo, escolaridade e raça/cor. O modelo resultante dessa investigação permite criar grupos de respondentes e não respondentes com características semelhantes para as variáveis preditoras da condição de não resposta. Por fim, em cada capital, seleciona-se aleatoriamente, dentro de cada grupo, uma pessoa com informações conhecidas que 'doará' seus valores de peso ou altura ao não respondente pertencente ao mesmo grupo. Detalhes metodológicos do Vigitel podem ser encontrados em publicações anteriores.¹²

O inquérito Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, sob o Parecer nº 355.590, de 26 de junho de 2013. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi regis-

trado mediante consentimento verbal do entrevistado, no momento do contato telefônico.

Resultados

Pelo inquérito Vigitel 2013, foram realizadas 52.929 entrevistas telefônicas entre os meses de fevereiro e dezembro de 2013, 61,7% delas com participantes do sexo feminino. Para cerca de 9% das linhas elegíveis, não houve entrevista porque não foi possível o contato telefônico inicial com seus usuários (linhas permanentemente ocupadas ou conectadas à secretária eletrônica) ou não se encontrou o indivíduo sorteado no domicílio, mesmo após várias tentativas de aprazamento e seis chamadas telefônicas feitas em dias e horários variados. Recusas em participar do sistema de monitoramento no contato inicial com o domicílio ou após o sorteio do indivíduo a ser entrevistado foram observadas em 3,9% das linhas elegíveis.

A prevalência de tabagismo atual foi de 11,3% (IC_{95%}:10,6%;11,9%), 22,0% (IC_{95%}:21,3%;22,7%) dos adultos eram ex-fumantes e 3,4% (IC_{95%}:3,0%;3,8%) relataram consumo elevado de tabaco (20 ou mais cigarros por dia). Eram fumantes passivos, 10,2% (IC_{95%}:9,6%;10,8%) no domicílio e 9,8% (IC_{95%}:9,2%;10,4%) no local de trabalho (Tabela 1). Em relação ao sexo, os homens apresentaram prevalência superior à das mulheres, em relação à frequência de fumantes, ex-fumantes, e de consumo de 20 ou mais cigarros/dia. Destaca-se que a prevalência de fumantes passivos no local de trabalho foi 2,2 vezes maior entre homens do que entre mulheres (Tabela 1). A prevalência de fumantes foi menor entre indivíduos com 65 anos ou mais; os mais jovens (18-24 anos) expuseram-se ao fumo passivo no domicílio 2,2 vezes mais (Tabela 2). Quanto à escolaridade, as prevalências de fumantes, ex-fumantes, de consumo de 20 ou mais cigarros/dia e de fumantes passivos no local de trabalho foram maiores entre indivíduos com até 8 anos de estudo, fossem homens ou mulheres (Tabelas 3 e 4).

Com referência ao consumo de álcool, 16,4% (IC_{95%}:15,7%;17,0%) apresentaram consumo abusivo e 5,2% (IC_{95%}: 4,8%;5,6%) referiram conduzir veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica (Tabela 1). Os homens referiram 2,4 vezes mais consumo abusivo de bebida e 5,9 mais vezes a condução de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica, quando comparados às mulheres (Tabela 1). A frequência de consumo abusivo de álcool e condução de veículo motorizado após consumo de

qualquer quantidade de bebida alcoólica foi maior entre adultos jovens (Tabela 2). Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e o hábito de dirigir após consumo de álcool foi mais frequente na população de maior escolaridade (Tabelas 3 e 4).

Para os indicadores de consumo alimentar, 36,0% (IC_{95%}:35,2%;36,8%) consumiam frutas e hortaliças regularmente e apenas 23,6% (IC_{95%}:22,9%;24,3%) referiram a prevalência de consumo de frutas e hortaliças recomendada. Quanto aos fatores considerados de risco, 31,0% (IC_{95%}:30,1%;31,8%) consumiam carnes com excesso de gordura, 53,5% (IC_{95%}:52,6%;54,3%) leite com teor integral de gordura, 23,3% (IC_{95%}:22,5%;24,1%) refrigerante e 19,5% (IC_{95%}:18,8%;20,2%) doces, regularmente. Além disso, 16,0% (IC_{95%}:15,3%;16,6%) consideravam seu consumo de sal alto ou muito alto; e 15,5% (IC_{95%}:15,8%;17,1%) costumavam substituir a comida do almoço ou jantar por lanche, sete ou mais vezes à semana (Tabela 1). Maiores prevalências foram observadas em homens para consumo regular de feijão, carnes com excesso de gordura e leite com teor integral de gordura, consumo elevado de sal e consumo regular de refrigerantes. As mulheres apresentaram maiores prevalências para o consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças, consumo regular de doces e substituição do almoço ou jantar por lanches (Tabela 1). A prevalência de consumo de carnes com excesso de gordura, consumo elevado de sal, consumo regular de refrigerante e de doces mostrou-se maior nas faixas etárias mais jovens (Tabela 2). Indivíduos com menor escolaridade referiram maior prevalência de consumo de carnes com excesso de gordura, consumo regular de refrigerante e feijão e menor frequência de consumo de frutas e hortaliças, quando comparados àqueles de maior nível de escolaridade (Tabelas 3 e 4).

Para os indicadores de atividade física, 33,8% (IC_{95%}:33,0%;34,6%) praticavam o nível recomendado de atividade física no tempo livre e 16,2% (IC_{95%}:15,6%;16,9%) foram considerados fisicamente inativos. Em relação ao novo indicador inserido em 2013 (para a comparabilidade internacional e monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis [DCNT] 2011-2022), cerca de metade dos adultos – 49,4% (IC_{95%}:48,5%;50,2%) – referiram prática insuficiente de atividade física. Apenas 12,1% (IC_{95%}:11,5%;12,7%) foram considerados ativos no deslocamento e elevado percentual de adultos – 28,6% (IC_{95%}:27,8%;29,4%) –

costumam assistir a televisão três ou mais horas por dia (Tabela 1). Maiores prevalências para atividade física no tempo livre – e entretanto, também para inatividade física – foram observadas entre os homens (Tabela 1). A prática de atividade física no tempo livre foi mais frequente entre homens e mulheres que estudaram 12 anos ou mais; relação inversa foi verificada para o hábito de assistir a TV três horas ou mais por dia e para atividade física no deslocamento (Tabelas 3 e 4). A prática recomendada de atividade física no tempo livre e no deslocamento diminui com o aumento da idade (Tabela 2).

Cerca da metade da população (50,8%) apresentou excesso de peso (IC_{95%}:49,9%;51,6%) e 17,5% foram considerados obesos (IC_{95%}:16,9%;18,2%), achados preocupantes. Os homens apresentaram maior prevalência de excesso de peso em relação às mulheres, embora não houvesse diferença entre sexos na prevalência de obesidade (Tabela 1). Maiores prevalências de excesso de peso e obesidade foram verificadas na população entre 45 e 64 anos de idade (Tabela 2). O excesso de peso foi maior entre as mulheres menos escolarizadas; entre os homens, não houve diferença significativa (Tabelas 3 e 4).

A prevalência de autoavaliação de saúde ruim foi de 4,9% (IC_{95%}:4,5%;5,3%). A prevalência de hipertensão arterial referida foi de 24,1% (IC_{95%}:23,4%;24,8%) e a de diabetes referida, de 6,9% (IC_{95%}:6,5%;7,3%). A presença de DCNT aumentou com a idade, sendo mais frequentes entre os indivíduos maiores de 65 anos de idade (Tabela 2). As mulheres apresentaram pior avaliação de sua condição de saúde e maior frequência de dislipidemia (Tabela 1). Em ambos os sexos, observou-se maior frequência de hipertensão arterial e diabetes, assim como uma pior avaliação da condição de saúde de indivíduos com menor escolaridade (Tabelas 3 e 4).

Um alto percentual de mulheres já se submeteram a exame de mamografia, bem como ao exame de citologia oncótica para câncer de colo de útero (exame de Papanicolau). A realização de exame de mamografia alguma vez na vida foi referida por 89,7% (IC_{95%}:88,5%;90,9%) daquelas com 50 a 69 anos de idade, enquanto 78,0% (IC_{95%}:76,4%;79,6%) afirmaram tê-lo realizado nos últimos dois anos. Da mesma forma, 88,1% (IC_{95%}:87,4%;88,9%) das mulheres de 25 a 64 anos referiram ter realizado o Papanicolau alguma vez na vida e 82,9% (IC_{95%}:81,9%;83,8%) nos

Tabela 1 – Prevalência e razão de prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população adulta residente nas capitais brasileiras segundo sexo, a partir dos dados do sistema Vigitel.^a Brasil, 2013

Indicadores	Homens				Mulheres ^b				Total	
	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d	IC _{95%} ^c	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d	IC _{95%} ^c	Prevalência	IC _{95%} ^c
Tabagismo										
Fumantes	14,4	13,3;15,5	1,7	1,5;1,8	8,6	7,9;9,3	1,0	1,0	11,3	10,6;11,9
Ex-fumantes	25,6	24,4;26,7	1,5	1,4;1,5	18,9	18,1;19,8	1,0	1,0	22,0	21,3;22,7
Consumo de 20 ou mais cigarros por dia	4,5	3,9;5,2	1,9	1,5;2,4	2,4	2,0;2,8	1,0	1,0	3,4	3,0;3,8
Fumantes passivos no domicílio	9,6	8,7;10,5	0,8	0,8;1,0	10,7	10,0;11,5	1,0	1,0	10,2	9,6;10,8
Fumantes passivos no local de trabalho	14,1	13,1;15,2	2,2	2,0;2,5	6,1	5,5;6,7	1,0	1,0	9,8	9,2;10,4
Consumo de álcool										
Consumo abusivo de bebida alcoólica	24,2	23,0;25,4	2,4	2,2;2,6	9,7	9,0;10,4	1,0	1,0	16,4	15,7;17,0
Condução de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica	9,4	8,6;10,1	5,9	4,8;7,4	1,6	1,3;1,9	1,0	1,0	5,2	4,8;5,6
Consumo alimentar										
Frutas e hortaliças regularmente	29,6	28,4;30,8	0,7	0,7;0,8	41,5	40,4;42,5	1,0	1,0	36,0	35,2;36,8
Recomendado de frutas e hortaliças	19,3	18,2;20,4	0,7	0,7;0,8	27,3	26,3;28,2	1,0	1,0	23,6	22,9;24,3
Regular de feijão	73,0	71,8;74,2	1,2	1,1;1,2	61,7	60,6;62,7	1,0	1,0	66,9	66,1;67,7
Carnes com excesso de gordura	41,2	39,9;42,6	1,8	1,7;1,9	22,2	21,2;23,1	1,0	1,0	31,0	30,1;31,8
Leite com teor integral de gordura	56,6	55,2;57,9	1,1	1,1;1,1	50,9	49,8;52,0	1,0	1,0	53,5	52,6;54,3
Regular de refrigerante	26,7	25,4;28,0	1,2	1,1;1,3	20,4	19,4;21,3	1,0	1,0	23,3	22,5;24,1
Regular de doces	16,9	15,9;18,0	0,8	0,7;0,8	21,6	20,7;22,6	1,0	1,0	19,5	18,8;20,2
Elevado de sal	17,9	16,8;19,0	1,2	1,1;1,3	14,3	13,6;15,1	1,0	1,0	16,0	15,3;16,6
Substituição do almoço ou jantar por lanche	12,6	11,7;13,5	0,7	0,6;0,7	19,7	18,9;20,6	1,0	1,0	15,5	15,8;17,1
Atividade física										
Prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre	41,2	39,9;42,5	1,5	1,4;1,6	27,4	26,5;28,3	1,0	1,0	33,8	33,0;34,6
Prática de atividade física no deslocamento	12,2	11,2;13,2	1,0	0,9;1,1	11,9	11,2;12,7	1,0	1,0	12,1	11,5;12,7
Prática insuficiente de atividade física	39,9	38,6;41,3	0,7	0,7;0,7	57,4	56,3;58,5	1,0	1,0	49,4	48,5;50,2
Fisicamente inativos	16,8	15,8;17,8	1,1	1,1;1,2	15,7	15,0;16,5	1,0	1,0	16,2	15,6;16,9
Assistir à televisão por três ou mais horas por dia	28,1	26,8;29,3	1,0	0,9;1,0	29,0	28,0;30,0	1,0	1,0	28,6	27,8;29,4
Índice de massa corporal (IMC)^e										
Excesso de peso	54,7	53,4;56,1	1,2	1,1;1,2	47,4	46,3;48,5	1,0	1,0	50,8	49,9;51,6
Obesidade	17,5	16,5;18,5	1,0	1,0;1,1	17,5	16,7;18,4	1,0	1,0	17,5	16,9;18,2
Autoavaliação de saúde										
Estado de saúde como ruim	3,8	3,2;4,3	0,7	0,6;0,8	5,8	5,3;6,3	1,0	1,0	4,9	4,5;5,3
Morbidade referida										
Hipertensão arterial	21,5	20,4;22,5	0,9	0,9;1,0	26,3	25,4;27,3	1,0	1,0	24,1	23,4;24,8
Diabetes	6,5	5,8;7,2	1,1	0,9;1,2	7,2	6,7;7,7	1,0	1,0	6,9	6,5;7,3
Dislipidemia	17,2	16,2;18,2	0,8	0,8;0,9	22,9	22,1;23,8	1,0	1,0	20,3	19,6;20,9
Exames de detecção precoce de câncer										
Mamografia alguma vez na vida	-	-	-	-	89,7	88,5;90,9	-	-	-	-
Mamografia nos últimos dois anos	-	-	-	-	78,0	76,4;79,6	-	-	-	-
Citologia oncológica alguma vez na vida	-	-	-	-	88,1	87,4;88,9	-	-	-	-
Citologia oncológica últimos três anos	-	-	-	-	82,9	81,9;83,8	-	-	-	-

a) Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)/SYSIMS

b) Categoria de referência

c) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

d) RP: razão de prevalência, ajustada por idade e escolaridade.

e) Imputação de dados

Tabela 2 – Distribuição dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população adulta das capitais brasileiras segundo faixa etária, a partir dos dados do sistema Vigilância Brasil, 2013

Indicadores	18 a 24 anos			25 a 34 anos			35 a 44 anos		
	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d
Tabagismo									
Fumantes	7,1	5,7;8,4	1,4	11,8	10,7;13,6	2,4	19,3	17,2;21,6	2,0
Ex-fumantes	10,3	8,9;11,7	0,3	0,4	11,8;14,6	0,4	0,5	16,2;19,2	0,5
Consumo de 20 ou mais cigarros por dia	1,8	0,9;2,7	1,0	0,5	1,9;3,5	1,5	0,9	2,5;4,2	1,6
Fumantes passivos no domicílio	16,7	15,0;18,5	2,2	1,8	10,2;12,9	1,6	1,3	6,9;9,1	1,0
Fumantes passivos no local de trabalho ^e	9,2	7,8;10,5	4,8	3,6	10,5;13,1	6,3	4,8	11,6;14,6	6,3
Consumo de álcool									
Consumo abusivo de bebida alcoólica	19,0	17,1;20,8	4,4	3,5	21,0;24,3	5,2	4,1	16,0;19,0	4,1
Condução de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica	4,8	4,0;5,7	3,8	2,8	7,9;10,2	6,7	4,9	4,0;5,4	4,0
Consumo alimentar									
Frutas e hortaliças regularmente	27,1	25,2;29,1	0,5	0,4	28,8;32,3	0,5	0,5	32,7;36,3	0,6
Recomendado de frutas e hortaliças	18,9	17,1;20,7	0,6	0,5	19,9;23,1	0,6	0,6	21,2;24,4	0,7
Regular de feijão	70,4	68,4;72,4	1,3	1,2	67,3	65,5;69,1	1,2	1,2	65,5;68,9
Carnes com excesso de gordura	38,9	36,6;41,1	2,3	2,0	35,0;38,9	2,2	2,0	29,3;33,0	1,8
Leite com teor integral de gordura	59,8	57,6;62,0	1,4	1,3	56,6	54,6;58,5	1,3	1,2	54,6;58,5
Regular de refrigerante	33,2	30,9;35,4	3,3	2,9	29,8	27,9;31,7	3,0	2,6	22,3;25,8
Regular de doces	29,1	27,0;31,2	1,8	1,6	23,9	22,2;25,6	1,5	1,4	15,2;18,1
Elevado de sal	22,1	20,2;24,0	3,3	2,7	20,0	18,5;21,6	3,0	2,5	15,6;18,7
Substituição do almoço ou jantar por lanche	15,3	13,6;16,9	0,6	0,5	14,1	12,8;15,4	0,5	0,4	13,3;15,9
Atividade física									
Prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre	49,7	47,4;52,0	1,8	1,6	39,3	37,4;41,2	1,3	1,2	27,9;31,3
Prática de atividade física no deslocamento	13,8	12,1;15,5	5,3	4,2	12,6	11,3;14,0	4,9	3,9	13,5;16,6
Prática insuficiente de atividade física	37,2	35,0;39,4	0,5	0,5	42,5	40,6;44,4	0,6	0,6	45,7;49,6
Fisicamente inativos	13,7	12,2;15,2	0,4	0,3	11,6	10,3;12,8	0,3	0,3	11,2;13,7
Assistir à televisão por três ou mais horas por dia	29,5	27,3;31,6	1,0	0,9	27,9	26,1;29,7	0,9	0,8	24,6;28,0
Índice de massa corporal (IMC)^f									
Excesso de peso	29,7	27,7;31,8	0,5	0,5	45,3	43,3;47,2	0,8	0,8	54,5;58,3
Obesidade	6,3	5,3;7,3	0,3	0,3	15,0	13,7;16,4	0,8	0,7	18,5;21,6
Autoavaliação de saúde									
Estado de saúde como ruim	2,7	2,1;3,3	0,5	0,4	3,3	2,6;4,0	0,7	0,5	3,6;5,2
Morbidade referida									
Hipertensão arterial	3,0	2,4;3,6	0,1	0,0	8,1	7,1;9,1	0,2	0,1	16,8;19,8
Diabetes	0,8	0,3;1,3	0,0	0,0	1,2	0,8;1,6	0,1	0,0	2,8;4,4
Exames de detecção precoce de câncer									
Mamografia alguma vez na vida	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mamografia nos últimos dois anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Citologia oncológica alguma vez na vida	-	-	-	-	82,6	80,9;84,3	0,9	0,9	88,6;91,1
Citologia oncológica últimos três anos	-	-	-	-	78,8	76,8;80,8	0,9	0,9	83,6;86,8

a) Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)/SIS/MS

b) Categoria de referência

c) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

d) RP: razão de prevalência, ajustada por escolaridade.

e) Baixa precisão

f) Imputação de dados

Continua

Tabela 2 – Continuação

Indicadores	45 a 54 anos				55 a 64 anos				65 anos ou mais ^b			
	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d	IC _{95%} ^c	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d	IC _{95%} ^c	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d	IC _{95%} ^c
Tabagismo												
Fumantes	15,1	13,6;16,7	2,6	2,1;3,2	13,6	12,0;15,2	2,2	1,8;2,7	6,9	5,6;8,1	1,0	5,6;8,1
Ex-fumantes	30,1	28,2;32,0	0,9	0,8;1,0	39,1	36,9;41,3	1,1	1,0;1,2	37,0	35,0;39,1	1,0	35,0;39,1
Consumo de 20 ou mais cigarros por dia	5,5	4,5;6,6	2,6	1,7;3,9	4,6	3,8;5,5	2,0	1,3;3,0	2,6	1,7;3,6	1,0	1,7;3,6
Fumantes passivos no domicílio	6,6	5,6;7,6	0,9	0,7;1,1	9,1	7,7;10,6	1,2	0,9;1,4	8,2	7,0;9,5	1,0	7,0;9,5
Fumantes passivos no local de trabalho ^e	9,8	8,6;11,0	4,5	3,5;5,9	7,4	6,1;8,7	3,2	2,4;4,4	2,5	1,9;3,1	1,0	1,9;3,1
Consumo de álcool												
Consumo abusivo de bebida alcoólica	15,0	13,6;16,4	3,6	2,8;4,6	10,5	9,3;11,7	2,6	2,0;3,3	4,0	3,1;4,8	1,0	3,1;4,8
Condução de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica	4,4	3,7;5,2	3,9	2,9;5,3	2,8	2,1;3,5	2,7	1,9;3,8	0,9	0,7;1,2	1,0	0,7;1,2
Consumo alimentar												
Frutas e hortaliças regularmente	41,0	39,1;42,9	0,8	0,7;0,8	44,6	42,4;46,7	0,9	0,8;0,9	47,8	45,8;49,9	1,0	45,8;49,9
Recomendado de frutas e hortaliças	26,2	24,5;27,9	0,8	0,8;0,9	29,3	27,3;31,3	1,0	0,9;1,1	26,8	24,9;28,6	1,0	24,9;28,6
Regular de feijão	67,6	65,5;69,4	1,2	1,1;1,2	64,2	62,2;66,3	1,1	1,0;1,1	61,8	59,9;63,8	1,0	59,9;63,8
Carnes com excesso de gordura	27,5	25,7;29,4	1,5	1,4;1,7	22,2	20,3;24,2	1,2	1,1;1,4	19,4	17,7;21,1	1,0	17,7;21,1
Leite com teor integral de gordura	50,0	48,0;52,0	1,1	1,1;1,2	44,5	42,3;46,7	1,0	0,9;1,0	46,6	44,5;48,6	1,0	44,5;48,6
Regular de refrigerante	17,5	16,0;19,1	1,7	1,4;1,9	13,2	11,6;14,8	1,2	1,0;1,4	11,4	10,0;12,8	1,0	10,0;12,8
Regular de doces	15,0	13,6;16,5	1,0	0,9;1,2	13,4	12,0;14,9	0,9	0,8;1,1	13,3	11,9;14,6	1,0	11,9;14,6
Elevado de sal	13,2	11,8;14,6	2,0	1,6;2,5	9,5	8,3;10,8	1,5	1,2;1,9	6,3	5,2;7,4	1,0	5,2;7,4
Substituição do almoço ou jantar por lanche	16,4	13,3;15,9	0,6	0,6;0,7	20,0	18,3;21,7	0,8	0,7;0,9	23,7	22,0;25,3	1,0	22,0;25,3
Atividade física												
Prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre	27,3	25,7;29,0	1,1	1,0;1,2	26,6	24,9;28,4	1,1	1,0;1,2	22,3	20,7;24,0	1,0	20,7;24,0
Prática de atividade física no deslocamento	13,5	12,1;14,8	4,9	3,9;6,2	9,4	8,1;10,8	3,3	2,6;4,3	3,0	2,4;3,6	1,0	2,4;3,6
Prática insuficiente de atividade física	52,0	50,0;53,9	0,7	0,7;0,8	58,3	56,1;60,4	0,8	0,8;0,8	73,5	71,8;75,3	1,0	71,8;75,3
Fisicamente inativos	13,7	12,3;15,1	0,4	0,3;0,4	20,2	18,3;22,1	0,5	0,5;0,6	38,4	36,3;40,5	1,0	36,3;40,5
Assistir à televisão por três ou mais horas por dia	26,5	24,6;28,3	0,8	0,8;0,9	30,7	28,6;32,8	0,9	0,9;1,0	34,3	32,4;36,3	1,0	32,4;36,3
Índice de massa corporal (IMC)^f												
Excesso de peso	60,7	58,8;62,6	1,1	1,1;1,2	62,7	60,6;64,7	1,1	1,1;1,2	56,3	54,2;58,3	1,0	54,2;58,3
Obesidade	22,5	20,8;24,2	1,2	1,1;1,3	24,4	22,3;26,4	1,3	1,1;1,4	20,2	18,6;21,9	1,0	18,6;21,9
Autoavaliação de saúde												
Estado de saúde como ruim	6,3	5,2;7,4	1,0	0,8;1,3	6,8	5,6;8,0	1,0	0,8;1,2	8,5	7,1;9,8	1,0	7,1;9,8
Morbidade referida												
Hipertensão arterial	34,1	32,2;36,0	0,6	0,6;0,7	50,3	48,1;52,5	0,9	0,8;0,9	60,4	58,3;62,4	1,0	58,3;62,4
Diabetes	8,5	7,3;9,7	0,4	0,4;0,5	17,1	15,2;18,9	0,8	0,7;1,0	22,1	20,4;23,8	1,0	20,4;23,8
Exames de detecção precoce de câncer												
Mamografia alguma vez na vida	89,7		1,0	0,9;1,0	89,9		1,0	1,0;1,0	89,2		1,0	1,0;1,0
Mamografia nos últimos dois anos	79,7		1,0	1,0;1,0	78,0		1,0	1,0;1,1	73,5		1,0	1,0;1,1
Citologia oncológica alguma vez na vida	92,2	91,0;93,4	1,0	1,0;1,0	90,2	88,6;91,8	1,0	–	–	–	–	–
Citologia oncológica últimos três anos	86,5	84,8;88,1	1,0	1,0;1,1	81,8	79,8;83,9	1,0	–	–	–	–	–

a) Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)/SVS/MS

b) Categoria de referência

c) IC_{95%} - intervalo de confiança de 95%d) RP^d: razão de prevalência, ajustada por escolaridade.

e) Baixa precisão

f) Imputação de dados

Tabela 3 – Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população adulta masculina das capitais brasileiras segundo escolaridade, a partir dos dados do sistema Vigitel.^a Brasil, 2013

Indicadores	Homens											
	0 a 8 anos de estudo				9 a 11 anos de estudo				12 anos ou mais de estudo ^b			
	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d	IC _{95%} ^c	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d	IC _{95%} ^c	Prevalência	IC _{95%} ^c	RP ^d	
Tabagismo												
Fumantes	19,1	16,9; 21,2	2,1	1,7; 2,6	12,9	11,4; 14,4	1,3	1,1; 1,6	9,7	8,1; 11,4	1,0	
Ex-fumantes	35,9	33,5; 38,3	1,4	1,2; 1,6	20,1	18,6; 21,6	1,1	1,0; 1,3	18,5	16,7; 20,2	1,0	
Consumo de 20 ou mais cigarros por dia	6,6	5,2; 7,9	2,4	1,6; 3,7	3,9	2,9; 4,8	1,6	1,0; 2,4	2,5	1,7; 3,3	1,0	
Fumantes passivos no domicílio	8,7	7,1; 10,2	1,3	1,0; 1,8	11,4	10,0; 12,8	1,4	1,1; 1,7	8,1	6,6; 9,7	1,0	
Fumantes passivos no local de trabalho	18,0	16,0; 20,0	2,6	2,1; 3,2	14,4	12,9; 15,8	1,8	1,4; 2,2	8,0	6,6; 9,5	1,0	
Consumo de álcool												
Consumo abusivo de bebida alcoólica	20,2	18,2; 22,3	0,8	0,7; 1,0	25,4	23,6; 27,1	0,9	0,8; 1,0	28,4	26,1; 30,6	1,0	
Condução de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica	5,4	4,2; 6,5	0,4	0,3; 0,5	9,6	8,4; 10,7	0,6	0,5; 0,7	15,1	13,4; 16,8	1,0	
Consumo alimentar												
Frutas e hortaliças regularmente	24,6	22,4; 26,7	0,5	0,5; 0,6	28,1	26,3; 29,9	0,7	0,7; 0,8	39,5	37,1; 42,0	1,0	
Recomendado de frutas e hortaliças	15,3	13,5; 17,0	0,5	0,5; 0,6	19,4	17,7; 21,0	0,8	0,7; 0,9	25,3	23,1; 27,5	1,0	
Regular de feijão	76,8	74,8; 78,8	1,2	1,2; 1,3	74,4	72,7; 76,1	1,1	1,1; 1,2	65,1	62,8; 67,5	1,0	
Carnes com excesso de gordura	42,5	39,9; 45,0	1,3	1,2; 1,5	42,8	40,7; 44,8	1,1	1,0; 1,2	37,0	34,5; 39,4	1,0	
Leite com teor integral de gordura	54,4	51,8; 56,9	1,1	1,0; 1,2	60,9	58,9; 62,9	1,1	1,1; 1,2	53,1	50,7; 55,6	1,0	
Regular de refrigerante	26,7	24,2; 29,2	1,5	1,3; 1,7	29,4	27,5; 31,4	1,3	1,1; 1,4	22,4	20,3; 24,5	1,0	
Regular de doces	13,2	11,4; 15,0	0,7	0,6; 0,9	17,8	16,2; 19,5	0,8	0,7; 0,9	21,2	19,1; 23,3	1,0	
Elevado de sal	15,0	13,0; 17,0	0,8	0,7; 1,0	18,8	17,2; 20,4	0,9	0,8; 1,0	20,9	18,8; 22,9	1,0	
Substituição do almoço ou jantar por lanche	10,5	9,0; 12,1	0,6	0,5; 0,7	12,9	11,6; 14,3	0,9	0,8; 1,0	15,2	13,6; 16,7	1,0	
Atividade física												
Prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre	25,1	23,0; 27,2	0,5	0,5; 0,6	48,4	46,4; 50,4	0,9	0,8; 0,9	54,3	51,8; 56,8	1,0	
Prática de atividade física no deslocamento	13,2	11,4; 15,1	1,6	1,3; 2,0	12,7	11,3; 14,2	1,3	1,0; 1,6	9,8	8,2; 13,2	1,0	
Prática insuficiente de atividade física	47,5	45,0; 50,0	1,1	1,0; 1,1	34,5	32,6; 36,4	1,0	0,9; 1,0	36,9	34,5; 39,4	1,0	
Fisicamente inativos	23,2	21,1; 25,3	1,2	1,0; 1,4	12,4	11,2; 13,6	0,9	0,8; 1,1	14,1	12,3; 15,8	1,0	
Assistir à televisão por três ou mais horas por dia	30,7	28,3; 33,1	1,5	1,3; 1,7	30,2	28,3; 32,1	1,4	1,3; 1,6	20,9	19,0; 22,9	1,0	
Índice de massa corporal (IMC)^e												
Excesso de peso	57,8	55,3; 60,3	0,9	0,9; 1,0	50,4	48,4; 52,5	0,9	0,8; 1,0	56,9	54,3; 59,4	1,0	
Obesidade	19,9	17,8; 22,0	1,0	0,9; 1,2	15,2	13,8; 16,5	0,9	0,8; 1,0	17,5	15,7; 19,3	1,0	
Autoavaliação de saúde												
Estado de saúde como ruim	5,8	4,6; 7,1	2,3	1,5; 3,5	2,9	2,3; 3,6	1,4	1,0; 2,2	2,1	1,4; 2,8	1,0	
Morbidade referida												
Hipertensão arterial	31,1	28,8; 33,3	1,1	1,0; 1,3	15,2	13,9; 16,4	1,0	0,9; 1,1	16,7	15,1; 18,4	1,0	
Diabetes	11,1	9,5; 12,6	1,5	1,2; 2,0	3,8	3,1; 4,4	1,0	0,8; 1,3	3,9	3,1; 4,7	1,0	
Dislipidemia	20,6	18,5; 22,6	0,8	0,7; 1,0	13,4	12,3; 14,6	0,8	0,7; 0,9	17,9	16,1; 19,6	1,0	

a) Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)/SVS/MS

b) Categoria de referência

c) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

d) RP: razão de prevalência, ajustada por idade.

e) Imputação de dados

Tabela 4 – Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas na população adulta feminina das capitais brasileiras segundo escolaridade, a partir da pesquisa Vigitel.^a Brasil, 2013

Indicadores	Mulheres													
	0 a 8 anos de estudo						9 a 11 anos de estudo						12 anos ou mais de estudo ^c	
	Prevalência	IC _{95%} ^b	RP ^c	IC _{95%} ^b	Prevalência	IC _{95%} ^b	RP ^c	IC _{95%} ^b	Prevalência	IC _{95%} ^b	RP ^c	Prevalência	IC _{95%} ^b	RP ^c
Tabagismo														
Fumantes	11,5	10,1;12,8	2,1	1,7;2,6	8,0	6,8;9,1	1,4	1,2;1,8	5,5	4,6;6,5	1,0	5,5	4,6;6,5	1,0
Ex-fumantes	26,0	24,3;27,7	1,5	1,3;1,7	16,4	15,2;17,7	1,3	1,1;1,4	12,8	11,6;14,0	1,0	12,8	11,6;14,0	1,0
Consumo de 20 ou mais cigarros por dia	3,5	2,7;4,4	3,6	2,1;6,1	2,4	1,6;3,1	2,5	1,5;4,1	1,0	0,6;1,3	1,0	1,0	0,6;1,3	1,0
Fumantes passivos no domicílio	10,3	9,0;11,6	1,2	1,0;1,5	11,3	10,1;12,5	1,1	0,9;1,3	10,5	9,2;11,9	1,0	10,5	9,2;11,9	1,0
Fumantes passivos no local de trabalho	4,4	3,6;5,1	1,2	0,9;1,5	8,4	7,3;9,5	1,6	1,3;2,1	5,3	4,3;6,2	1,0	5,3	4,3;6,2	1,0
Consumo de álcool														
Consumo abusivo de bebida alcoólica	6,4	5,3;7,4	0,7	0,6;0,9	10,6	9,4;11,7	0,8	0,7;1,0	13,0	11,5;14,4	1,0	13,0	11,5;14,4	1,0
Condução de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica	0,5	0,1;0,9	0,2	0,1;0,5	1,1	0,6;1,6	0,3	0,2;0,5	3,6	2,9;4,3	1,0	3,6	2,9;4,3	1,0
Consumo alimentar														
Frutas e hortaliças regularmente	38,7	36,8;40,5	0,6	0,6;0,6	38,1	36,5;39,7	0,7	0,7;0,8	49,8	47,8;51,8	1,0	49,8	47,8;51,8	1,0
Recomendado de frutas e hortaliças	23,1	21,4;24,7	0,5	0,5;0,6	26,4	24,9;28,0	0,8	0,7;0,8	33,9	32,1;35,8	1,0	33,9	32,1;35,8	1,0
Regular de feijão	66,0	64,2;67,8	1,3	1,2;1,4	63,4	68,8;65,0	1,2	1,1;1,2	53,6	51,6;55,5	1,0	53,6	51,6;55,5	1,0
Carnes com excesso de gordura	21,0	19,3;22,6	1,3	1,2;1,5	24,3	22,7;25,8	1,2	1,1;1,3	21,0	19,3;22,6	1,0	21,0	19,3;22,6	1,0
Leite com teor integral de gordura	50,9	48,9;52,8	1,3	1,2;1,3	55,2	53,5;56,9	1,2	1,2;1,3	44,9	42,9;46,9	1,0	44,9	42,9;46,9	1,0
Regular de refrigerante	18,2	16,4;19,9	1,3	1,2;1,5	22,7	21,1;24,2	1,2	1,0;1,3	20,2	18,4;21,9	1,0	20,2	18,4;21,9	1,0
Regular de doces	13,8	12,3;15,2	0,6	0,5;0,6	23,0	21,5;24,6	0,8	0,7;0,8	30,3	28,4;32,2	1,0	30,3	28,4;32,2	1,0
Elevado de sal	11,1	9,8;12,4	1,0	0,8;1,1	15,3	14,0;16,5	0,9	0,8;1,0	17,5	16,0;19,0	1,0	17,5	16,0;19,0	1,0
Substituição do almoço ou jantar por lanche	18,5	17,1;19,9	0,7	0,6;0,8	19,1	17,8;20,5	0,8	0,8;0,9	22,2	20,6;23,8	1,0	22,2	20,6;23,8	1,0
Atividade física														
Prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre	19,3	17,8;20,8	0,5	0,5;0,6	27,3	25,8;28,7	0,7	0,7;0,8	38,4	36,5;40,4	1,0	38,4	36,5;40,4	1,0
Prática de atividade física no deslocamento	10,8	9,6;12,1	1,3	1,0;1,5	13,3	12,1;14,5	1,2	1,0;1,4	11,5	10,1;13,0	1,0	11,5	10,1;13,0	1,0
Prática insuficiente de atividade física	65,8	63,9;67,6	1,2	1,1;1,3	55,2	53,5;56,9	1,1	1,1;1,2	49,2	47,2;51,2	1,0	49,2	47,2;51,2	1,0
Fisicamente inativos	17,8	16,4;19,1	0,8	0,7;0,9	13,4	12,1;14,6	0,8	0,7;0,9	16,3	14,8;17,7	1,0	16,3	14,8;17,7	1,0
Assistir à televisão por três ou mais horas por dia	32,1	30,2;34,0	1,4	1,3;1,6	31,0	29,4;32,6	1,4	1,3;1,5	22,2	20,6;23,8	1,0	22,2	20,6;23,8	1,0
Índice de massa corporal (IMC)^d														
Excesso de peso	58,3	56,4;60,3	1,3	1,3;1,4	44,5	42,8;46,2	1,2	1,1;1,3	36,6	34,7;38,5	1,0	36,6	34,7;38,5	1,0
Obesidade	24,4	22,7;26,0	1,7	1,4;1,9	15,1	13,9;16,2	1,3	1,1;1,4	11,8	10,4;13,1	1,0	11,8	10,4;13,1	1,0
Auto avaliação de saúde														
Estado de saúde como ruim	9,6	8,5;10,8	3,4	2,6;4,5	4,5	3,8;5,2	1,8	1,4;2,4	2,4	1,9;3,0	1,0	2,4	1,9;3,0	1,0
Morbidade referida														
Hipertensão arterial	44,0	42,1;45,9	1,8	1,6;2,0	18,8	17,6;20,0	1,4	1,2;1,5	13,0	11,8;14,2	1,0	13,0	11,8;14,2	1,0
Diabetes	13,3	12,1;14,5	2,2	1,8;2,7	4,5	3,9;5,1	1,5	1,2;1,9	2,7	2,2;3,2	1,0	2,7	2,2;3,2	1,0
Dislipidemia	31,4	29,6;33,1	1,0	0,9;1,1	18,0	16,8;19,2	0,9	0,8;1,0	18,4	17,0;19,8	1,0	18,4	17,0;19,8	1,0
Exames de detecção precoce de câncer														
Mamografia alguma vez na vida	86,4	84,4;88,4	0,9	0,9;0,9	92,6	91,1;94,1	1,0	1,0;1,0	95,3	93,8;96,8	1,0	95,3	93,8;96,8	1,0
Mamografia nos últimos dois anos	72,9	70,3;75,4	0,8	0,8;0,9	81,4	79,0;83,9	0,9	0,9;1,0	88,3	85,9;90,6	1,0	88,3	85,9;90,6	1,0
Citologia oncológica alguma vez na vida	86,7	85,3;88,2	0,9	0,9;0,9	87,9	86,7;89,0	1,0	0,9;1,0	90,2	88,9;91,6	1,0	90,2	88,9;91,6	1,0
Citologia oncológica últimos três anos	78,6	76,6;80,6	0,9	0,8;0,9	83,6	82,2;84,9	1,0	0,9;1,0	87,2	85,7;88,7	1,0	87,2	85,7;88,7	1,0

a) Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)/SVS/MS

b) IC_{95%} - intervalo de confiança de 95%c) RP^c - razão de prevalência, ajustada por idade.

d) Categoria de referência

e) Imputação de dados

últimos três anos (Tabela 1). A frequência de realização desses exames foi menor entre as mulheres de menor escolaridade (Tabela 4).

Discussão

De modo geral, os fatores de risco estiveram associados à maior idade, à menor escolaridade e sexo masculino, e entre os de menor prevalência, destacou-se o tabagismo (11,3%), seguido pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas e inatividade física, em torno de 16%. Um em cada dois adultos apresentou excesso de peso, observando-se prevalência elevada de hábitos alimentares inadequados como elevado consumo de sal referido, substituição do almoço ou jantar por lanches e consumo regular de doces em aproximadamente um quinto dos entrevistados. Entretanto, menos de um quarto dos entrevistados relatou consumo recomendado de frutas e hortaliças.

Estudos de monitoramento de fatores de risco para DCNT tornam-se importantes no desenvolvimento, apoio e avaliação de políticas de promoção à saúde e enfrentamento dessas doenças.¹⁰ No presente estudo, a apresentação de dados obtidos pelo Vigitel 2013 – oitavo ano de operação de um sistema alimentado anualmente, com dados sobre o comportamento da população relacionados às doenças crônicas – consolidou o inquérito como uma das principais fontes de informação sobre o tema no país.

A prevalência do tabagismo em 2013 mostrou-se inferior àquela observada em todas as edições anteriores do estudo.¹¹⁻¹³ Comparando-a com aquela divulgada pelo *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), a partir da observação de 16 países, concentradores de uma população de aproximados 3 bilhões de pessoas, verificou-se que a menor prevalência foi a apresentada pelo Brasil.¹⁴

Segundo o Informe sobre o Controle do Tabaco para a Região das Américas de 2013, as frequências mais elevadas de tabagismo eram encontradas no Chile (40,6%), Bolívia (26,6%), Equador (22,7%) e Argentina (21,9%).¹⁵ O Brasil reduziu sua prevalência de tabagismo em cerca de 50%, entre 1989 e 2010, período no qual o investimento em políticas de controle do tabagismo impactou significativamente na redução da mortalidade prematura relacionada ao tabaco.^{13,16}

Em 2014, um Decreto Presidencial proibiu o uso de cigarro, cigarrilha, charuto, cachimbo, narguilé

ou outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recintos coletivos fechados; e vetou a propaganda do cigarro, exceto nos pontos de venda, além de ter ampliado as mensagens sanitárias e advertências nas embalagens.¹⁷

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, 16,0% dos adultos entrevistados referiram consumo abusivo e 5% referiram dirigir veículo motorizado após o consumo de bebida alcoólica, sendo tal conduta mais frequentes entre os homens jovens e de maior escolaridade. Ressalta-se que essas prevalências podem estar subestimadas, seja em função de ser um comportamento entendido pela população geral como inadequado, seja pelas e das implicações legais. Em 2012, devido ao consumo de álcool, morreram mais de 3,3 milhões, 6% de todas as mortes ocorridas no planeta. Segundo o relatório global da OMS de 2010,¹⁸ o Brasil era o quinto país na América Latina a consumir maior volume de álcool: 8,7 litros de álcool puro por ano. O país perdeu para o Chile, que liderava o *ranking* na região, com 9,6 litros, Argentina (9,3 litros), Venezuela (8,9) e Paraguai (8,8). Destaca-se no Brasil a atuação do setor da Saúde na reversão desse cenário, no apoio à implementação da Medida Provisória nº 415, de 21 de janeiro de 2008,¹⁹ uma iniciativa do Governo Federal proibindo a comercialização das bebidas alcoólicas em rodovias federais, na implantação da Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008²⁰ (a chamada 'Lei Seca') e na aprovação da Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012, que aumenta o valor da multa além de autorizar o uso de vídeos, testemunhos ou outros meios, como forma de comprovar, no processo criminal, a embriaguez do motorista.²¹

Mais da metade da população brasileira apresentou excesso de peso, mais frequente entre os homens. Apesar da tendência de aumento verificada no período de 2006 a 2011,²² em 2013, pela primeira vez, houve uma estabilização nas prevalências de excesso de peso e obesidade quando comparadas aos valores estimados em 2012. Estudos mostram que nas últimas décadas, as Américas Central e do Sul têm aumentado o IMC em 1,3 e 1,4 unidades, respectivamente.²³ O México e o Chile são os países que apresentam as mais altas prevalências de excesso de peso na América Latina: 71,3% no México e 64,5% no Chile.^{24,25}

Quanto ao consumo de frutas e hortaliças, mais de um terço dos brasileiros apresentou consumo regular e cerca de um quinto referiu consumir esses alimentos

na quantidade e frequência recomendados (5 porções ao dia ou 400 g de frutas), sendo esse hábito maior entre as mulheres e indivíduos maiores de 65 anos de idade. Na comparação com o resto do mundo, os países latino-americanos mantêm baixa prevalência de consumo de frutas e hortaliças/dia nos níveis recomendados, não sendo o Brasil uma exceção.²³

No Vigitel 2013, foram incluídas perguntas sobre a substituição das refeições por lanches, além do consumo de doces e de sal. A alta frequência do primeiro item reforça a importância das ações de promoção de alimentação saudável desenvolvidas no país, com grande ênfase no consumo de alimentos *in natura* e redução no consumo de alimentos ultraprocessados. Em meio às inúmeras ações para o enfrentamento da obesidade nas diversas faixas etárias, destacam-se a publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira, as ações junto ao Programa de Alimentação Escolar, inclusive mediante a compra de alimentos frescos oriundos da Agricultura Familiar, e o incentivo ao aleitamento materno.²⁶ Do mesmo modo, são realizadas ações de conscientização da população e cuidados com o consumo de sal dentro dos níveis recomendados.¹⁰ Entre essas ações, é relevante a parceria do Ministério da Saúde com o setor produtivo (Indústria e Comércio), centrada no estabelecimento de metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil.^{10,27} Todavia, os dados do presente estudo foram referidos pelos participantes e podem estar sujeitos a dificuldades na percepção da quantidade de sódio presente nos alimentos por eles consumidos.

Em relação aos indicadores de atividade física, um terço dos entrevistados referiu prática de atividade física no tempo livre, mais frequente entre os homens. Sobre um dos indicadores incorporados ao Vigitel em 2013 – atividade física insuficiente –, cerca de metade da população entrevistada encontrava-se nessa situação. Estudos comparativos desenvolvidos em nível global, datados de 2012, apontavam prevalência de 43,2% de atividade física insuficiente entre indivíduos com 15 anos ou mais de idade: na América Latina, a prevalência de inatividade física em todas as faixas etárias variava de 40 a 68%, assegurando ao Brasil uma posição entre os países com maior frequência de prática de atividade física, no mesmo ano. Resultados semelhantes foram encontrados na Argentina e na Colômbia, países onde os homens, igualmente, tendem a apresentar maior frequência de inatividade física.²⁸ No Brasil, grandes esforços

vêm sendo aplicados na promoção da atividade física, encabeçados pelo Programa 'Academia da Saúde' cujo objetivo principal é construir espaços físicos destinados ao desenvolvimento de ações de atividade física, lazer e promoção de modos de vida saudáveis junto à comunidade, sob a orientação de profissionais de saúde.^{10,29}

Quanto às morbidades, a hipertensão arterial foi referida por um quinto da população, enquanto um quarto afirmou apresentar dislipidemia, e 7%, diabetes. Tem-se observado crescimento do diabetes em todas as regiões do mundo, em função do aumento da expectativa de vida, além da influência progressiva da adoção de estilos de vida não saudáveis, caracterizados pelo sedentarismo e consumo alimentar inadequado, ademais da elevada frequência de excesso de peso e obesidade.^{1,3-7} As mulheres apresentaram maior prevalência dessas doenças crônicas em relação aos homens, possivelmente pelo fato de frequentarem mais os serviços de saúde e, em razão desse comportamento, apresentarem maior oportunidade de diagnóstico.⁽²⁾

Verificou-se alta cobertura de exames de mamografia (88,1%) e de Papanicolau (89,7%) entre as mulheres residentes nas capitais brasileiras e no DF. Essas coberturas mostraram-se mais elevadas na população de maior escolaridade e regionalmente – nas capitais do Centro-Sul do país –, evidenciando a necessidade de ações de promoção desses exames tanto entre populações de menor nível socioeconômico como também nas regiões Norte e Nordeste.³⁰ Altas coberturas desses exames podem favorecer a detecção precoce e, por conseguinte, aumentar a sobrevida das mulheres afetadas por essas formas de câncer.

Em relação às limitações encontradas para o desenvolvimento deste estudo, a principal reside na restrição dos limites de representatividade da amostra aos indivíduos residentes nas capitais de estados e no Distrito Federal, bem como àqueles com acesso a telefonia fixa. Visando minimizar essa limitação decorrente das diferenças entre as características demográficas da amostra do Vigitel e as da população geral, foram aplicados fatores de ponderação dos dados para estimar as prevalências, por meio da pós-estratificação.

Ademais, os resultados estão sujeitos ao viés de informação, uma vez que as informações foram referidas pelos entrevistados. Pode ter havido subestimação na mensuração do consumo alimentar e de álcool pelo entrevistado. A prevalência do consumo de sal também pode ter sido subestimada, uma vez que se trata da

autopercepção do consumo diário. No que tange aos indicadores de morbidade, estes se baseiam em relatos de diagnóstico médico prévio. Os dados relatados, portanto, podem se referir a exames falsos-positivos, causando uma superestimação das correspondentes prevalências. Por outro lado, não representam a real prevalência das doenças na população. Com o propósito de minimizar potenciais vieses no inquérito Vigitel, quando há inserção de novas questões, elas são validadas antes do início das entrevistas a cada ano.

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel – tem-se mostrado útil ao monitoramento dos fatores de risco para DCNT, inclusive para o monitoramento das metas do Plano de Ações para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022, tornando-se uma importante ferramenta de apoio ao planejamento e gestão da Saúde no Brasil. Investir

em políticas públicas populacionais que reduzam os fatores de risco para doenças crônicas pode impactar positivamente na redução da morbimortalidade e na melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Contribuições dos autores

Malta DC, Campos MO, Oliveira MM, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, Monteiro CA, Silva Jr JB e Reis AAC participaram da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação final do manuscrito, e são responsáveis por todos seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

O Grupo Vigitel participou da concepção e análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel – 2013.

Grupo Vigitel

Marta Maria Alves da Silva

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Tais Porto Oliveira

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Maria Aline Siqueira Santos

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Marília Lavocat Nunes

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Micheline Gomes Campos da Luz

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Naiane de Brito Francischetto

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Paula Carvalho de Freitas

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Alexandra Dias Moreira

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

Carolina Gomes Coelho

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

Isis Eloah Machado

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

Ana Paula Della Nina de Oliveira

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

Emanuella Gomes Maia

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

Rafaela Garcia Fortaleza

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

Francielly de Souza Coelho

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

Rana Agarriberri

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte-MG, Brasil

José Nilson dos Santos Júnior

Expertise Inteligência e Pesquisa de Mercado, Belo Horizonte-MG, Brasil

Juliano Ribeiro Moreira

Expertise Inteligência e Pesquisa de Mercado, Belo Horizonte-MG, Brasil

Referências

1. Salomon JA, Wang H, Michael K, Freeman BA, Vos T, Flaxman AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the global burden disease study 2010. *Lancet*. 2011 Dec;380(9859):2144-62.
2. Stevens A, Schmidt MI, Duncan BB. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2012 out;17(10):2627-34.
3. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011. p. 585-97.
4. Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet*. 2013 Feb;381(9866):585-97.
5. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec;380(9859):2095-128.
6. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun;377(9781):1949-61.
7. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, et al. Impacto dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Cienc Saude Coletiva*. 2013 mar;18(3):873-82.
8. United Nations. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Washington (DC): United Nations; 2011.
9. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25 x 25 non-communicable disease mortality reduction target: a modeling study. *Lancet*. 2014 Aug;384(9941):427-37.
10. Malta DC, Silva Jr JB. O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 jan-mar;22(1):151-64.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Série G. Estatística e informação em saúde).
13. Malta DC, Iser BPM, Sá NNB, Yokota RTC, Moura L, Claro RM, et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. *Cad Saude Publica*. 2013 abr;29(4):812-22.
14. Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhala N, et al. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet*. 2012 Aug;380(9842):668-79.
15. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre control del tabaco para la región de las Américas. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2013.
16. Levy D, Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLoS Med*. 2012 Nov;9(11):e1001336.
17. Brasil. Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*

- [Internet], Brasília (DF), 2014 jun 2 [citado 2014 ago 10]; Seção 1:1. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=02/06/2014>
18. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2010. 57 p.
 19. Brasil. Medida Provisória nº 415, de 21 de janeiro de 2008. Proíbe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais e acresce dispositivo à Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997 – Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2008 jan 22; Seção 1:1.
 20. Brasil. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2008 jun 20; Seção 1:1.
 21. Brasil. Lei nº 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 dez 21; Seção 1:1.
 22. Malta DC, Andrade SC, Claro RM, Bernal RTI, Monteiro CA. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17 supl 1:267-76.
 23. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet.* 2011 Feb;377(9765):557-67.
 24. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernandez-Barrera L, Pedroza A, Rivera-Dommarco JA. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud Publica Mex.* 2013;55 supl 2:S151-60.
 25. Ministerio de Salud (CHI). Encuesta Nacional de Salud de Chile 2009–2010 [Internet]. 2010 [citado 2014 out 08]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
 26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2014 dez 10]. Disponível em: http://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/Brazils-Dietary-Guidelines_2014.pdf
 27. Nilson EAF, Jaime PC, Resende DO. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. *Rev Panam Salud Publica.* 2012 out;34(4):287-92.
 28. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet.* 2012 Jul;380(9838):247-57.
 29. Malta DC, Silva Jr JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *Lancet.* 2012 Jul;380(9838):195-6.
 30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008): um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

Recebido em 12/11/2014
Aprovado em 02/03/2015