



VIGITEL BRASIL 2007

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO

ESTIMATIVAS SOBRE FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO
SÓCIO-DEMOGRÁFICA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO
PARA DOENÇAS CRÔNICAS NAS CAPITAIS DOS 26 ESTADOS
BRASILEIROS E NO DISTRITO FEDERAL EM 2007

VIGITEL BRASIL 2007

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

VIGITEL BRASIL 2007

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO

ESTIMATIVAS SOBRE FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO
SÓCIO-DEMOGRÁFICA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO
PARA DOENÇAS CRÔNICAS NAS CAPITALS DOS 26 ESTADOS
BRASILEIROS E NO DISTRITO FEDERAL EM 2007

Série G. Estatística e Informação em Saúde

Brasília, DF, 2008

©2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs

Série G. Estatística e Informação em Saúde

Tiragem: 100 exemplares – versão preliminar

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação e Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde

Produção: Núcleo de Comunicação/GAB/SVS

Endereços

Secretaria de Vigilância em Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício Sede, sobreloja, sala 134

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Internet: www.saude.gov.br/svs

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Esplanada dos Ministérios, Bloco G

Edifício Sede, 6º andar, sala 655

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Internet: www.saude.gov.br/sgep

Produção editorial

Coordenação: Fabiano Camilo

Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Fred Lobo, Sabrina Lopes

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Agradecimentos

A implantação do VIGITEL (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) em 2006, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, foi um processo de construção coletiva, envolvendo diversas instituições, parceiros, dirigentes e técnicos, possibilitando sua continuidade em 2007.

Mais uma vez, agradecemos às empresas telefônicas Brasil Telecom, Telefônica – Telecomunicações de São Paulo e Telemar Norte Leste pela imprescindível colaboração prestada ao sistema no sorteio e extração das amostras probabilísticas das linhas telefônicas de cada cidade.

Agradecemos, também, à Expertise Inteligência e Pesquisa de Mercado Ltda., empresa reponsável pela operacionalização do sistema em 2007, em especial aos seus diretores, supervisores, operadores e equipe técnica.

Agradecemos, ainda, aos pesquisadores do Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) do Center for Disease Control and Prevention (CDC, Atlanta/EUA), pela contribuição durante a oficina conjunta de trabalho com a Secretaria de Vigilância em Saúde em 2007, o que possibilitou trocas de experiências e reflexões sobre os processos comuns nos sistemas VIGITEL e BRFSS, contribuindo para o aprimoramento do nosso sistema.

Finalmente, agradecemos aos mais de cinquenta e quatro mil brasileiros que, com sua aquiescência em participar das entrevistas telefônicas e com a atenção e o tempo que dedicaram a responder ao questionário do VIGITEL, permitiram a continuidade no país de um sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas de grande importância para a Saúde Pública brasileira.

Equipe de elaboração

Esta publicação foi elaborada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde em parceria com o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo.

Equipe de coordenação do VIGITEL 2007

Otaliba Libânio de Moraes Neto – SVS/MS
Carlos Augusto Monteiro – NUPENS/USP
Deborah Carvalho Malta – SVS/MS
Erly Catarina de Moura – NUPENS/USP, UFPA
Lenildo de Moura – SVS/MS

Organização da publicação

Carlos Augusto Monteiro – NUPENS/USP
Deborah Carvalho Malta – SVS/MS
Erly Catarina de Moura – NUPENS/USP, UFPA
Lenildo de Moura – SVS/MS
Rafael Moreira Claro – NUPENS/USP
Eduardo Marques Macário – SVS/MS
Luciana Monteiro Sardinha – SVS/MS
Otaliba Libânio de Moraes Neto – SVS/MS

Colaboradores

Juliano Ribeiro Moreira – Expertise Inteligência e Pesquisa de Mercado Ltda
Nilza Nunes da Silva – FSP-USP
Regina Bernal – FSP-USP
Carlos Saraiva e Saraiva – SEGEP/MS
Isabel dos Reis Silva Oliveira – SEGEP/MS
Márcio André Payson de Jesus – SEGEP/MS
Maria Natividade G. S. T. Santana – SEGEP/MS
Paulo César Pinheiro de Castro – SEGEP/MS
Jorge Francisco Kell – SVS/MS

Sumário

Lista de Tabelas	9
Lista de Quadros	11
Lista de Figuras	11
Apresentação	13
1. Introdução	15
2. Aspectos metodológicos	17
2.1. Amostragem	17
2.2. Coleta de dados	19
2.3. Análise de dados	20
2.4. Aspectos éticos	22
3. Estimativas para 2007	23
3.1. Tabagismo	23
3.2. Excesso de peso e obesidade	32
3.3. Consumo alimentar	41
3.4. Atividade física	70
3.5. Consumo de bebidas alcoólicas	79
3.6. Auto-avaliação do estado de saúde	88
3.7. Prevenção de câncer	92
3.8. Morbidade referida	105
4. Variação temporal 2006-2007	110
5. Considerações finais	112
6. Referências bibliográficas	115
Anexos	
Anexo A: Modelo do questionário eletrônico	121
Anexo B: Estimativas para a Distribuição (%) da População Adulta Total e da População Adulta com Telefone Segundo Variáveis Sócio-demográficas. 2000/2007.	133

Lista de Tabelas

Tabela 1	Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	25
Tabela 2	Percentual de fumantes no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	27
Tabela 3	Percentual de adultos (≥ 18 anos) ex-fumantes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	29
Tabela 4	Percentual de ex-fumantes no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	31
Tabela 5	Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m ²), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	34
Tabela 6	Percentual de indivíduos com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m ²) no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	36
Tabela 7	Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m ²), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	38
Tabela 8	Percentual de indivíduos com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m ²) no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	40
Tabela 9	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem frutas cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	43
Tabela 10	Percentual de indivíduos que consomem frutas cinco ou mais dias por semana no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	45
Tabela 11	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem hortaliças cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	47
Tabela 12	Percentual de indivíduos que consomem hortaliças cinco ou mais dias por semana no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	49
Tabela 13	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	51
Tabela 14	Percentual de indivíduos que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias da semana no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	53
Tabela 15	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia em cinco ou mais dias da semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	55
Tabela 16	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que consomem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia em cinco ou mais dias da semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	57
Tabela 17	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	59
Tabela 18	Percentual de indivíduos que costumam consumir carnes com excesso de gordura no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	61
Tabela 19	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que costumam consumir leite integral, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	63

Tabela 20	Percentual de indivíduos que costumam consumir leite integral no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	65
Tabela 21	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.	67
Tabela 22	Percentual de indivíduos que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.	69
Tabela 23	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividade física suficiente no lazer, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	72
Tabela 24	Percentual de indivíduos que praticam atividade física suficiente no lazer no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	74
Tabela 25	Percentual de adultos (≥ 18 anos) fisicamente inativos, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	76
Tabela 26	Percentual de indivíduos fisicamente inativos no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	78
Tabela 27	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	81
Tabela 28	Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	83
Tabela 29	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que dirigiram veículos motorizados nos últimos 30 dias após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	85
Tabela 30	Percentual de indivíduos que dirigiram veículos motorizados nos últimos 30 dias após consumo abusivo de bebidas alcoólicas no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	87
Tabela 31	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que avaliaram seu estado de saúde como ruim, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	89
Tabela 32	Percentual de indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como ruim no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	91
Tabela 33	Percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram mamografia em algum momento de suas vidas e nos últimos dois anos, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	93
Tabela 34	Percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram mamografia em algum momento de suas vidas e nos últimos dois anos, no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	95
Tabela 35	Percentual de mulheres (25 a 59 anos) que realizaram exame de Papanicolau em algum momento de suas vidas e nos últimos três anos, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	96
Tabela 36	Percentual de mulheres (25 a 59 anos) que realizaram exame de Papanicolau pelo em algum momento de suas vidas e nos últimos três anos no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	98
Tabela 37	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem se proteger contra a radiação ultra-violeta, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	99
Tabela 38	Percentual de indivíduos que referem se proteger contra a radiação ultra-violeta no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. VIGITEL, 2007.	101
Tabela 39	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.	104

Tabela 40	Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.	106
Tabela 41	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.	107
Tabela 42	Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de diabetes no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.	109

Lista de Quadros

Quadro 1	Linhas telefônicas sorteadas, linhas telefônicas elegíveis e entrevistas realizadas nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	18
Quadro 2	Variações no percentual de indivíduos expostos a fatores de risco e proteção para doenças crônicas no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal entre 2006 e 2007. VIGITEL 2006 e 2007.	111

Lista de Figuras

Figura 1	Percentual de homens (≥ 18 anos) fumantes segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	26
Figura 2	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) fumantes segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	26
Figura 3	Percentual de homens (≥ 18 anos) ex-fumantes segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	30
Figura 4	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) ex-fumantes segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	30
Figura 5	Percentual de homens (≥ 18 anos) com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m ²) segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	35
Figura 6	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m ²) segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	35
Figura 7	Percentual de homens (≥ 18 anos) com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²) segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	39
Figura 8	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²) segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	39
Figura 9	Percentual de homens (≥ 18 anos) que consomem frutas cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	44
Figura 10	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que consomem frutas cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	44
Figura 11	Percentual de homens (≥ 18 anos) que consomem hortaliças cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	48
Figura 12	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que consomem hortaliças cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	48
Figura 13	Percentual de homens (≥ 18 anos) que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	52
Figura 14	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	52
Figura 15	Percentual de homens (≥ 18 anos) que consomem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia em cinco ou mais dias da semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	56

Figura 16	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que consomem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia em cinco ou mais dias da semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	56
Figura 17	Percentual de homens (≥ 18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	60
Figura 18	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	60
Figura 19	Percentual de homens (≥ 18 anos) que costumam consumir leite integral segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	64
Figura 20	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que costumam consumir leite integral segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	64
Figura 21	Percentual de homens (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	68
Figura 22	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	68
Figura 23	Percentual de homens (≥ 18 anos) que praticam atividade física suficiente no lazer segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	73
Figura 24	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que praticam atividade física suficiente no lazer segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	73
Figura 25	Percentual de homens (≥ 18 anos) fisicamente inativos segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	77
Figura 26	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) fisicamente inativas segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	77
Figura 27	Percentual de homens (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que cinco doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	82
Figura 28	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	82
Figura 29	Percentual de homens (≥ 18 anos) que dirigiram veículos motorizados nos últimos 30 dias após consumo abusivo de bebidas alcoólicas segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	86
Figura 30	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que dirigiram veículos motorizados nos últimos 30 dias após consumo abusivo de bebidas alcoólicas segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	86
Figura 31	Percentual de homens (≥ 18 anos) que avaliaram seu estado de saúde como ruim segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	90
Figura 32	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que avaliaram seu estado de saúde como ruim segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	90
Figura 33	Percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram mamografia pelo menos uma vez nos últimos dois anos segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	94
Figura 34	Percentual de mulheres (25 a 59 anos) que realizaram Papanicolau pelo menos uma vez nos últimos três anos segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	97
Figura 35	Percentual de homens (≥ 18 anos) que referem se proteger contra a radiação ultravioleta segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	100
Figura 36	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que referem se proteger contra a radiação ultravioleta segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	100
Figura 37	Percentual de homens (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	105
Figura 38	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	105
Figura 39	Percentual de homens (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	108
Figura 40	Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.	108

Apresentação

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT - representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas e apresentam grande impacto econômico para os países, em especial os de baixa e média renda. Diante deste cenário, a Organização Mundial de Saúde propôs aos países membros compromissos para a redução das taxas de morbimortalidade por DCNT.

Hoje, há evidências suficientes para se afirmar que é possível prevenir a maioria das DCNT, bem como alterar o seu curso, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida dos indivíduos, por meio de ações para a prevenção dos principais fatores de risco para DCNT, com destaque para o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a hipertensão arterial, a obesidade e o consumo abusivo de álcool.

Atento a esses desafios, o Ministério da Saúde vem executando ações que visam à promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT, buscando reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade associada a essas doenças.

Por meio da vigilância em saúde é possível monitorar e analisar o perfil das doenças e de seus fatores determinantes e condicionantes, bem como detectar mudanças nas suas tendências no tempo, no espaço geográfico e em grupos populacionais, contribuindo também para o planejamento de ações na área de saúde.

Neste contexto, a Secretaria de Vigilância em Saúde vem promovendo inúmeras ações com o objetivo de estruturar o Sistema de Vigilância das DCNT nas três esferas do Sistema Único de Saúde, em todas as unidades da Federação. Dentre essas ações, destaca-se nesta publicação o sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

O VIGITEL tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade.

A implantação do VIGITEL em 2006 só foi possível em função da parceria entre a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, além do suporte técnico-científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP). Em 2007, o VIGITEL mantém a parceria com essas instituições, consolidando-se como sistema de vigilância e avançando no monitoramento dos principais fatores de risco e proteção para DCNT.

Nesta publicação são apresentados os resultados do sistema VIGITEL para o ano de 2007 em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, destacando-se ao final os indicadores que apresentaram variação significativa entre 2006 e 2007. Com isto, o Ministério da Saúde dá mais um passo no sentido de consolidar a vigilância das DCNT no país e de propiciar elementos relevantes para o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde que visam à contínua melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Gerson Oliveira Penna
Secretaria de Vigilância em Saúde

Antônio Alves de Souza
Secretaria de Gestão Participativa e Estratégica

1. Introdução

Atualmente, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) possuem um importante papel no perfil de saúde das populações humanas. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças.³⁸ No Brasil, em 2004 as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida.⁸ A principal causa de óbito no Brasil em 2004 foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e causas externas. Séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90.¹⁶

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física.³⁸

Embora potencialmente relevantes na definição do perfil epidemiológico da população brasileira e, mais importante, passíveis de prevenção, os fatores de risco para DCNT não vinham sendo objeto de monitoramento sistemático no Brasil. Objetivando começar a modificar este cenário, em 2002-2003, o Ministério da Saúde realizou nas capitais de 16 unidades da federação, o “Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis”. Esse inquérito coletou, entre outros dados, informações sobre hábito de fumar, peso e altura referidos, consumo alimentar, atividade física, consumo de bebidas alcólicas e diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes ⁶. Outro passo importante foi a decisão de incluir questões sobre hábito de fumar e atividade física na “Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios” do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE que será realizada em 2008.

Como parte do processo de dotar o país de instrumentos eficazes para monitorar a frequência e a distribuição dos principais fatores determinantes das DCNT, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, contando com o suporte técnico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – NUPENS/USP, implantou, em 2006, o sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Nesta publicação são apresentados resultados relativos ao segundo ano (2007) de operação do sistema VIGITEL. Esses resultados dotam todas as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal de informações atualizadas sobre a frequência e a distribuição dos principais fatores que determinam doenças crônicas em nosso meio. Ao final desta publicação, destacam-se os fatores de risco e de proteção para DCNT que apresentaram variação significativa entre 2006 e 2007.

2. Aspectos metodológicos

2.1. Amostragem

Os procedimentos de amostragem empregados pelo sistema VIGITEL visam obter, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada cidade para que se possa estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população adulta. Erros máximos de cerca de três pontos percentuais são esperados para as estimativas específicas conforme sexo, assumindo-se proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra.³⁷

A primeira etapa da amostragem do sistema VIGITEL consiste no sorteio sistemático de cerca de 5.000 linhas telefônicas por cidade. Este sorteio, sistemático e estratificado de acordo com região ou prefixo das linhas telefônicas, é realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das empresas telefônicas que cobrem as cidades. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são re-sorteadas e divididas em réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por região da cidade ou prefixo telefônico. A divisão da amostra integral em réplicas é feita, essencialmente, em função da dificuldade em se estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas) e, portanto, o total de linhas a ser sorteado para se chegar a 2.000 entrevistas. No ano de 2007, a partir dos cadastros telefônicos das três empresas que servem as 27 cidades, foram sorteadas 138.600 linhas telefônicas (cerca de 5.000 por cidade). Foram utilizadas, em média, 26 réplicas por cidade, variando entre 16 réplicas em Belo Horizonte a 47 réplicas em Florianópolis.

A segunda etapa da amostragem do VIGITEL é executada em paralelo à execução das entrevistas, envolvendo, inicialmente, a identificação, dentre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema, ou seja, linhas residenciais ativas. Não são elegíveis, para o sistema, as linhas correspondentes a empresas, que não existem ou que se encontram fora de serviço, além das linhas que não respondem a dez chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados. No ano de 2007, no conjunto das 27 cidades, o sistema VIGITEL fez ligações para 138.600 linhas telefônicas distribuídas em 693 réplicas, identificando 75.876 linhas elegíveis.

Para cada linha elegível, uma vez obtida a aquiescência dos seus usuários em participar do sistema, procede-se à enumeração dos indivíduos com 18 ou mais anos de

idade que residem no domicílio e, a seguir, ao sorteio de um desses indivíduos para ser entrevistado. No ano de 2007, as ligações feitas para as 75.876 linhas elegíveis redundaram em 54.251 entrevistas completas, o que indica uma taxa média de sucesso do sistema de 71,5% (54.251 entrevistas realizadas para 75.876 linhas elegíveis), variando entre 64,0% em Porto Alegre e 74,7% em Belo Horizonte. O Quadro 1 sumariza o desempenho do sistema VIGITEL em cada uma das cidades estudadas.

Quadro 1 Linhas telefônicas sorteadas, linhas telefônicas elegíveis e entrevistas realizadas nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Nº de linhas sorteadas	Nº de linhas elegíveis	Nº de entrevistas realizadas	Nº de homens entrevistados	Nº de mulheres entrevistadas
Aracaju	3400	2792	2010	775	1235
Belém	3800	2821	2014	815	1199
Belo Horizonte	3200	2691	2010	803	1207
Boa Vista	3800	2836	2011	798	1213
Campo Grande	8200	2838	2009	839	1170
Cuiabá	8600	2832	2008	824	1184
Curitiba	7200	2724	2010	792	1218
Florianópolis	3400	3090	2002	807	1195
Fortaleza	6800	2753	2010	805	1205
Goiânia	3400	2755	2011	808	1203
João Pessoa	3800	2787	2012	755	1257
Macapá	3600	2735	2010	832	1178
Maceió	3800	2819	2013	712	1301
Manaus	3600	2726	2009	881	1128
Natal	8800	2870	2012	782	1230
Palmas	7800	2754	2008	835	1173
Porto Alegre	6800	3128	2002	774	1228
Porto Velho	3400	2769	2010	833	1177
Recife	7000	2759	2011	756	1255
Rio Branco	3600	2815	2010	770	1240
Rio de Janeiro	3400	2878	2006	784	1222
Salvador	3400	2738	2010	803	1207
São Luís	4000	2705	2010	774	1236
São Paulo	3600	2833	2006	812	1194
Teresina	3400	2835	2010	785	1225
Vitória	7400	2815	2010	786	1224
Distrito Federal	9400	2784	2007	807	1200
Total	138.600	75.876	54.251	21.547	32.704

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Mais de 80% das linhas elegíveis para as quais não houve entrevista corresponderam a situações em que não foi possível o contato telefônico inicial com seus usuários (linhas permanentemente ocupadas, com sinal de fax ou conectadas à secretária eletrônica) ou quando não foi possível encontrar o indivíduo sorteado no domicílio mesmo após várias tentativas de aprazamento e depois de pelo menos dez ligações feitas em dias e horários variados. Recusas em participar do sistema de monitoramento, seja no contato inicial com o domicílio, sejam após o sorteio do indivíduo a ser entrevistado, foram observadas em apenas 4,8% das linhas elegíveis, variando de 1,8% em Palmas a 11,0% no Rio de Janeiro.

2.2. Coleta de dados

As entrevistas telefônicas realizadas pelo sistema VIGITEL no ano de 2007 foram feitas entre julho e dezembro de 2007 por uma empresa contratada, sediada em Belo Horizonte. A equipe responsável pelas entrevistas, envolvendo 60 entrevistadores, quatro supervisores e um coordenador, recebeu treinamento prévio e foi supervisionada continuamente durante a operação do sistema por um pesquisador do NUPENS/USP.

O questionário do sistema VIGITEL (Anexo A) foi construído de modo a viabilizar a opção do sistema pela realização de entrevistas telefônicas feitas com o emprego de computadores, ou seja, entrevistas cujas perguntas são lidas diretamente da tela de um monitor de vídeo e cujas respostas são registradas direta e imediatamente em meio eletrônico. Este questionário permite, ainda, o sorteio automático do membro do domicílio que será entrevistado, o salto automático de questões não aplicáveis em face de respostas anteriores, a crítica imediata de respostas não válidas e a cronometragem da duração da entrevista, além de propiciar a alimentação direta e contínua do banco de dados do sistema.

As perguntas do questionário VIGITEL, curtas e simples, abordam: a) características demográficas e sócio-econômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, etnia, nível de escolaridade, número de pessoas e cômodos no domicílio, número de adultos e número de linhas telefônicas); b) características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de DCNT (por exemplo: frequência do consumo de frutas e hortaliças e de alimentos fonte de gordura saturada e frequência e duração da prática de exercícios físicos e do hábito de assistir televisão); c) peso e altura recordados; d) frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; e) auto-avaliação do estado de saúde, f) prevenção de câncer e g) morbidade referida. O processo de construção do questionário do sistema levou em conta vários modelos de questionários simplificados utilizados por sistemas de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas^{27, 38} e a experiência acumulada nos testes de implantação

do sistema na cidade de São Paulo²¹ e em outras quatro capitais de estados brasileiros (Belém, Florianópolis, Goiânia e Salvador), além do VIGITEL 2006.^{9, 22} No ano de 2007, a duração média das 54.251 entrevistas realizadas pelo sistema VIGITEL foi de 8,5 minutos.

2.3. Análise de dados

Nesta publicação do sistema VIGITEL são apresentadas estimativas para a frequência (e correspondente intervalo de confiança de 95%) de fatores selecionados de risco e proteção para doenças crônicas na população adulta de cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal e, também, para o conjunto da população adulta dessas 27 cidades. A seleção desses fatores levou em conta sua importância para a determinação da carga total de doença estimada pela OMS para a região das Américas onde se encontra o Brasil.³⁹ Assim, foram incluídos fatores de risco relacionados a hábito de fumar, ao excesso de peso, ao consumo de alimentos fonte de gordura saturada, ao sedentarismo e ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Dentre os fatores de proteção, foram incluídos a prática de atividade física no lazer, o consumo de frutas e hortaliças e prevenção de câncer. O exame do questionário do sistema VIGITEL, aplicado em 2007, irá evidenciar que os fatores de risco e proteção para doenças crônicas focalizados nesta publicação representam apenas uma pequena fração das informações que o sistema propicia.

A frequência dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas é apresentada separadamente para homens e mulheres e segundo faixa etária e nível de escolaridade do indivíduo.

A amostra de adultos entrevistada pelo sistema VIGITEL em cada cidade é extraída a partir do cadastro das linhas telefônicas residenciais existentes em cada cidade e, nesta medida, rigorosamente, só permite inferências populacionais para a população adulta que reside em domicílios cobertos pela rede de telefonia fixa. A cobertura dessa rede, embora tenha crescido nos últimos anos, não é evidentemente universal, podendo ser particularmente baixa em cidades economicamente menos desenvolvidas e nos estratos de menor nível sócio-econômico. Estimativas calculadas a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada pelo IBGE entre 2002 e 2003 em uma amostra probabilística de mais de 48 mil domicílios de todas as regiões do país indica que 66,4% dos domicílios existentes no conjunto das 27 cidades estudadas pelo VIGITEL eram servidos por linhas telefônicas fixas, variando entre 33,7% em Macapá e 79,4% no Distrito Federal.⁹ A cobertura da rede de telefonia fixa calculada a partir da POF 2002-2003 para cada um dos quintos da distribuição da renda familiar *per capita* do conjunto dos domicílios das 27 cidades foi 31,4%, 55,4%, 70,9% e, 80,6% e 89,9%, respectivamente.

Nenhum método direto de compensação para a fração de domicílios não servidos por telefone em cada cidade ou em cada estrato populacional é empregado pelo sistema VIGITEL. Entretanto, como se verá a seguir, pesos pós-estratificação aplicados aos indivíduos entrevistados pelo sistema podem corrigir, ao menos parcialmente, vieses determinados pela não cobertura universal da rede telefônica.

Quando dados individuais de um inquérito populacional são utilizados sem pesos, todos os indivíduos estudados contribuem da mesma forma para as estimativas geradas pelo inquérito. Este procedimento se aplica quando cada indivíduo estudado tenha tido a mesma probabilidade de ser selecionado para o estudo e quando as taxas de não cobertura do cadastro populacional empregado e as taxas de não participação no inquérito sejam iguais em todos os estratos da população. Quando essas situações não são observadas, como no caso do sistema VIGITEL, a atribuição de pesos para os indivíduos estudados é recomendada.

O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado pelo VIGITEL em cada uma das 27 cidades é o resultado da multiplicação de três fatores. O primeiro desses fatores é o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado, o qual corrige a maior chance que indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica tiveram de ser selecionados para a amostra. O segundo fator é o número de adultos no domicílio do entrevistado, o qual corrige a menor chance que indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas tiveram de ser selecionados para a amostra.

O terceiro fator de ponderação, empregado pelo sistema, denominado peso pós-estratificação, objetiva igualar a composição sócio-demográfica da amostra de adultos estudada pelo VIGITEL em cada cidade à composição sócio-demográfica da população adulta total da cidade. Para a obtenção deste fator, a amostra de indivíduos estudada pelo VIGITEL em cada cidade, já incorporando os dois fatores de ponderação mencionados anteriormente, foi distribuída em 36 categorias sócio-demográficas resultantes da estratificação da amostra segundo sexo (masculino e feminino), faixas etárias (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65 e mais anos de idade) e níveis de escolaridade (0-8, 9-11 e 12 ou mais anos de escolaridade). A seguir, procedeu-se à mesma distribuição para a amostra de adultos estudada em cada cidade pelo Censo Demográfico de 2000 – amostra correspondente a 10% do total de domicílios. O terceiro fator de ponderação veio a ser a razão observada, em cada uma das 36 categorias sócio-demográficas, entre a frequência relativa de indivíduos determinada para a amostra do Censo e a frequência relativa determinada para a amostra VIGITEL. Razões maiores do que a unidade corrigem a participação de indivíduos pertencentes a categorias sócio-demográficas sub-representadas na amostra VIGITEL (por exemplo, homens jovens com baixa escolaridade) enquanto razões menores do que um corrigem a participação de indivíduos pertencentes a categorias super-representadas (por exemplo, mulheres idosas com alta escolaridade).

A razão entre a frequência relativa de indivíduos da amostra VIGITEL e da amostra censitária em cada categoria sócio-demográfica permite a correção da sub- ou super-representação de estratos sócio-demográficos no sistema VIGITEL decorrente da cobertura diferencial desses estratos pela rede telefônica. Entretanto, esta correção apenas “aproxima” as estimativas geradas pelo sistema das estimativas que seriam observadas caso a cobertura da rede telefônica fosse universal ou não apresentasse diferenças entre estratos populacionais. A aproximação será tanto maior quanto mais decisiva for a influência do sexo, idade e nível de escolaridade sobre a frequência dos eventos de interesse do sistema e quanto maior forem as semelhanças entre comportamento de indivíduos de mesmo sexo, idade e nível de escolaridade servidos e não servidos por linhas telefônicas. Por outro lado, a aplicação deste terceiro fator de ponderação, que iguala a composição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à composição da população total de cada cidade, também permite a correção da sub- ou super-representação de categorias sócio-demográficas decorrente de diferenças nas taxas de sucesso do sistema (entrevistas realizadas/linhas telefônicas sorteadas) observadas entre os vários estratos sócio-demográficos.

Todas as estimativas para cada uma das 27 cidades que fazem parte do sistema VIGITEL incorporam o peso final de ponderação resultante da multiplicação dos três fatores de ponderação detalhados nos parágrafos anteriores. Para as estimativas relativas ao conjunto da população adulta das 27 cidades, multiplica-se o peso final de ponderação por um quarto fator de ponderação que leva em conta diferenças entre o contingente populacional das várias cidades e o número semelhante de indivíduos (cerca de dois mil) estudados pelo sistema em cada cidade. Este fator vem a ser a razão entre a proporção que o total de adultos de uma dada cidade representa no total de adultos das 27 cidades e a proporção que o total de adultos da amostra VIGITEL na mesma cidade representa no total de adultos estudados pelo sistema nas 27 cidades.

Para o processamento de dados e as análises estatísticas divulgadas nesta publicação contou-se com o auxílio do aplicativo “STATA, versão 9”,³³ empregando-se comandos que computam proporções com intervalos de confiança que levam em conta o emprego de fatores de ponderação.

2.4. Aspectos éticos

Por se tratar de entrevista por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados. O projeto VIGITEL foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde.

3. Estimativas para 2007

A seguir, são apresentadas estimativas do sistema VIGITEL para a população adulta de cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal e para o conjunto da população adulta dessas 27 cidades. Essas estimativas fornecem a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas agrupados por temas que envolvem: hábito de fumar, excesso de peso e obesidade, padrões de alimentação, padrões de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, auto-avaliação do estado de saúde, prevenção de câncer e morbidade referida. Como já se disse, os fatores de risco e proteção para doenças crônicas selecionados para esta publicação representam apenas uma pequena fração das informações que o sistema VIGITEL propicia.

A frequência dos fatores de risco e proteção é apresentada segundo sexo para cada uma das 27 cidades estudadas e segundo sexo e faixa etária ou escolaridade para o conjunto das 27 cidades.

A apresentação dos resultados relativos a cada um dos temas é precedida por uma breve introdução sobre sua importância para a Saúde Pública e pela definição dos indicadores utilizados. Futuras publicações deverão apresentar resultados e análises sobre a evolução anual da frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, cumprindo-se, assim, a contribuição mais relevante do VIGITEL para o sistema nacional de vigilância em saúde.

3.1. Tabagismo

O tabagismo, antes visto como um estilo de vida, é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. Considerado como grande problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde, o tabagismo deve ser encarado como uma pandemia, responsável por cerca de cinco milhões de mortes (quatro milhões em homens e um milhão em mulheres) por ano em todo o mundo.³⁹

O tabagismo aumenta o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Dentre as neoplasias relacionadas ao uso do tabaco, destacam-se os cânceres de pulmão (com um risco atribuível superior a 90%), laringe, cavidade oral, faringe, estômago, fígado, esôfago, pâncreas, bexiga e colo de útero. Além disso, é responsável por enormes custos sociais, econômicos e ambientais.¹²

O Brasil é um dos principais produtores e exportadores de tabaco do mundo. A dependência econômica do setor tabagista torna mais complexa qualquer estratégia de intervenção. Por outro lado, o controle do tabagismo exige um eficiente e sistemático

mecanismo de vigilância para monitorar as tendências de consumo de tabaco. Atento a isso o Governo Brasileiro implantou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, com implementação de ações educativas, legislativas e econômicas. Entre as estratégias preconizadas para o controle do tabagismo, destacam-se o monitoramento do padrão de consumo do tabaco e a proporção de fumantes e ex-fumantes a partir de estudos populacionais periódicos.

O sistema VIGITEL produz estimativas de vários indicadores do hábito de fumar entre adultos, levando em conta, entre outros aspectos, frequência, intensidade e idade do início do hábito de fumar. Nesta publicação, apresentam-se estimativas referentes apenas à proporção de fumantes e ex-fumantes. Considerou-se fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar, e ex-fumante todo não fumante que já fumou em alguma época de sua vida.

Frequência de fumantes

A maior frequência de adultos que fumam foi observada em Porto Alegre (21,7%) e a mais baixa em Salvador (11,5%). O hábito de fumar está mais disseminado entre homens do que entre mulheres na maioria das cidades, com exceção de Boa Vista, Curitiba, Goiânia, Maceió, Natal, Porto Alegre, Rio Branco, Rio de Janeiro e Salvador, onde a frequência de fumantes é semelhante nos dois sexos. Entre os homens, as frequências mais baixas foram encontradas em Maceió (14,9%), Natal (15,1%) e Salvador (15,2%) e as mais altas em Macapá e no Distrito Federal (24,8%), São Paulo (26,2%) e Florianópolis (26,4%). Para o sexo feminino se observou menor frequência de fumantes em Aracaju (7,0%), seguida de Palmas (7,7%) e São Luís (8,3%). As frequências mais altas de mulheres fumantes foram observadas em Curitiba (16,5%), Rio Branco (18,7%) e Porto Alegre (20,1%) (Tabela 1 e Figuras 1 e 2).

Tabela 1 Percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	12,3	9,1 - 15,6	18,8	12,7 - 24,9	7,0	4,2 - 9,7
Belém	14,3	11,7 - 16,9	21,1	16,5 - 25,6	8,5	5,9 - 11,1
Belo Horizonte	15,6	13,2 - 18,0	21,5	17,1 - 26,0	10,5	8,3 - 12,6
Boa Vista	17,0	13,8 - 20,2	20,3	15,4 - 25,3	13,7	9,6 - 17,8
Campo Grande	16,4	13,4 - 19,4	22,0	17,1 - 26,9	11,3	7,7 - 14,9
Cuiabá	14,1	11,7 - 16,4	18,5	14,4 - 22,5	10,0	7,6 - 12,5
Curitiba	17,9	15,7 - 20,2	19,6	16,1 - 23,1	16,5	13,6 - 19,4
Florianópolis	20,2	17,4 - 22,9	26,4	21,8 - 30,9	14,5	11,4 - 17,7
Fortaleza	14,5	11,5 - 17,5	19,3	13,6 - 25,0	10,6	8,1 - 13,0
Goiânia	13,4	11,0 - 15,7	16,3	12,4 - 20,1	10,8	8,1 - 13,6
João Pessoa	14,9	12,1 - 17,8	20,8	15,7 - 26,0	10,1	7,2 - 12,9
Macapá	17,5	14,1 - 20,9	24,8	19,2 - 30,4	10,6	6,9 - 14,2
Maceió	12,1	9,7 - 14,4	14,9	10,7 - 19,0	9,7	7,1 - 12,3
Manaus	16,3	13,8 - 18,9	22,9	18,7 - 27,2	10,2	7,4 - 13,0
Natal	13,2	10,9 - 15,4	15,1	11,5 - 18,6	11,6	8,7 - 14,6
Palmas	13,5	10,6 - 16,4	19,1	14,1 - 24,1	7,7	5,1 - 10,4
Porto Alegre	21,7	18,8 - 24,6	23,6	18,5 - 28,7	20,1	16,9 - 23,4
Porto Velho	16,1	13,1 - 19,0	21,8	16,9 - 26,8	10,4	7,3 - 13,6
Recife	15,9	12,7 - 19,1	22,3	16,5 - 28,1	10,8	7,5 - 14,0
Rio Branco	20,1	16,6 - 23,6	21,6	16,1 - 27,2	18,7	14,4 - 22,9
Rio de Janeiro	15,8	13,4 - 18,3	16,5	12,7 - 20,3	15,3	12,2 - 18,4
Salvador	11,5	9,1 - 13,9	15,2	11,4 - 19,0	8,4	5,3 - 11,5
São Luís	13,4	10,8 - 16,1	19,7	14,9 - 24,5	8,3	6,0 - 10,6
São Paulo	20,0	17,4 - 22,5	26,2	21,8 - 30,6	14,6	12,0 - 17,1
Teresina	14,8	12,0 - 17,6	22,3	17,2 - 27,4	8,7	6,2 - 11,2
Vitória	14,8	12,2 - 17,4	20,9	16,3 - 25,4	9,7	7,1 - 12,3
Distrito Federal	16,4	13,5 - 19,3	24,8	19,4 - 30,2	9,1	7,1 - 11,1

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 1 Percentual de homens (≥18 anos) fumantes, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

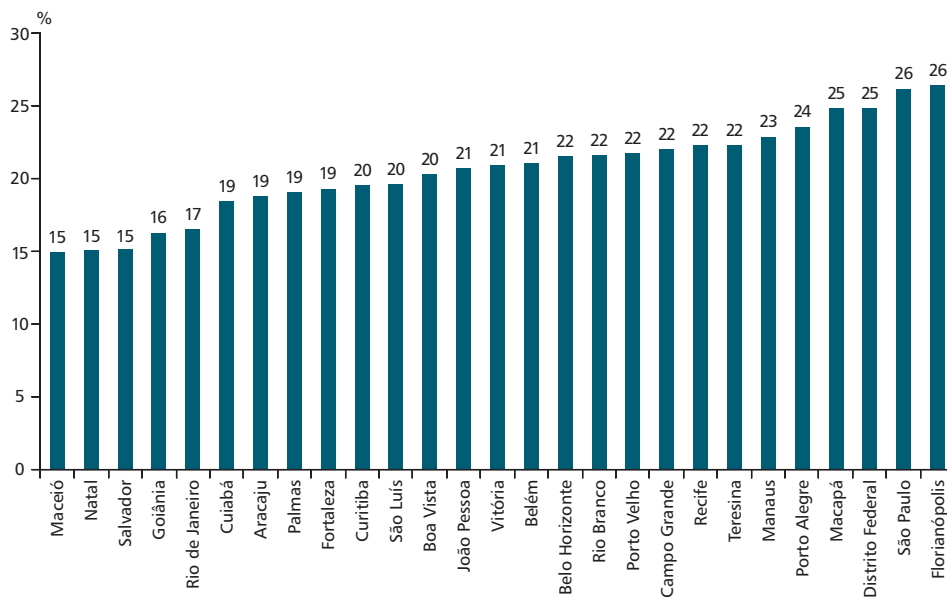
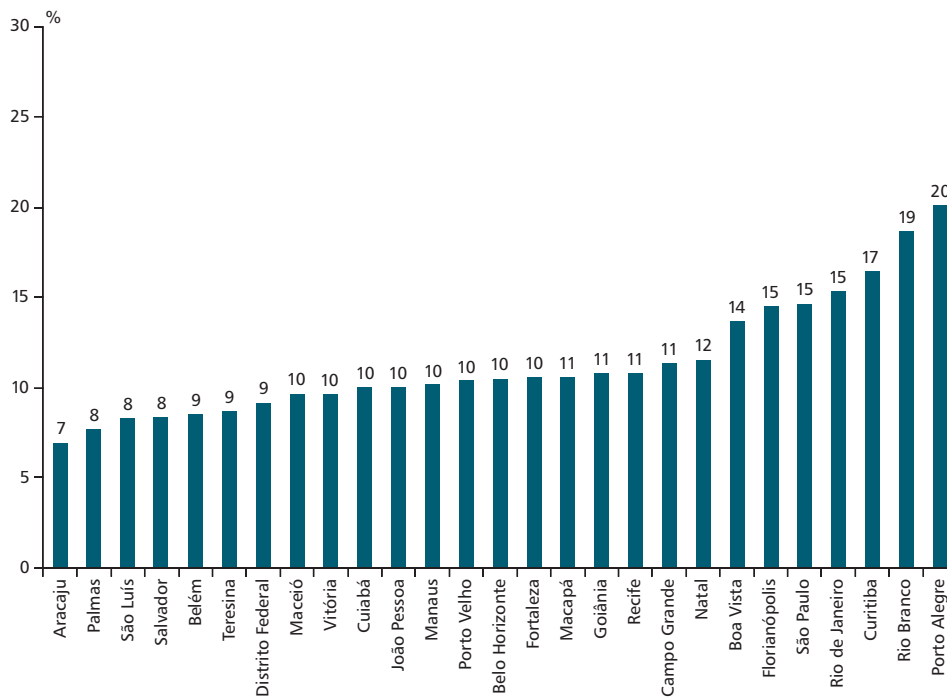


Figura 2 Percentual de mulheres (≥18 anos) fumantes, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



A freqüência de fumantes foi de 16,4% no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, sendo maior no sexo masculino (20,9%) do que no sexo feminino (12,6%). Enquanto que a prevalência de fumantes em homens é relativamente estável até os 54 anos de idade, nas mulheres ocorre um aumento a partir de 35 anos. Em ambos os sexos, a freqüência de fumantes tende a diminuir após 54 anos de idade, alcançando a menor freqüência entre indivíduos com 65 ou mais anos de idade. A freqüência de fumantes diminui com o aumento da escolaridade particularmente no sexo masculino: alcançando 25,0% dos homens com até oito anos de escolaridade e 14,8% dos homens com doze ou mais anos de escolaridade. (Tabela 2).

Tabela 2 Percentual de fumantes no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	16,5	13,7 - 19,2	23,3	18,9 - 27,7	10,1	6,8 - 13,4
25 a 34	15,6	13,9 - 17,3	21,2	18,2 - 24,2	10,5	8,7 - 12,3
35 a 44	17,6	16,1 - 19,1	19,7	17,3 - 22,1	15,7	13,7 - 17,7
45 a 54	21,7	19,8 - 23,6	23,9	20,8 - 27,1	19,8	17,6 - 22,1
55 a 64	15,5	13,5 - 17,6	18,5	14,9 - 22,1	13,2	10,9 - 15,5
65 e mais	8,0	6,5 - 9,5	12,4	9,2 - 15,5	5,2	3,8 - 6,6
Anos de escolaridade						
0 a 8	19,4	17,9 - 20,9	25,0	22,5 - 27,5	14,5	12,8 - 16,2
9 a 11	13,2	12,3 - 14,2	17,0	15,3 - 18,6	10,2	9,1 - 11,3
12 e mais	12,8	11,6 - 14,1	14,8	12,8 - 16,9	11,0	9,5 - 12,5
Total	16,4	15,5 - 17,3	20,9	19,4 - 22,3	12,6	11,6 - 13,6

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Freqüência de ex-fumantes

A maior freqüência de ex-fumantes foi encontrada em Rio Branco (26,9%) e a menor em Aracaju (17,4%). Entre os homens, a maior freqüência de ex-fumantes foi encontrada em Cuiabá (31,2%) e a menor em Maceió (21,2%); entre as mulheres foi em Porto Velho (25,5%) e Goiânia (13,5%), respectivamente. A freqüência de ex-fumantes se mostra semelhante entre homens e mulheres nas cidades de Belém, Florianópolis, Fortaleza, João Pessoa, Macapá, Natal, Palmas, Porto Alegre, Porto Velho, Recife, Rio Branco, Salvador, São Paulo e Distrito Federal. Nas demais cidades, ex-fumantes são mais freqüentes na população masculina. As maiores freqüências de ex-fumantes são observadas, entre os homens, em Cuiabá (31,2%), Manaus (30,4%), Rio Branco e Boa Vista (30,0%) e, entre as mulheres, em Porto Velho (25,2%), Rio Branco (24,0%) e Fortaleza (21,8%) (Tabela 3 e Figuras 3 e 4).

Tabela 3 Percentual de adultos (≥ 18 anos) ex-fumantes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	17,4	14,7 - 20,0	22,0	17,0 - 27,0	13,6	11,1 - 16,0
Belém	22,5	19,9 - 25,2	25,1	21,0 - 29,3	20,3	16,9 - 23,7
Belo Horizonte	22,9	20,4 - 25,3	27,2	23,2 - 31,3	19,2	16,2 - 22,2
Boa Vista	23,5	20,4 - 26,6	30,0	25,0 - 35,0	17,1	13,7 - 20,5
Campo Grande	21,0	18,3 - 23,8	27,3	22,7 - 31,8	15,3	12,2 - 18,5
Cuiabá	24,2	21,2 - 27,1	31,2	26,7 - 35,8	17,7	14,0 - 21,4
Curitiba	22,4	19,9 - 24,8	26,2	22,4 - 30,1	19,0	15,9 - 22,1
Florianópolis	20,5	18,0 - 23,0	24,0	20,3 - 27,6	17,4	14,0 - 20,7
Fortaleza	23,1	20,1 - 26,1	24,7	19,9 - 29,5	21,8	18,0 - 25,6
Goiânia	19,4	17,1 - 21,8	26,2	22,1 - 30,3	13,5	11,1 - 16,0
João Pessoa	20,9	18,5 - 23,3	21,7	18,0 - 25,4	20,3	17,1 - 23,4
Macapá	24,3	21,2 - 27,5	28,7	23,6 - 33,7	20,2	16,4 - 24,1
Maceió	18,9	16,4 - 21,5	21,2	16,9 - 25,5	17,0	14,1 - 20,0
Manaus	24,6	21,6 - 27,5	30,4	25,9 - 35,0	19,2	15,5 - 22,9
Natal	20,0	17,5 - 22,5	21,5	17,7 - 25,2	18,8	15,5 - 22,1
Palmas	23,2	19,6 - 26,8	28,1	22,4 - 33,8	18,3	13,9 - 22,6
Porto Alegre	24,4	21,8 - 27,1	28,6	24,0 - 33,1	21,0	18,0 - 24,1
Porto Velho	26,8	23,5 - 30,1	28,4	23,5 - 33,2	25,2	20,7 - 29,8
Recife	19,1	16,8 - 21,5	21,6	17,7 - 25,5	17,2	14,2 - 20,1
Rio Branco	26,9	23,6 - 30,1	30,0	24,7 - 35,4	24,0	20,2 - 27,7
Rio de Janeiro	23,5	21,0 - 26,0	28,7	24,3 - 33,1	19,2	16,6 - 21,8
Salvador	21,3	18,5 - 24,1	23,8	18,8 - 28,8	19,2	16,2 - 22,2
São Luís	20,0	17,3 - 22,8	24,6	19,8 - 29,4	16,3	13,2 - 19,4
São Paulo	21,7	19,5 - 23,9	24,4	20,8 - 28,0	19,4	16,6 - 22,2
Teresina	20,5	17,9 - 23,0	26,4	22,0 - 30,8	15,6	12,7 - 18,4
Vitória	20,3	18,1 - 22,6	24,3	20,6 - 28,0	17,0	14,2 - 19,8
Distrito Federal	21,7	19,0 - 24,4	23,9	19,7 - 28,2	19,7	16,2 - 23,2

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 3 Percentual de homens (≥ 18 anos) ex-fumantes, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

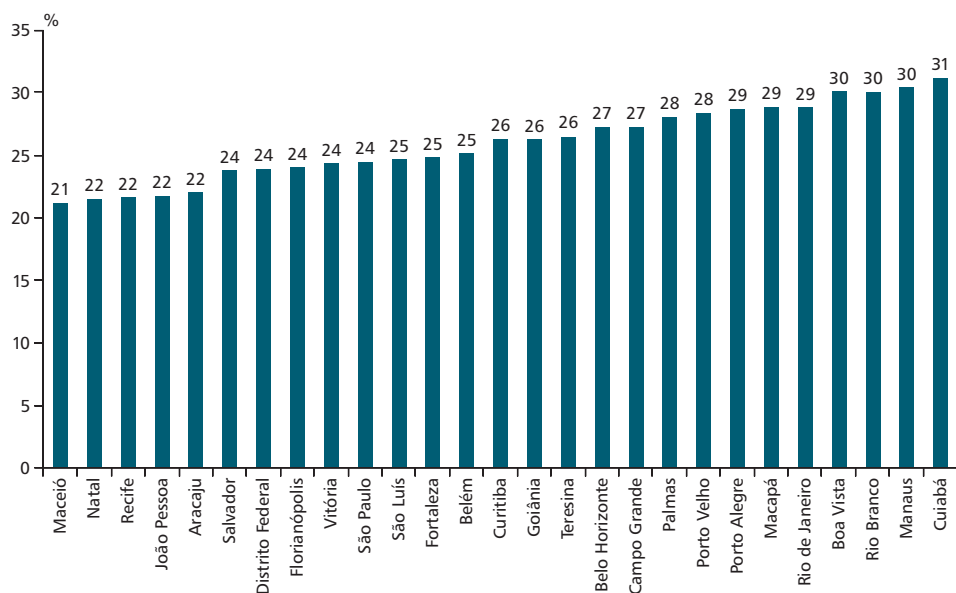
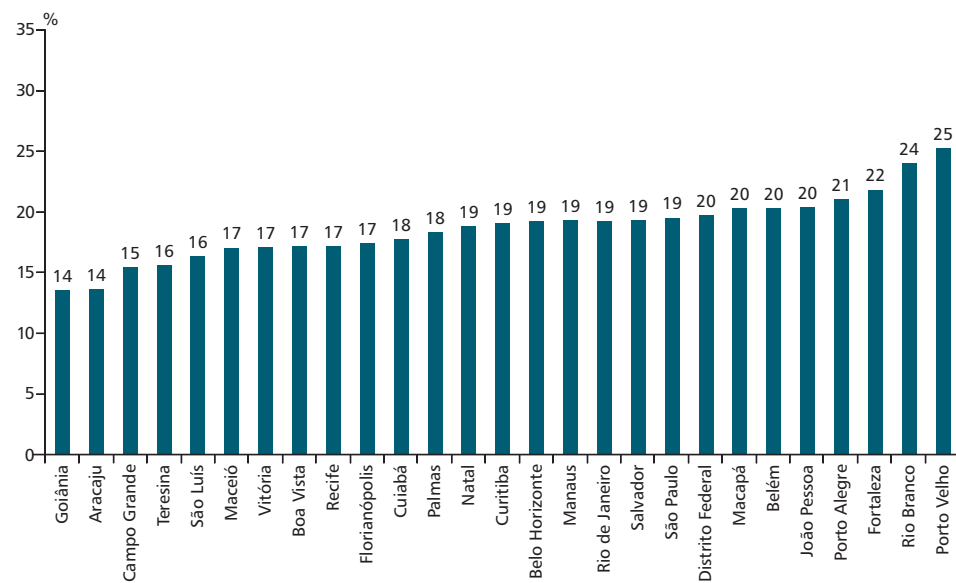


Figura 4 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) ex-fumantes, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Para o conjunto da população adulta das 27 cidades, a frequência de ex-fumantes aumenta sistematicamente com a idade entre homens e aumenta até a idade de 54 anos entre as mulheres. Nos dois sexos, a frequência de ex-fumantes é especialmente elevada na faixa de menor escolaridade (Tabela 4).

Tabela 4 Percentual de ex-fumantes no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	10,8	9,0 - 12,6	13,1	9,9 - 16,3	8,7	7,0 - 10,4
25 a 34	13,9	12,3 - 15,4	15,2	12,8 - 17,7	12,6	10,7 - 14,6
35 a 44	22,9	21,2 - 24,6	23,9	21,2 - 26,5	22,1	19,8 - 24,3
45 a 54	33,3	31,2 - 35,4	39,4	35,9 - 43,0	28,2	25,7 - 30,6
55 a 64	35,6	33,0 - 38,2	48,6	44,1 - 53,1	25,4	22,6 - 28,1
65 e mais	35,3	32,8 - 37,9	51,4	47,0 - 55,8	25,2	22,3 - 28,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	25,0	23,7 - 26,4	29,5	27,1 - 31,9	21,2	19,6 - 22,8
9 a 11	17,3	16,3 - 18,4	20,5	18,9 - 22,2	14,8	13,5 - 16,0
12 e mais	20,2	18,8 - 21,6	23,3	21,0 - 25,5	17,4	15,6 - 19,2
Total	21,9	21,1 - 22,7	25,8	24,4 - 27,2	18,6	17,7 - 19,6

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

3.2. Excesso de peso e obesidade

Nas últimas décadas, o aumento da prevalência da obesidade em âmbito mundial tem colocado esse fator de risco como um dos maiores problemas de saúde pública da humanidade. De acordo com as mais recentes estimativas globais da OMS, mais de dois bilhões de pessoas acima de 15 anos de idade apresentam excesso de peso e, dentre esses, há 400 milhões de obesos. Além disso, as projeções futuras indicam um aumento mundial do número de pessoas adultas com excesso de peso e obesidade, chegando em 2025 a três bilhões e 700 milhões, respectivamente.

A obesidade é considerada doença crônica de caráter multifatorial, bem como fator de risco para ocorrência de várias outras doenças crônicas. Fatores ambientais e estilos de vida não saudáveis, como: hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, desempenham um papel preponderante na ocorrência desta enfermidade, apesar de os fatores genéticos atuarem como co-fatores, aumentando a susceptibilidade de ganho de peso. O impacto do excesso de peso na saúde dos indivíduos está amplamente demonstrado na literatura científica. As doenças cardíacas, principalmente infarto agudo do miocárdio, doenças cérebros-vasculares, hipertensão, cânceres, como os de cólon, mama e endométrio, desordens músculo-esquelético, diabetes e várias outras enfermidades têm seu risco aumentado substancialmente com o excesso de peso e a obesidade.³⁶

O diagnóstico da obesidade pode ser feito por mensuração de pregas cutâneas, pesagem hidrostática, avaliação de impedância bioelétrica entre outros. Entretanto, grande parte dessas técnicas é onerosa e requer equipamento complexo e pessoal qualificado e supervisionado. Em estudos epidemiológicos, o diagnóstico da obesidade é feito a partir do Índice de Massa Corporal – IMC, obtido pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros). O excesso de peso é diagnosticado quando o IMC alcança valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto que a obesidade é diagnosticada a partir do IMC de 30 kg/m².³⁶ Esses critérios são os utilizados pelo sistema VIGITEL para analisar as informações sobre peso e altura fornecidas pelos entrevistados.

Excesso de peso

A maior frequência de adultos com excesso de peso foi encontrada em Cuiabá (49,7%) e a menor em Palmas (33,4%). O excesso de peso tendeu a ser mais freqüente em homens do que em mulheres, exceto nas cidades de Aracaju, Porto Velho, Recife, Rio Branco, Salvador, Teresina e Distrito Federal, onde as frequências foram semelhantes em ambos os sexos. Nos dois sexos, o excesso de peso foi mais freqüente em Cuiabá (57,0% em homens e 42,2% em mulheres), seguidos de Florianópolis (52,7%) e Rio de Janeiro (52,3%) para os homens e Rio de Janeiro (41,6%) e Curitiba (40,3%) para as mulheres. As menores frequências de excesso de peso em homens foram encontradas em Aracaju (41,6%), Palmas (39,1%) e Distrito Federal (38,9%) enquanto as menores frequências do excesso de peso em mulheres foram vistas em Vitória (31,8%), São Luís (30,0%) e Palmas (26,8%) (Tabela 5 e Figuras 5 e 6).

Tabela 5 Percentual de adultos (≥ 18 anos) com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m²), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	37,7	34,1 - 41,3	41,6	35,7 - 47,5	34,0	29,6 - 38,4
Belém	41,8	38,3 - 45,2	49,8	44,5 - 55,2	33,8	29,4 - 38,2
Belo Horizonte	40,5	37,4 - 43,6	46,2	41,2 - 51,2	35,1	31,3 - 39,0
Boa Vista	41,4	37,5 - 45,3	47,8	41,9 - 53,6	34,3	29,3 - 39,4
Campo Grande	45,3	41,8 - 48,9	51,2	45,7 - 56,7	39,1	34,7 - 43,4
Cuiabá	49,7	46,3 - 53,1	57,0	52,1 - 61,9	42,2	37,4 - 47,0
Curitiba	44,9	41,9 - 47,8	49,8	45,3 - 54,4	40,3	36,4 - 44,2
Florianópolis	44,0	40,9 - 47,2	52,7	48,1 - 57,3	35,8	31,5 - 40,1
Fortaleza	44,9	41,1 - 48,7	50,3	44,0 - 56,6	39,4	35,1 - 43,8
Goiânia	39,4	36,2 - 42,5	45,7	40,8 - 50,6	33,2	29,1 - 37,2
João Pessoa	45,5	41,9 - 49,1	51,9	46,2 - 57,6	39,5	35,0 - 43,9
Macapá	42,2	38,4 - 46,1	49,8	44,0 - 55,6	33,5	28,9 - 38,0
Maceió	42,0	38,0 - 45,9	49,1	42,7 - 55,4	35,2	30,6 - 39,7
Manaus	43,6	40,2 - 47,0	49,4	44,6 - 54,3	37,2	32,6 - 41,8
Natal	44,2	40,7 - 47,7	50,4	44,6 - 56,1	38,2	34,1 - 42,3
Palmas	33,4	29,7 - 37,2	39,1	33,4 - 44,8	26,8	22,3 - 31,3
Porto Alegre	45,1	42,0 - 48,3	50,8	45,7 - 56,0	40,2	36,5 - 43,9
Porto Velho	43,4	39,7 - 47,1	47,0	41,6 - 52,5	39,3	34,2 - 44,4
Recife	42,7	39,2 - 46,2	45,7	40,0 - 51,4	40,1	35,9 - 44,3
Rio Branco	40,0	36,1 - 44,0	45,1	39,1 - 51,2	34,6	29,7 - 39,5
Rio de Janeiro	46,7	43,6 - 49,8	52,3	47,2 - 57,3	41,6	37,8 - 45,4
Salvador	38,6	35,4 - 41,9	42,4	37,3 - 47,4	35,0	31,0 - 39,1
São Luís	36,3	33,0 - 39,6	43,2	38,0 - 48,4	30,0	25,8 - 34,2
São Paulo	43,2	40,2 - 46,2	49,3	44,6 - 54,0	37,2	33,7 - 40,8
Teresina	39,7	36,0 - 43,4	43,9	38,5 - 49,4	35,6	30,6 - 40,6
Vitória	40,4	37,5 - 43,4	49,9	45,1 - 54,7	31,8	28,3 - 35,3
Distrito Federal	37,7	34,5 - 40,9	38,9	34,1 - 43,8	36,6	32,4 - 40,8

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 5 Percentual de homens (≥ 18 anos) com excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

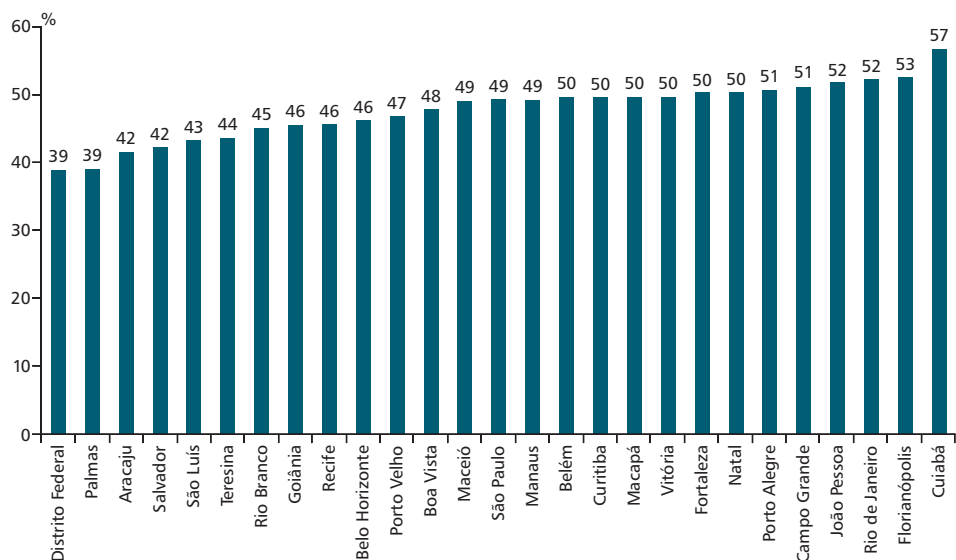
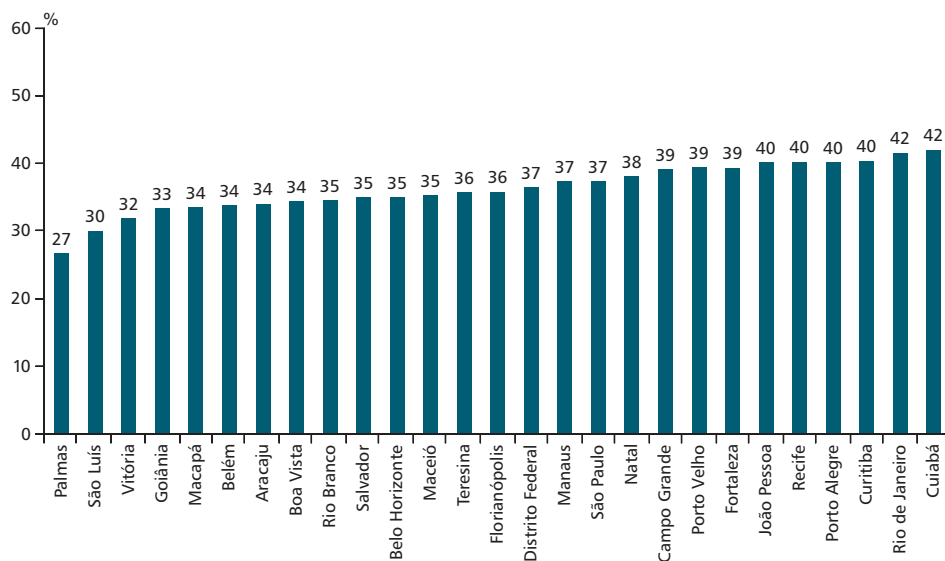


Figura 6 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) com excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando-se o conjunto da população adulta das 27 cidades, observa-se tendência de aumento da frequência do excesso de peso a partir dos 24 anos de idade e redução após 64 anos. A relação entre nível de escolaridade e excesso de peso é diferente entre homens e mulheres: no sexo masculino, a frequência de excesso de peso é maior na faixa de maior escolaridade enquanto que no sexo feminino é maior na faixa de menor escolaridade (Tabela 6).

Tabela 6 Percentual de indivíduos com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m²) no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	21,0	18,3 - 23,6	26,7	22,2 - 31,2	15,1	12,6 - 17,6
25 a 34	41,2	38,9 - 43,5	49,9	46,3 - 53,5	32,4	29,6 - 35,2
35 a 44	49,4	47,4 - 51,4	58,0	55,0 - 60,9	41,2	38,5 - 43,9
45 a 54	56,1	53,8 - 58,4	61,8	58,3 - 65,3	50,8	47,8 - 53,7
55 a 64	57,5	54,6 - 60,4	57,0	52,4 - 61,7	57,9	54,3 - 61,5
65 e mais	50,3	47,4 - 53,3	49,3	44,8 - 53,7	51,2	47,3 - 55,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	47,1	45,2 - 48,9	48,3	45,5 - 51,2	45,7	43,4 - 48,0
9 a 11	37,3	35,9 - 38,6	45,2	43,1 - 47,4	30,5	28,8 - 32,2
12 e mais	44,1	42,3 - 45,8	57,9	55,2 - 60,5	31,2	29,0 - 33,4
Total	43,4	42,3 - 44,5	49,2	47,5 - 50,9	37,8	36,5 - 39,1

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Obesidade

A frequência mais elevada de adultos obesos foi encontrada em Macapá (16,1%) e a menos elevada em Palmas (8,8%). Diferentemente do excesso de peso, não se vê para a obesidade uma tendência clara de frequências mais elevadas no sexo masculino, à exceção de Belém e Macapá. A obesidade entre homens alcançou valores máximos em Belém (16,1%), Campo Grande (17,0%) e Macapá (19,5%), e valores mínimos em São Luís (10,0%) e Palmas e Belo Horizonte (9,7%). Entre mulheres, as frequências de obesidade mais altas foram vistas em Curitiba e Rio de Janeiro (14,3%), Porto Velho (14,7%) e Cuiabá (14,8%) e as mais baixas no Distrito Federal e Belém (9,9%) e em Palmas (7,7%) (Tabela 7 e Figuras 7 e 8).

Tabela 7 Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m²), por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	11,1	8,9 - 13,4	10,1	7,0 - 13,3	12,1	8,9 - 15,3
Belém	13,0	10,8 - 15,1	16,1	12,6 - 19,5	9,9	7,4 - 12,5
Belo Horizonte	10,7	8,8 - 12,7	9,7	7,0 - 12,3	11,8	8,9 - 14,6
Boa Vista	12,3	9,8 - 14,8	13,0	9,2 - 16,8	11,5	8,2 - 14,8
Campo Grande	15,0	12,7 - 17,3	17,0	13,2 - 20,8	12,9	10,4 - 15,5
Cuiabá	14,5	11,8 - 17,2	14,2	11,3 - 17,2	14,8	10,2 - 19,4
Curitiba	13,6	11,6 - 15,7	12,9	10,3 - 15,6	14,3	11,2 - 17,4
Florianópolis	11,1	9,3 - 12,9	10,8	8,2 - 13,4	11,4	8,9 - 14,0
Fortaleza	14,7	12,1 - 17,3	15,9	11,9 - 19,8	13,5	10,2 - 16,8
Goiânia	10,9	9,1 - 12,7	11,7	9,0 - 14,5	10,1	7,8 - 12,3
João Pessoa	12,6	10,4 - 14,9	13,7	10,3 - 17,0	11,6	8,6 - 14,6
Macapá	16,1	13,4 - 18,8	19,5	15,1 - 23,9	12,2	9,6 - 14,9
Maceió	11,6	9,6 - 13,6	11,5	8,5 - 14,5	11,7	9,0 - 14,4
Manaus	11,9	10,1 - 13,7	12,3	9,6 - 14,9	11,5	9,0 - 13,9
Natal	13,1	10,8 - 15,5	15,4	11,3 - 19,4	10,9	8,5 - 13,3
Palmas	8,8	6,7 - 10,9	9,7	6,5 - 12,9	7,7	5,3 - 10,1
Porto Alegre	13,1	11,0 - 15,2	13,4	10,2 - 16,7	12,8	10,0 - 15,5
Porto Velho	14,6	12,1 - 17,0	14,5	10,9 - 18,0	14,7	11,2 - 18,1
Recife	11,3	9,4 - 13,2	11,4	8,6 - 14,2	11,3	8,7 - 13,9
Rio Branco	12,2	9,9 - 14,5	13,5	10,1 - 16,9	10,8	7,8 - 13,9
Rio de Janeiro	14,3	12,3 - 16,3	14,3	11,3 - 17,3	14,3	11,5 - 17,0
Salvador	12,3	10,1 - 14,5	10,9	7,5 - 14,2	13,7	10,9 - 16,6
São Luís	10,1	7,7 - 12,4	10,0	7,0 - 13,1	10,1	6,6 - 13,7
São Paulo	13,1	11,2 - 15,0	15,5	12,5 - 18,6	10,7	8,5 - 12,9
Teresina	11,3	8,8 - 13,9	12,3	8,1 - 16,4	10,4	7,4 - 13,4
Vitória	11,4	9,6 - 13,1	12,7	10,0 - 15,3	10,2	7,9 - 12,5
Distrito Federal	10,0	8,1 - 11,9	10,1	6,9 - 13,4	9,9	7,7 - 12,0

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 7 Percentual de homens (≥ 18 anos) com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

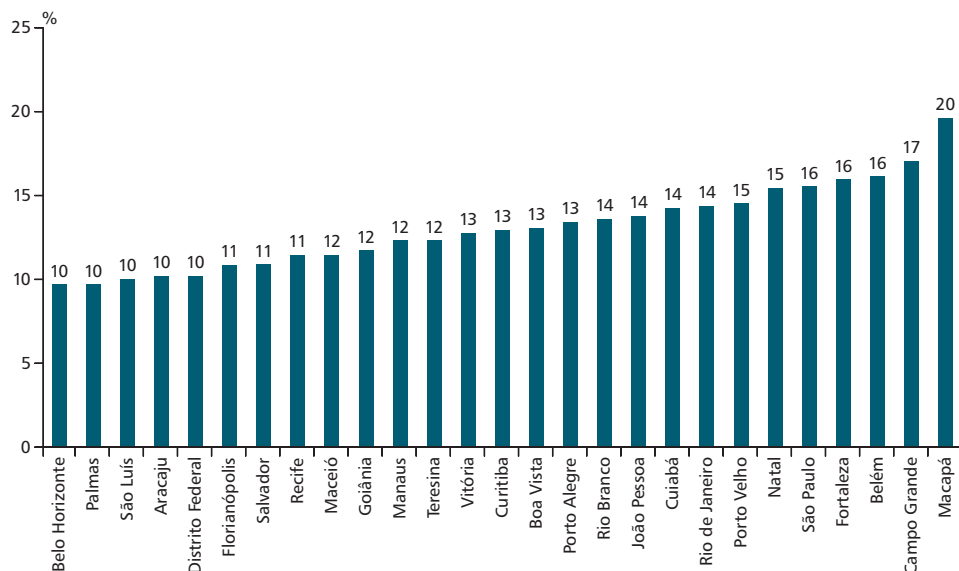
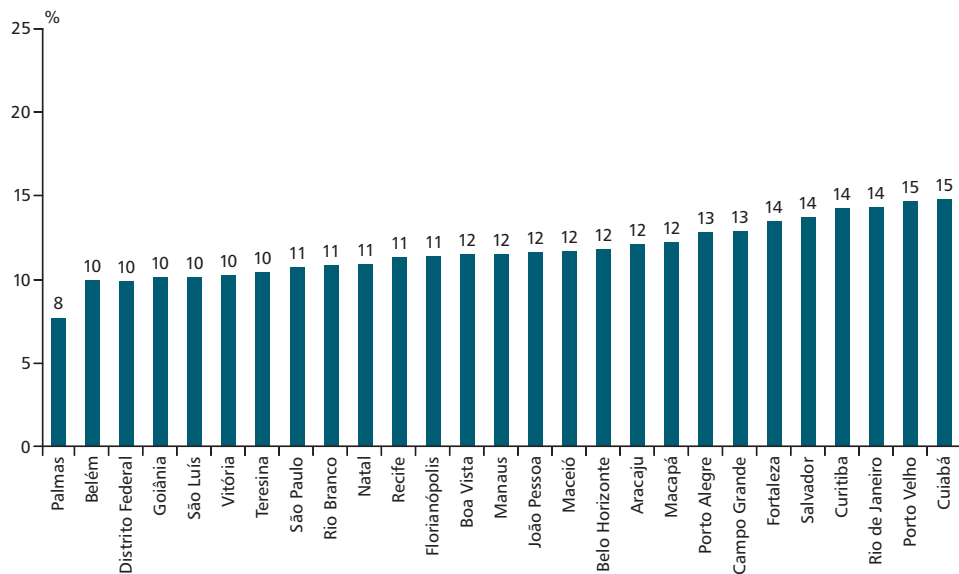


Figura 8 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das 27 cidades, observa-se aumento da frequência da obesidade com a idade até 54 anos para homens e até 64 anos para mulheres. Como no caso do excesso de peso, a associação entre obesidade e nível de escolaridade é diferente entre homens e mulheres: enquanto no sexo feminino a frequência da obesidade declina fortemente com o aumento da escolaridade, no sexo masculino as diferenças são mínimas, havendo mais obesos nas categorias extremas de escolaridade (Tabela 8).

Tabela 8 Percentual de indivíduos com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m²) no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	4,0	3,0 - 5,0	4,1	2,9 - 5,3	3,9	2,2 - 5,5
25 a 34	11,4	9,9 - 12,9	13,2	10,8 - 15,6	9,7	7,9 - 11,5
35 a 44	14,9	13,4 - 16,4	18,5	16,0 - 20,9	11,5	9,6 - 13,3
45 a 54	19,4	17,5 - 21,3	20,2	17,2 - 23,2	18,5	16,2 - 20,9
55 a 64	20,3	18,0 - 22,6	18,7	15,4 - 22,0	21,7	18,6 - 24,9
65 e mais	13,5	11,6 - 15,5	9,5	7,3 - 11,7	16,7	13,7 - 19,6
Anos de escolaridade						
0 a 8	14,9	13,7 - 16,1	13,8	12,1 - 15,5	16,0	14,4 - 17,6
9 a 11	10,7	9,8 - 11,5	12,6	11,1 - 14,0	9,0	7,9 - 10,1
12 e mais	11,3	10,2 - 12,4	15,3	13,4 - 17,3	7,5	6,4 - 8,6
Total	12,9	12,2 - 13,5	13,7	12,7 - 14,8	12,0	11,2 - 12,9

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

3.3. Consumo alimentar

O padrão alimentar dos indivíduos é um importante condicionante da morbimortalidade por doenças crônicas ao longo de todas as fases do curso de vida.³³

Segundo estimativas globais da OMS, o insuficiente consumo de frutas e hortaliças (consumo *per capita* diário inferior a 400 gramas ou, aproximadamente, cinco porções diárias de frutas e hortaliças) é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cérebro-vasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo o mundo. Ainda segundo a OMS, dislipidemias, causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, determinam anualmente 4,4 milhões de mortes, sendo responsáveis por 18% das doenças cérebro-vasculares e 56% das doenças isquêmicas do coração.³⁹

No Brasil, os padrões alimentares variam entre as diferentes regiões brasileiras, dependendo do clima, das condições de produção de alimentos, das condições sócioeconômicas da população e de suas características culturais. Tradicionalmente, para a maior parte da população brasileira, até meados do século XX, a alimentação habitual consistia basicamente de cereais, leguminosas e tubérculos, combinados a pequenas quantidades de alimentos de origem animal. Entretanto, nas últimas três décadas, acompanhando mudanças observadas em várias regiões do mundo, o padrão da alimentação da população brasileira vem sofrendo grandes modificações, caracterizadas por diminuição da participação na dieta dos alimentos básicos e pelo aumento do consumo de carnes e leite e derivados e de alimentos industrializados ricos em gordura, açúcar e sal.^{4,9,10} Importa notar que, ao longo das três últimas décadas, a participação de frutas e hortaliças na consumo alimentar da população brasileira manteve-se estagnada e bastante inferior ao consumo mínimo diário recomendado de 400 gramas.¹⁵

Nesta publicação, são focalizados indicadores do consumo saudáveis e não saudáveis. No primeiro caso, avalia-se o consumo em cinco ou mais dias da semana de frutas, de hortaliças (legumes e verduras) e de frutas e hortaliças. No segundo caso, avalia-se o hábito de consumir carnes vermelhas gordurosas ou frango com pele sem a remoção da gordura visível desses alimentos, o hábito de consumir leite integral e o consumo de refrigerantes (não dietéticos, isto é já adoçados com açúcar) em cinco ou mais dias da semana.

A partir de 2007, o VIGITEL disponibiliza o indicador consumo de pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana. O número de porções diárias desses alimentos não é perguntado diretamente aos indivíduos em face da dificuldade em se padronizar o conceito de porções para diferentes alimentos. Esse número de porções é estimado pelo VIGITEL a partir de questões sobre o número de frutas consumidas ao longo do dia e sobre o hábito de consumir hortaliças cruas ou cozidas nas refeições principais. Essas questões são perguntadas apenas a indivíduos

que referem o consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana. No caso das frutas, o número de porções consumidas é dado diretamente pelo número de frutas consumidas ao longo do dia, considerando-se um máximo de três porções por dia. No caso de hortaliças, considera-se um máximo de quatro porções por dia, situação que caracteriza indivíduos que têm o hábito de comer salada de hortaliças no almoço e no jantar e hortaliças cozidas também no almoço e no jantar.

Consumo regular de frutas

A frequência de adultos que consomem frutas em cinco ou mais dias da semana, independente do número de porções, doravante denominado consumo regular de frutas, alcança seu maior valor em São Luís (61,5%) e o menor em Boa Vista (31,7%). O consumo regular de frutas é mais freqüente entre mulheres do que entre homens, exceto em Aracaju, Boa Vista, Macapá, Manaus, Rio Branco, Rio de Janeiro e Salvador, onde o consumo é semelhante. As maiores freqüências do consumo regular de frutas entre mulheres são observadas em Porto Alegre (63,6%), Florianópolis (64,9%) e São Luís (66,9%) e as menores em Porto Velho (41,2%), Rio Branco (37,8%) e Boa Vista (36,0%). Entre os homens, as maiores freqüências ocorrem em Fortaleza (46,8%), Aracaju (48,5%), e São Luís (55,1%) e as menores em Porto Velho (27,6%), Boa Vista (27,3%) e Cuiabá (21,8%) (Tabela 9 e Figuras 9 e 10).

Tabela 9 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem frutas cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	52,7	49,0 - 56,4	48,5	42,3 - 54,8	56,1	51,6 - 60,7
Belém	48,8	45,5 - 52,1	42,5	37,4 - 47,6	54,2	50,0 - 58,4
Belo Horizonte	46,4	43,4 - 49,5	39,3	34,6 - 44,1	52,5	48,6 - 56,3
Boa Vista	31,7	28,1 - 35,2	27,3	21,9 - 32,8	36,0	31,4 - 40,6
Campo Grande	38,6	35,3 - 42,0	32,9	27,8 - 38,1	43,8	39,3 - 48,2
Cuiabá	32,2	29,2 - 35,1	21,8	18,1 - 25,5	41,7	37,3 - 46,2
Curitiba	47,5	44,6 - 50,5	38,0	33,8 - 42,3	55,9	51,9 - 59,8
Florianópolis	55,0	51,8 - 58,2	44,0	39,5 - 48,4	64,9	60,7 - 69,2
Fortaleza	54,2	50,5 - 57,9	46,8	40,7 - 52,9	60,2	55,8 - 64,6
Goiânia	40,8	37,7 - 43,8	31,1	26,7 - 35,4	49,2	45,1 - 53,4
João Pessoa	54,4	51,0 - 57,9	46,5	40,9 - 52,1	61,0	56,7 - 65,2
Macapá	36,5	32,9 - 40,1	31,7	26,5 - 37,0	41,0	36,1 - 45,9
Maceió	45,5	41,8 - 49,2	38,0	32,2 - 43,8	51,8	47,2 - 56,3
Manaus	40,1	36,7 - 43,4	34,2	29,8 - 38,7	45,4	40,6 - 50,2
Natal	55,2	51,6 - 58,8	46,7	41,0 - 52,5	62,1	57,9 - 66,4
Palmas	37,5	33,6 - 41,4	31,9	26,2 - 37,6	43,2	37,8 - 48,5
Porto Alegre	55,1	52,0 - 58,2	44,8	39,9 - 49,8	63,6	59,9 - 67,2
Porto Velho	34,5	31,2 - 37,8	27,6	23,0 - 32,2	41,2	36,5 - 45,9
Recife	48,8	45,3 - 52,2	41,9	36,2 - 47,6	54,3	50,2 - 58,4
Rio Branco	33,1	29,4 - 36,9	28,1	22,3 - 33,9	37,8	33,0 - 42,6
Rio de Janeiro	49,1	46,0 - 52,2	45,3	40,3 - 50,2	52,3	48,4 - 56,2
Salvador	45,6	42,3 - 48,9	39,1	34,0 - 44,2	51,1	46,8 - 55,4
São Luís	61,5	58,2 - 64,9	55,1	49,8 - 60,5	66,9	62,7 - 71,0
São Paulo	51,9	49,0 - 54,8	43,7	39,1 - 48,2	59,0	55,4 - 62,7
Teresina	50,6	46,9 - 54,2	42,7	37,4 - 47,9	57,0	52,2 - 61,9
Vitória	47,5	44,6 - 50,5	40,1	35,4 - 44,8	53,8	50,0 - 57,6
Distrito Federal	46,2	42,9 - 49,5	37,5	32,3 - 42,7	53,9	49,7 - 58,1

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 9 Percentual de homens (≥18 anos) que consomem frutas cinco ou mais dias por semana, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

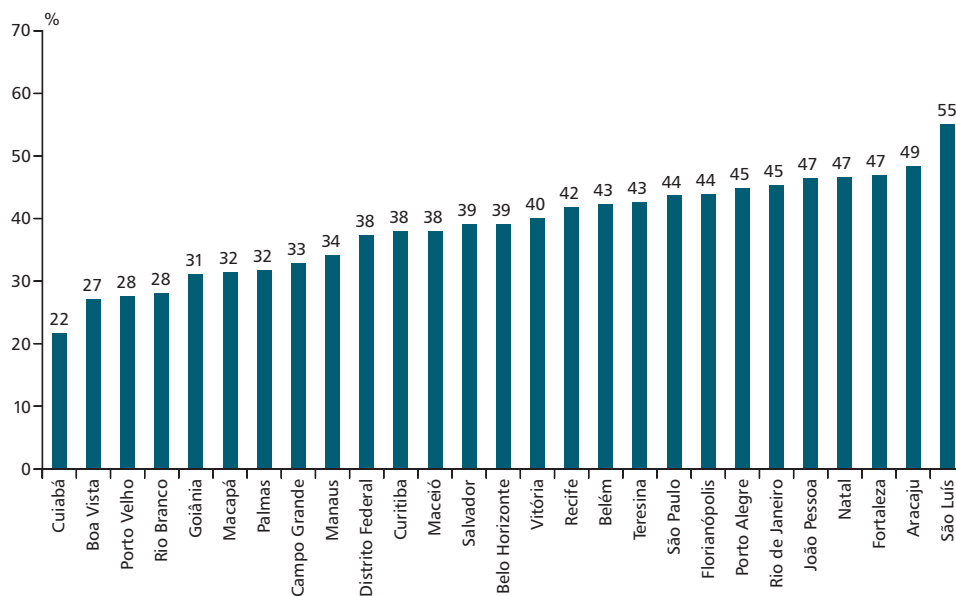
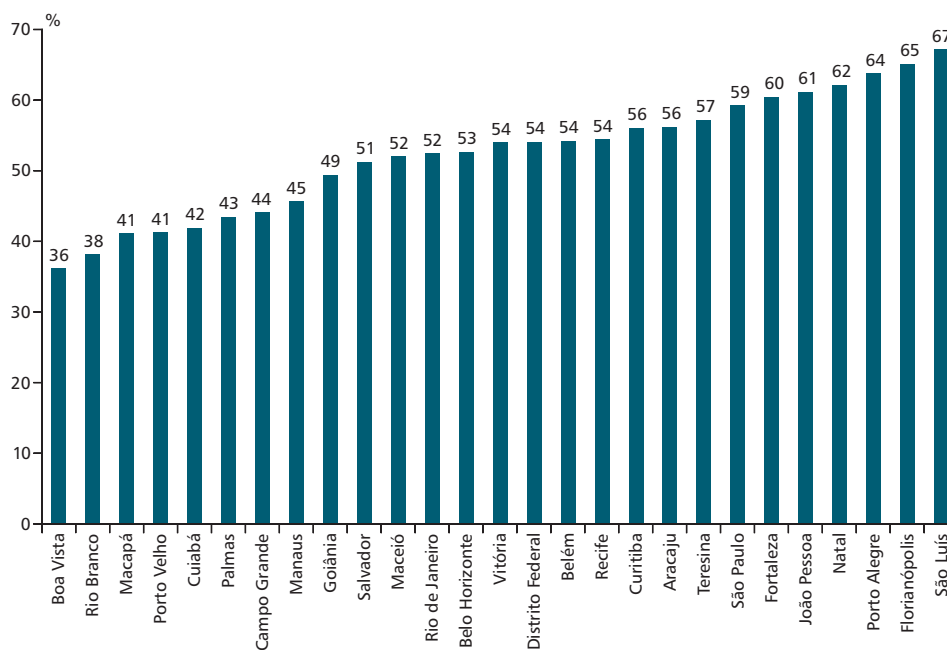


Figura 10 Percentual de mulheres (≥18 anos) que consomem frutas cinco ou mais dias por semana, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Levando em conta a população adulta do conjunto das cidades estudadas, verifica-se que o consumo regular de frutas tende a ser mais freqüente no sexo feminino (55,2%) do que no sexo masculino (42,2%). Em ambos os sexos, o consumo regular de frutas tende a aumentar com a idade. Entre homens o consumo regular de frutas também aumenta com a escolaridade (Tabela 10).

Tabela 10 Percentual de indivíduos que consomem frutas cinco ou mais dias por semana no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
	%	IC95%	Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	40,0	37,1 - 43,0	37,0	32,4 - 41,6	42,8	39,0 - 46,6
25 a 34	42,5	40,4 - 44,7	35,0	31,6 - 38,3	49,3	46,6 - 52,0
35 a 44	47,1	45,1 - 49,0	40,3	37,4 - 43,2	53,0	50,4 - 55,5
45 a 54	54,9	52,7 - 57,1	47,9	44,3 - 51,4	60,8	58,1 - 63,6
55 a 64	62,2	59,5 - 64,9	50,7	46,2 - 55,3	71,2	68,2 - 74,2
65 e mais	72,3	69,9 - 74,7	67,0	62,9 - 71,1	75,7	72,8 - 78,6
Anos de escolaridade						
0 a 8	47,7	46,0 - 49,4	39,2	36,5 - 41,9	55,0	52,8 - 57,2
9 a 11	47,9	46,5 - 49,3	41,7	39,5 - 43,8	53,0	51,2 - 54,9
12 e mais	56,2	54,4 - 57,9	52,2	49,5 - 54,8	59,8	57,5 - 62,1
Total	49,2	48,2 - 50,3	42,2	40,6 - 43,9	55,2	53,9 - 56,5

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Consumo regular de hortaliças

A frequência de adultos que consomem hortaliças em cinco ou mais dias da semana, independentemente do número de porções, doravante denominado consumo regular de hortaliças, é máxima em Belo Horizonte (65,3%) e mínima em Belém (29,8%). O consumo regular de hortaliças é mais freqüente entre mulheres em quase dois terços das cidades estudadas, não havendo diferenças relevantes entre os sexos nas demais cidades. As maiores freqüências do consumo regular de hortaliças entre mulheres são observadas em Belo Horizonte (70,1%), Goiânia (68,7%) e Florianópolis (68,4%) e as menores em Fortaleza (41,1%), Belém (34,8%) e São Luís (33,7%). Situação semelhante é observada entre os homens, para os quais as maiores freqüências ocorrem em Belo Horizonte (59,5%), Goiânia (56,2%) e Porto Alegre (53,8%) e as menores em Macapá (31,5%), Salvador (27,6%) e Belém (23,9%) (Tabela 11 e Figuras 11 e 12).

Tabela 11 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem hortaliças cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	47,4	43,6 - 51,1	46,8	40,6 - 53,1	47,8	43,4 - 52,2
Belém	29,8	27,0 - 32,5	23,9	20,1 - 27,8	34,8	31,0 - 38,6
Belo Horizonte	65,3	62,3 - 68,2	59,5	54,6 - 64,4	70,1	66,5 - 73,7
Boa Vista	44,3	40,5 - 48,1	41,9	36,2 - 47,7	46,6	41,6 - 51,6
Campo Grande	57,1	53,5 - 60,6	48,1	42,7 - 53,5	65,2	60,4 - 70,0
Cuiabá	57,7	54,4 - 61,1	47,6	42,8 - 52,5	67,0	62,6 - 71,3
Curitiba	58,8	55,8 - 61,9	53,7	49,0 - 58,3	63,4	59,3 - 67,4
Florianópolis	60,7	57,5 - 63,8	52,1	47,5 - 56,7	68,4	64,2 - 72,6
Fortaleza	40,5	36,9 - 44,0	39,7	33,9 - 45,6	41,1	36,7 - 45,4
Goiânia	62,9	59,7 - 66,0	56,2	51,3 - 61,1	68,7	64,6 - 72,7
João Pessoa	48,6	45,2 - 52,0	45,4	39,9 - 51,0	51,2	47,0 - 55,4
Macapá	38,9	35,4 - 42,5	31,5	26,7 - 36,3	45,9	41,0 - 50,8
Maceió	46,9	43,2 - 50,6	45,0	38,9 - 51,1	48,6	44,1 - 53,1
Manaus	43,3	40,0 - 46,6	41,6	37,0 - 46,3	44,8	40,1 - 49,6
Natal	51,5	48,0 - 55,0	52,1	46,2 - 58,0	51,0	46,7 - 55,2
Palmas	48,5	44,4 - 52,6	45,2	39,1 - 51,3	51,8	46,2 - 57,3
Porto Alegre	60,5	57,4 - 63,6	53,8	48,7 - 59,0	66,0	62,3 - 69,7
Porto Velho	44,7	41,1 - 48,2	39,6	34,3 - 44,8	49,7	44,9 - 54,5
Recife	52,4	49,0 - 55,8	50,7	44,9 - 56,5	53,8	49,7 - 57,8
Rio Branco	39,3	35,6 - 43,1	33,7	28,2 - 39,2	44,5	39,5 - 49,5
Rio de Janeiro	48,6	45,5 - 51,6	36,4	32,0 - 40,8	58,7	54,9 - 62,6
Salvador	35,3	32,3 - 38,3	27,6	23,6 - 31,6	41,8	37,6 - 45,9
São Luís	32,7	29,6 - 35,9	31,6	26,8 - 36,5	33,7	29,6 - 37,7
São Paulo	50,9	48,0 - 53,8	44,0	39,5 - 48,5	56,8	53,2 - 60,5
Teresina	40,6	37,1 - 44,0	38,1	32,9 - 43,2	42,6	37,8 - 47,3
Vitória	60,3	57,3 - 63,3	53,2	48,3 - 58,1	66,3	62,6 - 69,9
Distrito Federal	55,4	52,0 - 58,8	46,6	41,3 - 51,9	63,1	58,9 - 67,4

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 11 Percentual de homens (≥ 18 anos) que consomem hortaliças cinco ou mais dias por semana, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

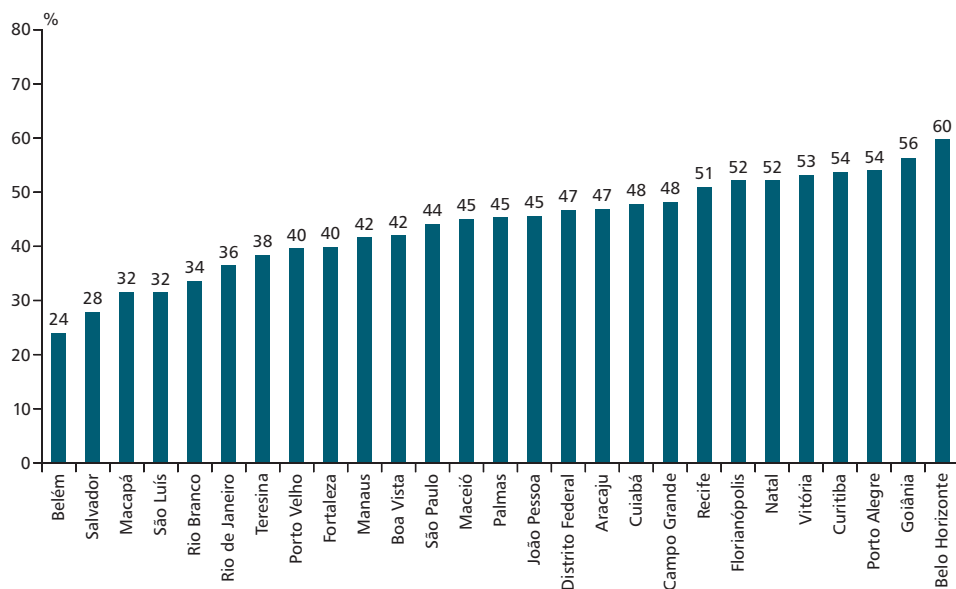
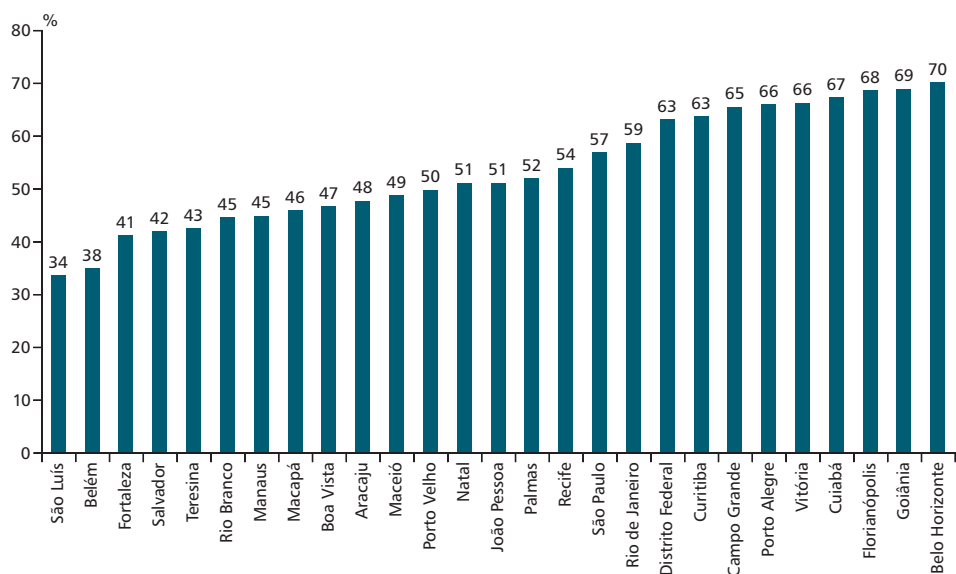


Figura 12 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que consomem hortaliças cinco ou mais dias por semana, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que o consumo regular de hortaliças tende a ser mais freqüente em mulheres (55,4%) do que em homens (42,9%) e que, em ambos os sexos, a freqüência do consumo regular de hortaliças aumenta com o nível de escolaridade das pessoas. Observa-se, ainda, que, tanto entre homens como entre mulheres, a freqüência mais baixa de consumo regular de hortaliças ocorre entre 18 e 24 anos de idade (Tabela 12).

Tabela 12 Percentual de indivíduos que consomem hortaliças cinco ou mais dias por semana no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	36,8	34,0 - 39,6	30,8	27,0 - 34,6	42,3	38,4 - 46,2
25 a 34	46,6	44,4 - 48,8	40,5	37,2 - 43,9	52,1	49,3 - 54,8
35 a 44	53,8	51,8 - 55,7	47,9	45,0 - 50,8	58,8	56,3 - 61,3
45 a 54	56,3	54,1 - 58,5	50,5	47,0 - 54,1	61,1	58,4 - 63,8
55 a 64	57,8	55,1 - 60,6	46,7	42,3 - 51,2	66,6	63,5 - 69,7
65 e mais	59,1	56,5 - 61,8	52,3	47,9 - 56,7	63,4	60,1 - 66,7
Anos de escolaridade						
0 a 8	45,5	43,8 - 47,2	36,9	34,3 - 39,4	53,0	50,8 - 55,1
9 a 11	48,1	46,7 - 49,5	42,5	40,4 - 44,6	52,6	50,8 - 54,5
12 e mais	64,7	63,0 - 66,4	61,3	58,7 - 64,0	67,8	65,6 - 70,0
Total	49,6	48,6 - 50,7	42,9	41,3 - 44,5	55,4	54,0 - 56,7

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Consumo regular de frutas e hortaliças

A frequência de adultos que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, independentemente do número de porções, doravante denominado consumo regular de frutas e hortaliças, foi modesta na maioria das cidades estudadas, variando entre 16,8% em Rio Branco e 40,0% em Porto Alegre. O consumo regular de frutas e hortaliças foi ainda menos freqüente entre os homens, observando-se dessa vez variações entre 12,0% em Macapá e 30,1% em Porto Alegre. Nas mulheres, a frequência do consumo regular de frutas e hortaliças variou entre 21,1% em Rio Branco e 50,1% em Florianópolis (Tabela 13 e Figuras 13 e 14).

Tabela 13 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	29,6	26,3 - 32,8	24,8	19,3 - 30,2	33,5	29,6 - 37,4
Belém	19,2	17,0 - 21,5	12,9	10,1 - 15,8	24,6	21,3 - 27,9
Belo Horizonte	33,9	31,2 - 36,6	25,8	21,9 - 29,7	40,8	37,2 - 44,4
Boa Vista	18,6	15,5 - 21,7	15,6	10,6 - 20,6	21,6	17,9 - 25,3
Campo Grande	26,5	23,8 - 29,3	19,5	15,5 - 23,5	32,9	29,0 - 36,7
Cuiabá	22,8	20,4 - 25,3	14,5	11,4 - 17,5	30,5	26,8 - 34,3
Curitiba	34,8	32,1 - 37,4	26,7	23,1 - 30,4	41,8	38,1 - 45,5
Florianópolis	39,3	36,4 - 42,3	27,5	23,8 - 31,1	50,1	45,8 - 54,3
Fortaleza	25,9	22,7 - 29,0	22,2	17,1 - 27,3	28,8	24,9 - 32,7
Goiânia	31,0	28,2 - 33,8	22,5	18,6 - 26,4	38,4	34,5 - 42,3
João Pessoa	31,9	28,9 - 34,8	26,0	21,5 - 30,5	36,7	32,9 - 40,4
Macapá	17,5	14,8 - 20,2	12,0	9,0 - 15,1	22,6	18,3 - 26,9
Maceió	25,5	22,5 - 28,4	21,5	16,9 - 26,1	28,8	25,0 - 32,6
Manaus	21,5	18,8 - 24,2	19,4	15,7 - 23,0	23,5	19,5 - 27,5
Natal	33,5	30,3 - 36,6	29,6	24,7 - 34,5	36,7	32,7 - 40,6
Palmas	22,6	19,5 - 25,6	16,8	12,3 - 21,3	28,4	24,1 - 32,6
Porto Alegre	40,0	37,1 - 42,9	30,1	26,0 - 34,3	48,1	44,4 - 51,8
Porto Velho	19,2	16,8 - 21,7	12,0	9,2 - 14,8	26,3	22,4 - 30,2
Recife	30,7	27,6 - 33,8	25,1	20,2 - 30,1	35,2	31,4 - 39,0
Rio Branco	16,8	14,1 - 19,4	12,1	8,6 - 15,6	21,1	17,2 - 24,9
Rio de Janeiro	29,5	27,0 - 32,1	20,7	17,2 - 24,1	37,0	33,4 - 40,5
Salvador	21,8	19,5 - 24,0	16,6	13,6 - 19,6	26,1	22,8 - 29,3
São Luís	23,2	20,4 - 25,9	19,9	16,1 - 23,8	25,9	22,1 - 29,7
São Paulo	31,8	29,3 - 34,3	24,5	20,8 - 28,1	38,2	34,8 - 41,6
Teresina	24,5	21,6 - 27,4	19,2	15,5 - 22,9	28,9	24,7 - 33,1
Vitória	33,0	30,3 - 35,7	26,0	21,7 - 30,3	38,9	35,4 - 42,4
Distrito Federal	30,6	27,8 - 33,3	21,8	18,0 - 25,7	38,2	34,4 - 42,0

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 13 Percentual de homens (≥18 anos) que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

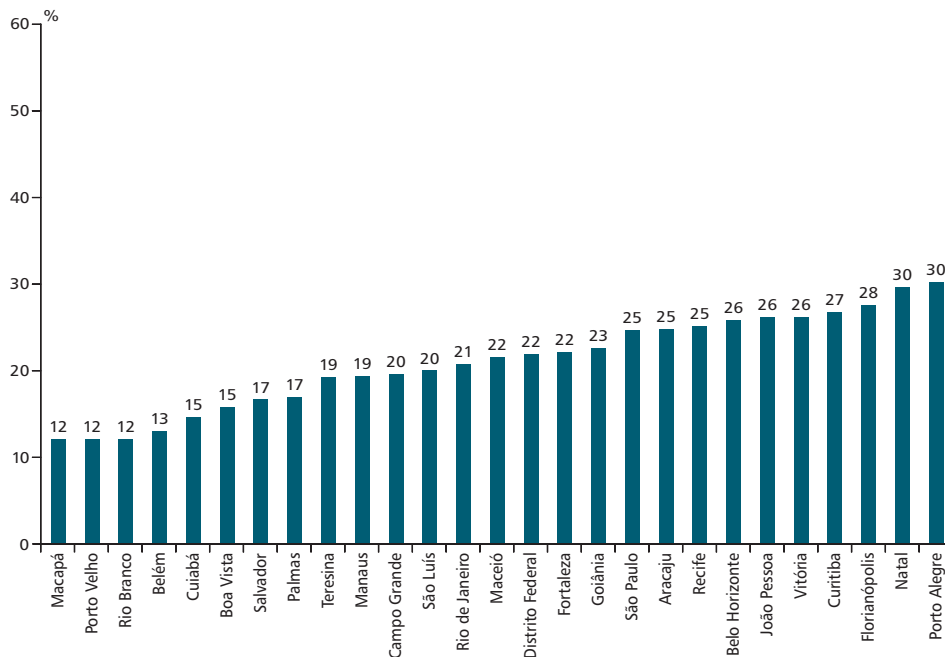
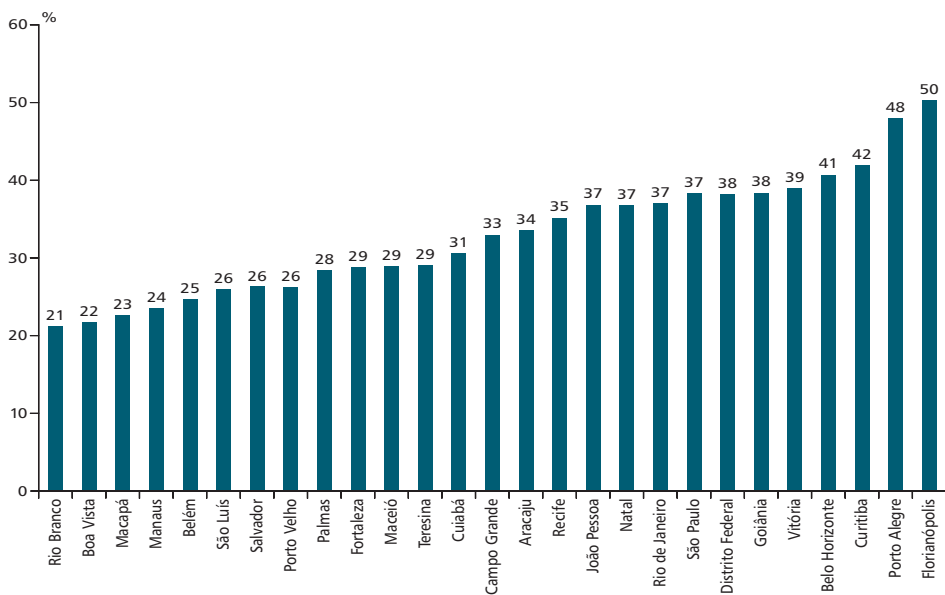


Figura 14 Percentual de mulheres (≥18 anos) que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que o consumo regular de frutas e hortaliças foi cerca de 1,5 vezes mais freqüente em mulheres (35,5%) do que em homens (22,4%). Em ambos os sexos, este consumo aumenta intensamente com a idade: 13,7% de homens e 22,2% de mulheres com idade entre 18 e 24 anos de idade consomem regularmente frutas e hortaliças contra 39,1% e 53,2% na faixa etária de maiores de 64 anos. Situação semelhante ocorre com relação ao nível de escolaridade, particularmente no caso da população masculina: 18,9% dos homens com até oito anos de escolaridade consomem regularmente frutas e hortaliças contra 35,8% na escolaridade correspondente a doze ou mais anos de estudo (Tabela 14).

Tabela 14 Percentual de indivíduos que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias da semana no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	18,1	16,0 - 20,2	13,7	11,1 - 16,2	22,2	19,1 - 25,3
25 a 34	22,5	20,8 - 24,2	16,4	13,9 - 19,0	28,0	25,6 - 30,3
35 a 44	30,4	28,6 - 32,1	23,9	21,5 - 26,4	36,0	33,6 - 38,4
45 a 54	36,2	34,1 - 38,3	29,4	26,1 - 32,7	41,9	39,2 - 44,7
55 a 64	43,7	41,0 - 46,3	31,8	27,8 - 35,8	53,0	49,7 - 56,3
65 e mais	47,7	45,0 - 50,4	39,1	34,8 - 43,3	53,2	49,8 - 56,6
Anos de escolaridade						
0 a 8	27,1	25,7 - 28,5	18,9	16,9 - 20,9	34,2	32,2 - 36,1
9 a 11	26,9	25,7 - 28,0	20,5	18,9 - 22,2	32,0	30,3 - 33,6
12 e mais	41,1	39,4 - 42,8	35,8	33,3 - 38,3	45,9	43,6 - 48,2
Total	29,4	28,5 - 30,3	22,4	21,1 - 23,6	35,5	34,3 - 36,7

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Consumo recomendado de frutas e hortaliças

A frequência de adultos que consomem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia em cinco ou mais dias da semana, doravante denominado consumo recomendado de frutas e hortaliças, foi reduzida na maioria das cidades estudadas, variando entre 10,0% em Porto Velho e 23,0% em São Paulo. Essa frequência variou, entre os homens, de 6,9% em Porto Velho a 17,5% em São Paulo e, entre mulheres, de 10,6% em Boa Vista a 27,7% em São Paulo (Tabela 15 e Figuras 15 e 16).

Tabela 15 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia em cinco ou mais dias da semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	13,8	10,9 - 16,6	13,4	8,0 - 18,7	14,1	11,4 - 16,7
Belém	11,3	9,3 - 13,3	9,3	6,3 - 12,3	13,0	10,3 - 15,6
Belo Horizonte	19,1	16,9 - 21,3	15,8	12,7 - 19,0	22,0	18,9 - 25,0
Boa Vista	10,3	7,8 - 12,9	10,0	5,6 - 14,4	10,6	8,0 - 13,3
Campo Grande	13,8	11,4 - 16,2	11,5	7,5 - 15,6	15,9	13,0 - 18,7
Cuiabá	13,3	11,3 - 15,2	8,0	5,7 - 10,4	18,0	15,0 - 21,0
Curitiba	17,2	15,3 - 19,1	12,6	9,9 - 15,3	21,2	18,5 - 23,9
Florianópolis	18,5	16,4 - 20,6	13,6	10,7 - 16,5	23,0	20,0 - 26,0
Fortaleza	10,7	8,8 - 12,7	9,5	6,5 - 12,5	11,7	9,2 - 14,3
Goiânia	18,0	15,6 - 20,3	14,3	10,7 - 18,0	21,1	18,1 - 24,1
João Pessoa	14,9	12,7 - 17,2	11,6	8,1 - 15,1	17,7	14,7 - 20,7
Macapá	11,2	8,5 - 13,9	8,9	5,4 - 12,4	13,4	9,4 - 17,3
Maceió	12,9	10,4 - 15,4	10,6	6,8 - 14,5	14,8	11,4 - 18,1
Manaus	11,5	9,4 - 13,6	10,5	7,5 - 13,6	12,4	9,4 - 15,4
Natal	12,5	10,5 - 14,6	10,5	7,1 - 13,8	14,3	11,7 - 16,9
Palmas	12,1	9,8 - 14,5	10,1	6,6 - 13,5	14,2	11,1 - 17,4
Porto Alegre	21,4	19,1 - 23,7	14,2	10,9 - 17,5	27,4	24,3 - 30,5
Porto Velho	10,0	8,0 - 12,0	6,9	4,7 - 9,1	13,0	9,8 - 16,2
Recife	16,0	13,0 - 18,9	15,9	10,6 - 21,2	16,0	12,9 - 19,1
Rio Branco	11,6	8,6 - 14,6	8,9	5,2 - 12,6	14,1	9,6 - 18,7
Rio de Janeiro	18,9	16,8 - 21,0	12,9	10,1 - 15,7	23,9	20,9 - 26,9
Salvador	12,0	10,2 - 13,8	10,1	7,6 - 12,6	13,5	11,0 - 16,0
São Luís	16,3	13,7 - 18,9	14,3	10,7 - 18,0	18,0	14,4 - 21,6
São Paulo	23,0	20,7 - 25,3	17,5	14,1 - 20,9	27,7	24,7 - 30,8
Teresina	14,8	11,8 - 17,8	14,6	10,6 - 18,6	15,0	10,6 - 19,4
Vitória	17,9	15,8 - 19,9	14,1	11,1 - 17,0	21,1	18,3 - 23,8
Distrito Federal	18,6	16,3 - 20,9	15,7	11,9 - 19,6	21,1	18,3 - 23,9

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 15 Percentual de homens (≥ 18 anos) que consomem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia em cinco ou mais dias da semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

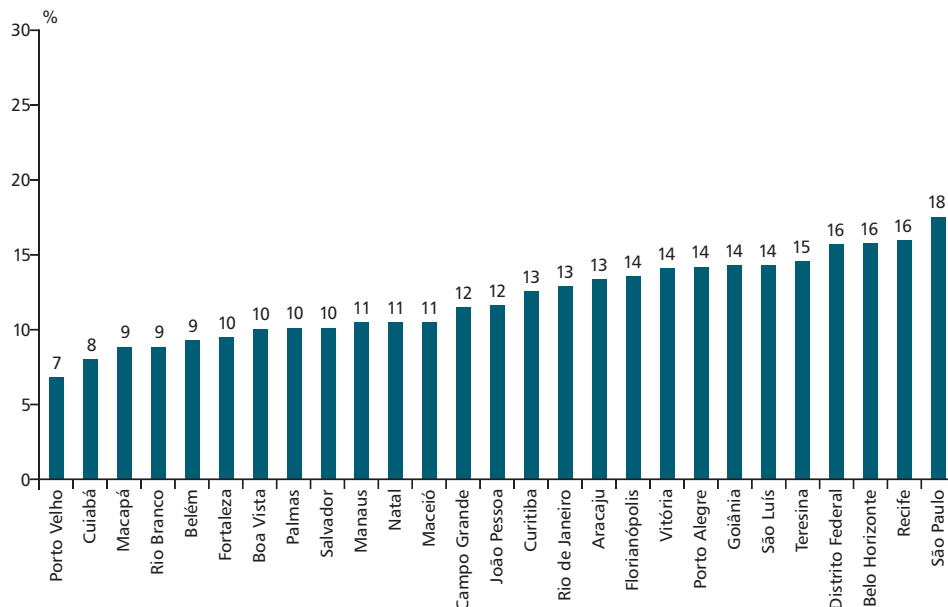
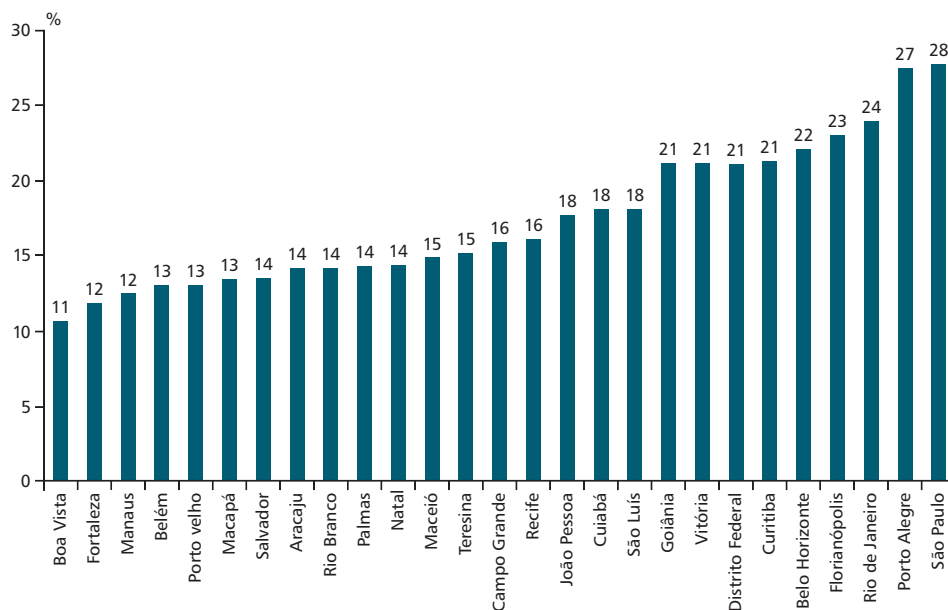


Figura 16 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que consomem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças por dia em cinco ou mais dias da semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



No conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que o consumo recomendado de frutas e hortaliças foi mais freqüente em mulheres (21,2%) do que em homens (13,7%). Em ambos os sexos, este consumo aumenta fortemente com a idade e o nível de escolaridade (Tabela 16).

Tabela 16 Percentual de indivíduos que consomem pelo menos cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	12,0	10,3 - 13,6	10,3	8,1 - 12,5	13,6	11,1 - 16,0
25 a 34	15,5	13,9 - 17,2	12,2	9,6 - 14,8	18,5	16,3 - 20,7
35 a 44	17,7	16,2 - 19,3	13,8	11,7 - 16,0	21,1	19,0 - 23,3
45 a 54	20,4	18,6 - 22,3	15,5	12,9 - 18,2	24,6	22,1 - 27,0
55 a 64	24,5	22,1 - 26,8	16,2	13,1 - 19,2	31,0	27,8 - 34,2
65 e mais	26,1	23,7 - 28,5	21,9	18,0 - 25,8	28,8	25,6 - 31,9
Anos de escolaridade						
0 a 8	16,7	15,5 - 17,9	12,7	10,9 - 14,5	20,2	18,5 - 21,8
9 a 11	16,0	15,0 - 17,1	11,9	10,5 - 13,3	19,4	18,0 - 20,9
12 e mais	23,7	22,2 - 25,3	19,7	17,5 - 21,9	27,4	25,3 - 29,5
Total	17,7	17,0 - 18,5	13,7	12,6 - 14,8	21,2	20,1 - 22,2

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Consumo de carnes com excesso de gordura

A frequência de adultos que referem o consumo de carne vermelha gordurosa ou frango com pele sem remover a gordura visível desses alimentos, que doravante denominaremos consumo de carnes com excesso de gordura, é máxima em Campo Grande (45,6%) e mínima em Salvador (22,9%). O consumo de carnes com excesso de gordura se mostra mais freqüente entre homens do que entre mulheres em todas as cidades. As maiores freqüências do consumo de carnes com excesso de gordura entre homens são observadas em Cuiabá (55,5%), Campo Grande (57,0%) e Belo Horizonte (57,1%) e as menores em Florianópolis (37,1%), Rio de Janeiro (36,6%) e Salvador (29,3%). Situação semelhante é observada entre mulheres, para as quais as maiores freqüências ocorrem em Palmas (31,6%), Cuiabá (32,9%) e Campo Grande (35,3%) e as menores em Florianópolis (19,5%), Teresina (19,2%) e Salvador (17,5%) (Tabela 17 e Figuras 17 e 18).

Tabela 17 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura*, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal**. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	30,7	26,9 - 34,5	42,6	36,2 - 48,9	20,9	17,0 - 24,9
Belém	33,3	30,0 - 36,5	45,7	40,4 - 50,9	22,6	18,8 - 26,3
Belo Horizonte	42,8	39,7 - 45,9	57,1	52,3 - 61,9	30,6	27,1 - 34,2
Boa Vista	39,3	35,4 - 43,1	50,9	45,2 - 56,6	27,8	23,1 - 32,4
Campo Grande	45,6	42,1 - 49,2	57,0	51,8 - 62,2	35,3	30,9 - 39,7
Cuiabá	43,7	40,4 - 47,1	55,5	50,7 - 60,3	32,9	28,5 - 37,4
Curitiba	37,0	34,0 - 40,0	46,6	42,0 - 51,2	28,5	24,7 - 32,4
Florianópolis	27,8	25,0 - 30,7	37,1	32,6 - 41,5	19,5	15,9 - 23,2
Fortaleza	32,7	29,0 - 36,4	41,6	35,4 - 47,7	25,4	21,2 - 29,7
Goiânia	40,5	37,3 - 43,7	52,5	47,6 - 57,4	30,0	26,2 - 33,8
João Pessoa	29,3	26,1 - 32,6	39,2	33,7 - 44,7	21,3	17,4 - 25,1
Macapá	35,9	32,3 - 39,6	45,8	40,1 - 51,5	26,7	22,2 - 31,1
Maceió	35,0	31,2 - 38,7	47,6	41,3 - 53,8	24,4	20,5 - 28,4
Manaus	29,8	26,7 - 32,9	38,4	33,8 - 42,9	21,9	17,8 - 26,0
Natal	32,0	28,4 - 35,6	43,0	36,9 - 49,0	23,0	19,1 - 26,8
Palmas	42,5	38,4 - 46,7	53,3	47,2 - 59,4	31,6	26,5 - 36,7
Porto Alegre	33,3	30,2 - 36,4	46,2	41,0 - 51,4	22,7	19,6 - 25,9
Porto Velho	37,4	33,7 - 41,0	52,8	47,5 - 58,1	22,4	18,2 - 26,6
Recife	29,4	26,2 - 32,6	37,7	32,2 - 43,1	22,7	18,8 - 26,5
Rio Branco	32,3	28,5 - 36,1	39,4	33,4 - 45,5	25,7	21,0 - 30,5
Rio de Janeiro	28,7	25,9 - 31,6	36,6	32,0 - 41,2	22,2	18,5 - 25,8
Salvador	22,9	20,1 - 25,7	29,3	24,9 - 33,7	17,5	13,7 - 21,3
São Luís	34,0	30,6 - 37,5	42,9	37,5 - 48,3	26,7	22,4 - 31,1
São Paulo	34,0	31,1 - 36,9	43,4	38,7 - 48,0	25,9	22,4 - 29,3
Teresina	31,1	27,8 - 34,4	45,6	40,2 - 51,1	19,2	15,8 - 22,5
Vitória	35,2	32,2 - 38,1	47,7	42,9 - 52,6	24,6	21,0 - 28,1
Distrito Federal	32,5	29,2 - 35,8	44,7	39,3 - 50,1	21,9	18,4 - 25,3

* Adultos que consomem carne vermelha gordurosa ou frango com pele sem remover a gordura visível do alimento.

** Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 17 Percentual de homens (≥ 18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

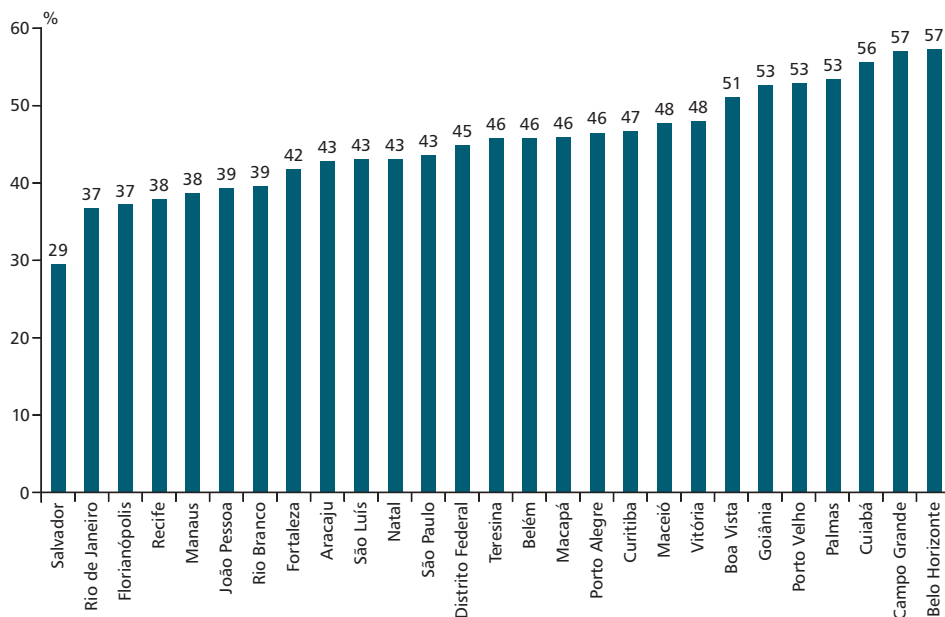
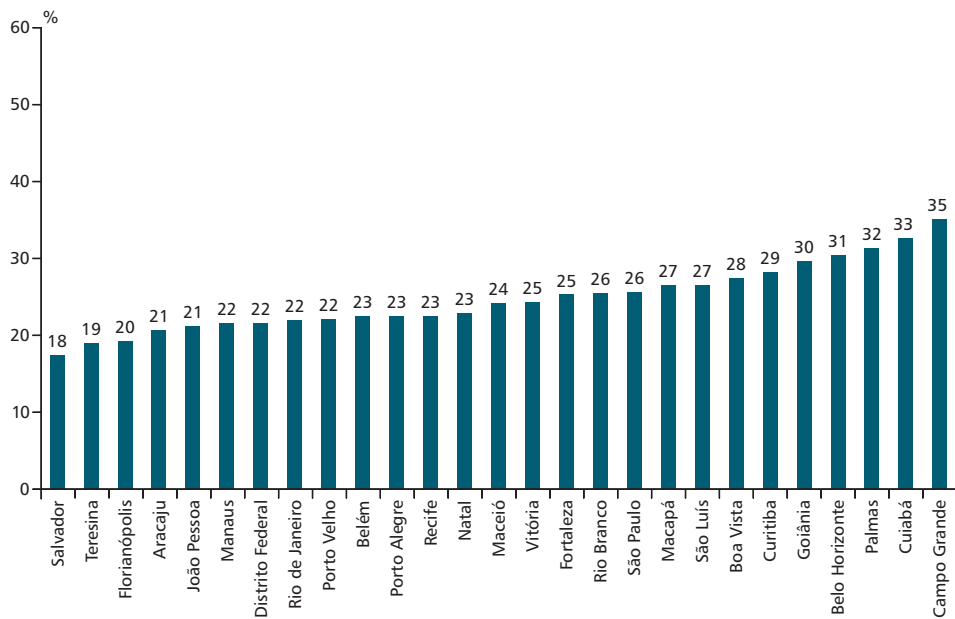


Figura 18 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que o consumo de carnes com excesso de gordura tende a ser bem mais freqüente em homens (42,7%) do que em mulheres (24,3%) e que, em ambos os sexos, a freqüência do consumo de carnes com excesso de gordura tende a diminuir fortemente com a idade e com o nível de escolaridade das pessoas (Tabela 18).

Tabela 18 Percentual de indivíduos que costumam consumir carnes com excesso de gordura* no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade**. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	38,6	35,6 - 41,5	47,2	42,5 - 51,9	30,5	26,6 - 34,4
25 a 34	38,5	36,4 - 40,7	47,1	43,6 - 50,6	30,8	28,1 - 33,4
35 a 44	33,4	31,6 - 35,2	44,6	41,7 - 47,6	23,7	21,5 - 25,8
45 a 54	29,4	27,3 - 31,5	39,6	36,0 - 43,1	20,8	18,5 - 23,1
55 a 64	22,1	19,7 - 24,6	33,0	28,6 - 37,4	13,6	11,3 - 15,8
65 e mais	17,6	15,6 - 19,7	25,8	22,0 - 29,5	12,5	10,2 - 14,8
Anos de escolaridade						
0 a 8	34,9	33,2 - 36,6	45,5	42,8 - 48,3	25,8	23,7 - 27,8
9 a 11	33,4	32,0 - 34,7	44,1	41,9 - 46,2	24,7	23,1 - 26,3
12 e mais	25,1	23,6 - 26,6	32,0	29,6 - 34,4	18,8	17,0 - 20,6
Total	32,8	31,7 - 33,8	42,7	41,0 - 44,3	24,3	23,0 - 25,5

- * Indivíduos que consomem carne vermelha gordurosa ou frango com pele sem remover a gordura visível do alimento.
 ** Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).
 VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
 IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Consumo de leite integral

A frequência de adultos que referem o consumo de leite com teor integral de gordura, que doravante denominaremos consumo de leite integral, se mostra elevada em todas as cidades estudadas, variando entre 42,7% em Vitória e 64,0% em Belém e sem um padrão claro de diferenças por sexo, exceto em Porto Alegre e no Rio de Janeiro, onde as mulheres apresentam menores frequências. As maiores frequências de consumo de leite integral entre homens são observadas em São Paulo (60,8%), Belém (61,1%) e Manaus (61,7%) e as menores em Maceió (44,4%), Natal (42,6%) e Aracaju (42,5%). Entre as mulheres, as maiores frequências ocorrem em Rio Branco (63,1%), Manaus (64,6%) e Belém (66,5%) e as menores em Porto Alegre (41,0%), Recife (40,4%) e Vitória (39,7%) (Tabela 19 e Figuras 19 e 20).

Tabela 19 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que costumam consumir leite integral, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	43,7	40,1 - 47,4	42,5	36,4 - 48,6	44,8	40,4 - 49,2
Belém	64,0	60,9 - 67,2	61,1	56,0 - 66,3	66,5	62,7 - 70,4
Belo Horizonte	53,3	50,2 - 56,4	53,3	48,3 - 58,3	53,3	49,5 - 57,1
Boa Vista	58,0	54,2 - 61,9	55,1	49,3 - 60,9	60,9	56,0 - 65,8
Campo Grande	50,0	46,5 - 53,6	47,7	42,3 - 53,0	52,2	47,6 - 56,8
Cuiabá	57,3	54,0 - 60,5	55,3	50,4 - 60,1	59,1	54,6 - 63,5
Curitiba	60,3	57,4 - 63,2	60,6	56,1 - 65,1	60,1	56,3 - 63,8
Florianópolis	51,9	48,8 - 55,0	55,1	50,6 - 59,7	49,0	44,8 - 53,3
Fortaleza	49,6	45,9 - 53,3	49,5	43,3 - 55,6	49,7	45,1 - 54,2
Goiânia	53,1	49,9 - 56,3	52,6	47,7 - 57,5	53,6	49,4 - 57,7
João Pessoa	45,0	41,6 - 48,4	46,2	40,6 - 51,8	44,0	39,8 - 48,1
Macapá	60,2	56,4 - 63,9	58,4	52,6 - 64,2	61,8	56,9 - 66,7
Maceió	42,8	39,1 - 46,5	44,4	38,3 - 50,6	41,5	37,1 - 46,0
Manaus	63,2	59,8 - 66,5	61,7	57,0 - 66,3	64,6	59,7 - 69,4
Natal	43,3	39,9 - 46,8	42,6	37,0 - 48,3	43,9	39,7 - 48,1
Palmas	50,3	46,2 - 54,4	49,2	43,1 - 55,3	51,4	45,9 - 56,9
Porto Alegre	46,4	43,3 - 49,5	52,9	47,9 - 58,0	41,0	37,3 - 44,6
Porto Velho	58,8	55,3 - 62,4	58,0	52,7 - 63,3	59,6	54,8 - 64,4
Recife	43,6	40,2 - 47,0	47,5	41,8 - 53,3	40,4	36,4 - 44,3
Rio Branco	61,5	57,7 - 65,4	59,8	53,7 - 65,8	63,1	58,3 - 68,0
Rio de Janeiro	50,2	47,1 - 53,3	57,9	53,2 - 62,7	43,8	39,9 - 47,6
Salvador	58,2	54,9 - 61,4	59,4	54,3 - 64,5	57,1	52,9 - 61,4
São Luís	58,1	54,8 - 61,4	54,6	49,3 - 60,0	61,0	57,0 - 65,0
São Paulo	58,5	55,7 - 61,3	60,8	56,4 - 65,3	56,5	52,9 - 60,1
Teresina	59,3	55,8 - 62,8	58,0	52,7 - 63,3	60,3	55,7 - 65,0
Vitória	42,7	39,8 - 45,7	46,4	41,5 - 51,2	39,7	36,0 - 43,3
Distrito Federal	52,0	48,6 - 55,3	49,8	44,5 - 55,2	53,9	49,7 - 58,0

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 19 Percentual de homens (≥ 18 anos) que costumam consumir leite integral segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

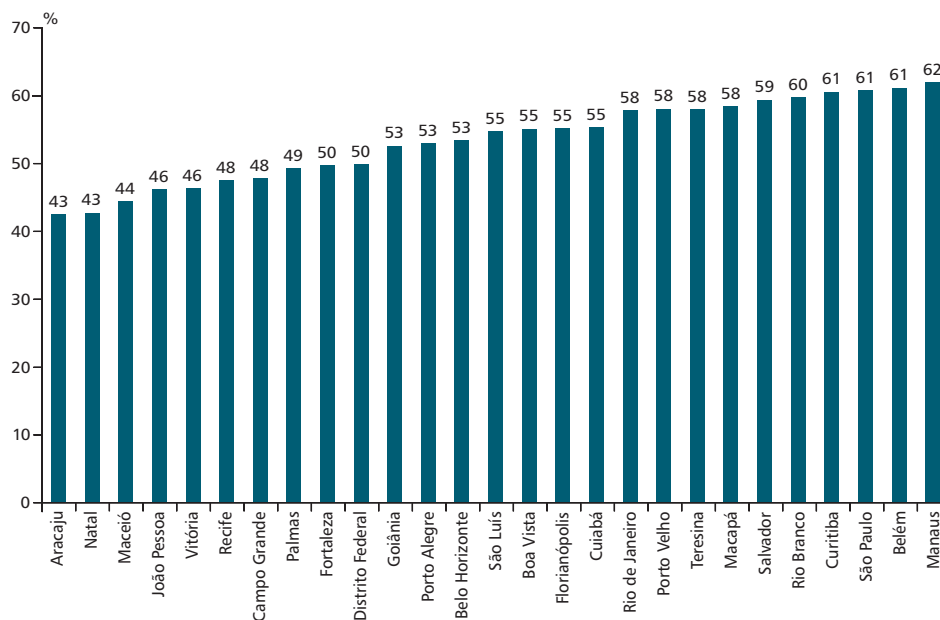
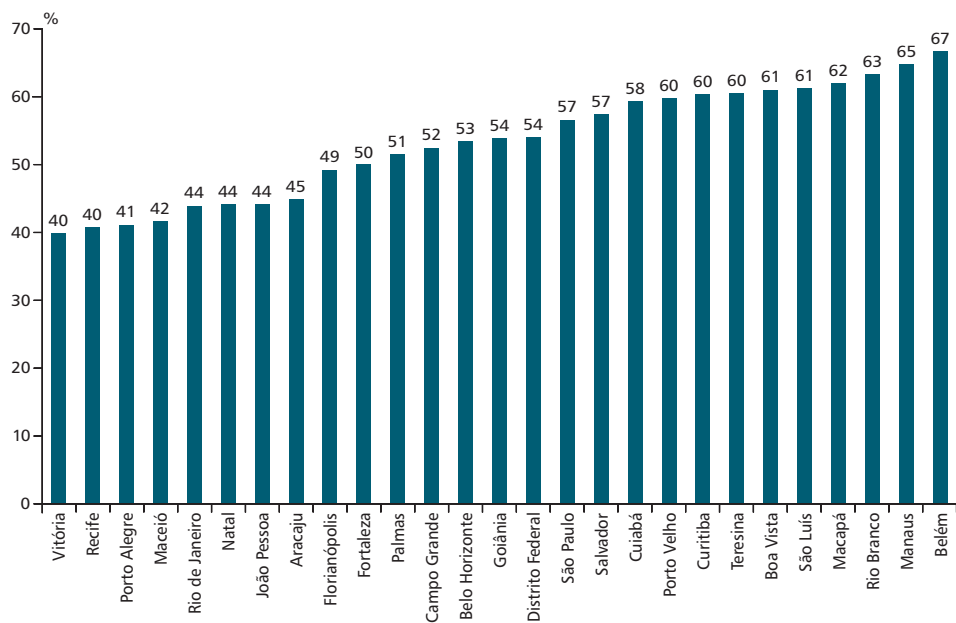


Figura 20 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que costumam consumir leite integral segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que o consumo de leite integral é ligeiramente mais freqüente em homens (55,6%) do que em mulheres (51,3%) e que, no conjunto total da população, a freqüência deste consumo tende a diminuir com o aumento da idade das pessoas com idade inferior a 65 anos. Observa-se, ainda, que a freqüência do consumo de leite integral entre homens e mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade é menor do que a observada nos demais estratos de menor escolaridade; ainda assim, mesmo no estrato de maior escolaridade, a freqüência de consumo de leite integral entre adultos é muito elevada: 49,3% entre homens e 40,5% entre mulheres (Tabela 20).

Tabela 20 Percentual de indivíduos que costumam consumir leite integral no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	60,9	58,0 - 63,8	65,4	61,2 - 69,6	56,7	52,7 - 60,6
25 a 34	54,8	52,6 - 57,0	54,9	51,4 - 58,4	54,7	52,0 - 57,4
35 a 44	52,6	50,7 - 54,6	54,7	51,8 - 57,6	50,8	48,3 - 53,4
45 a 54	50,1	47,9 - 52,3	50,3	46,7 - 53,8	50,0	47,2 - 52,7
55 a 64	44,3	41,6 - 47,0	48,9	44,3 - 53,4	40,7	37,4 - 44,0
65 e mais	46,6	43,9 - 49,2	49,5	45,1 - 53,8	44,7	41,4 - 48,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	53,4	51,6 - 55,1	54,4	51,7 - 57,2	52,4	50,3 - 54,6
9 a 11	58,0	56,6 - 59,3	61,4	59,3 - 63,5	55,2	53,3 - 57,0
12 e mais	44,7	43,0 - 46,5	49,3	46,7 - 52,0	40,5	38,2 - 42,8
Total	53,2	52,2 - 54,3	55,6	53,9 - 57,2	51,3	50,0 - 52,6

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Consumo de refrigerantes

A frequência de adultos que referem consumir refrigerantes (não dietético) cinco ou mais dias por semana varia de 21,0% em Aracaju a 38,4% em Macapá. O consumo de refrigerantes se mostra mais freqüente entre homens do que entre mulheres em 11 das 27 cidades estudadas, não havendo diferenças relevantes entre os sexos nas demais cidades. As maiores freqüências do consumo de refrigerantes entre homens são observadas em Macapá e Manaus (39,3%), Curitiba (39,6%) e Porto Velho (43,4%) e as menores em Recife (24,7%), Vitória (19,9%) e Natal (18,7%). Entre mulheres, as maiores freqüências ocorrem em Boa Vista e Porto Velho (33,2%) e Macapá (37,5%) e as menores em Maceió (16,3%), João Pessoa (13,4%) e Natal (12,4%) (Tabela 21 e Figuras 21 e 22).

Tabela 21 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	21,0	17,4 - 24,5	26,4	20,2 - 32,6	16,5	12,5 - 20,4
Belém	27,0	23,9 - 30,1	32,9	27,7 - 38,1	22,0	18,5 - 25,4
Belo Horizonte	30,3	27,3 - 33,4	37,9	32,8 - 43,0	23,9	20,5 - 27,3
Boa Vista	34,8	31,0 - 38,6	36,3	30,7 - 42,0	33,2	28,1 - 38,4
Campo Grande	27,8	24,5 - 31,1	32,2	26,6 - 37,7	23,9	20,2 - 27,6
Cuiabá	33,6	30,2 - 37,0	35,8	31,0 - 40,7	31,6	26,8 - 36,4
Curitiba	34,8	31,8 - 37,8	39,6	35,0 - 44,3	30,6	26,8 - 34,5
Florianópolis	23,1	20,4 - 25,9	27,9	23,5 - 32,2	18,8	15,5 - 22,2
Fortaleza	25,5	22,1 - 29,0	30,5	24,5 - 36,5	21,5	17,6 - 25,3
Goiânia	30,1	27,0 - 33,2	37,2	32,2 - 42,2	23,9	20,2 - 27,7
João Pessoa	18,5	15,5 - 21,5	24,8	19,3 - 30,3	13,4	10,6 - 16,3
Macapá	38,4	34,6 - 42,1	39,3	33,6 - 45,1	37,5	32,7 - 42,3
Maceió	23,3	19,7 - 26,8	31,6	25,3 - 37,8	16,3	12,9 - 19,8
Manaus	34,6	31,4 - 37,9	39,3	34,6 - 43,9	30,4	25,7 - 35,0
Natal	15,2	12,3 - 18,1	18,7	13,4 - 24,0	12,4	9,5 - 15,2
Palmas	31,4	27,3 - 35,5	37,9	31,7 - 44,1	24,9	19,7 - 30,0
Porto Alegre	31,7	28,5 - 34,8	38,8	33,6 - 44,1	25,8	22,1 - 29,4
Porto Velho	38,3	34,6 - 41,9	43,4	38,0 - 48,9	33,2	28,5 - 38,0
Recife	22,2	19,2 - 25,2	24,7	19,6 - 29,8	20,2	16,6 - 23,8
Rio Branco	32,9	29,2 - 36,7	36,5	30,6 - 42,5	29,6	25,0 - 34,3
Rio de Janeiro	27,0	24,0 - 30,0	31,8	26,9 - 36,8	23,0	19,5 - 26,5
Salvador	21,5	18,3 - 24,7	24,9	19,5 - 30,2	18,7	14,9 - 22,6
São Luís	23,7	20,5 - 26,9	28,2	22,8 - 33,6	19,9	16,2 - 23,7
São Paulo	28,3	25,6 - 31,0	33,9	29,4 - 38,5	23,4	20,3 - 26,5
Teresina	25,3	21,9 - 28,7	27,7	22,8 - 32,7	23,3	18,6 - 28,0
Vitória	18,4	16,1 - 20,6	19,9	16,2 - 23,5	17,1	14,3 - 20,0
Distrito Federal	25,7	22,4 - 29,0	29,2	23,8 - 34,6	22,7	18,6 - 26,7

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 21 Percentual de homens (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

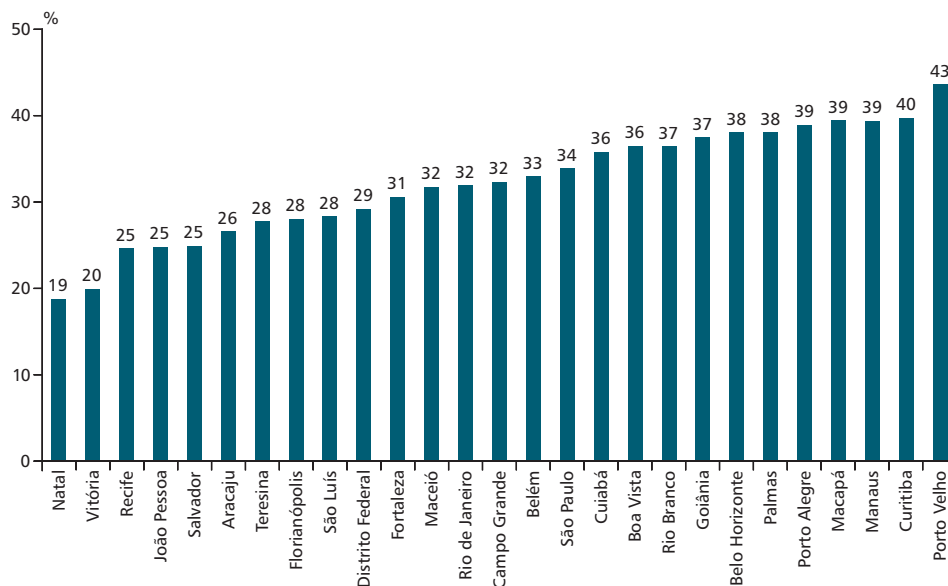
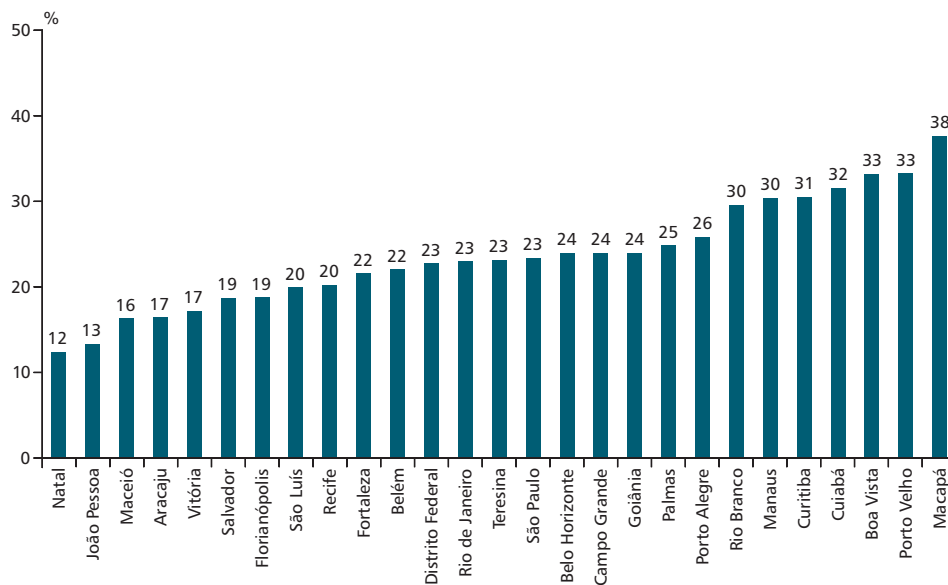


Figura 22 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que o consumo de refrigerantes tende a ser mais freqüente em homens (31,7%) do que em mulheres (22,4%) e que, em ambos os sexos, a freqüência do consumo de refrigerantes diminui fortemente com a idade. A menor freqüência do consumo de refrigerantes foi observada na faixa de escolaridade ≥ 12 anos de estudo: 22,2% e 17,8%, respectivamente em homens e mulheres (Tabela 22).

Tabela 22 Percentual de indivíduos que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	38,7	35,6 - 41,7	44,8	40,1 - 49,6	32,9	29,3 - 36,6
25 a 34	33,4	31,2 - 35,5	38,9	35,4 - 42,4	28,4	25,9 - 30,8
35 a 44	24,3	22,6 - 26,0	27,4	24,9 - 30,0	21,5	19,3 - 23,8
45 a 54	19,3	17,5 - 21,2	23,4	20,1 - 26,7	15,9	13,9 - 17,9
55 a 64	12,5	10,6 - 14,4	15,5	12,1 - 18,9	10,1	8,0 - 12,1
65 e mais	11,7	9,8 - 13,5	14,8	11,6 - 18,0	9,7	7,4 - 11,9
Anos de escolaridade						
0 a 8	26,7	25,0 - 28,4	32,5	29,7 - 35,3	21,7	19,8 - 23,6
9 a 11	30,5	29,1 - 31,8	35,8	33,7 - 38,0	26,1	24,4 - 27,8
12 e mais	19,9	18,5 - 21,4	22,2	20,0 - 24,4	17,8	16,0 - 19,7
Total	26,7	25,6 - 27,7	31,7	30,0 - 33,3	22,4	21,2 - 23,6

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

3.4. Atividade física

Embora as sociedades humanas tradicionalmente associem atividade física a um bom estado de saúde, são relativamente recentes as evidências que comprovam que um estilo de vida ativo protege o indivíduo de várias doenças, incluindo doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, diabetes tipo II, osteoporose, câncer de cólon e reto, câncer de mama e depressão.^{25, 31} Efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, anti-oxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas aparentam ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege os indivíduos contra doenças crônicas.

Estimativas globais da OMS indicam que a inatividade física é responsável por quase dois milhões de mortes, por 22% dos casos de doença isquêmica do coração e por 10% a 16% dos casos de diabetes e de cânceres de mama, cólon e reto.³⁹

As oportunidades para indivíduos adultos serem fisicamente ativos podem ser classificadas em quatro domínios: no lazer, no trabalho, no deslocamento para o trabalho e nos afazeres domésticos. O sistema VIGITEL indaga os entrevistados sobre atividades físicas praticadas nesses quatro domínios, o que permite a construção de vários indicadores do padrão de atividade física. Nesta publicação, são apresentados apenas dois indicadores: a frequência da prática de atividade física suficiente no lazer e a frequência da condição de inatividade física.

Acompanhando recomendações internacionais,^{25, 34} consideraram-se atividade física suficiente no lazer a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada e corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa. ¹ A condição de inatividade física foi atribuída aos indivíduos que informaram que: 1) não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses; 2) não realizavam esforços físicos intensos no trabalho (não andavam muito, não carregavam peso e não faziam outras atividades equivalentes em termos de esforço físico); 3) não se deslocavam para o trabalho a pé ou de bicicleta; e 4) não eram responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

Atividade física no lazer

A frequência de adultos que praticam atividade física suficiente no lazer foi modesta em todas as cidades estudadas, variando entre 11,3% em São Paulo e 20,5% em Vitória. Mais homens do que mulheres praticam atividade física suficiente no lazer em metade das cidades estudadas; nas demais cidades, a frequência é semelhante entre os dois sexos. Entre homens, as maiores frequências foram encontradas em Rio Branco (24,4%), Aracaju (25,1%) e em Belém (25,3%) e as menores em Belo Horizonte (16,9%), Manaus (15,7%) e São Paulo (15,5%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Natal (17,2%), Vitória (17,7%) e Palmas (18,6%) e as menores em Teresina (10,8%), Manaus (10,0%) e São Paulo (7,7%) (Tabela 23 e Figuras 23 e 24).

Tabela 23 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividade física suficiente no lazer*, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal**. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	19,9	16,5 - 23,3	25,1	18,9 - 31,3	15,6	12,3 - 18,8
Belém	18,6	16,1 - 21,2	25,3	20,6 - 30,0	12,9	10,6 - 15,2
Belo Horizonte	14,2	12,2 - 16,3	16,9	13,4 - 20,4	12,0	9,6 - 14,4
Boa Vista	17,3	14,2 - 20,4	21,2	16,1 - 26,3	13,4	10,1 - 16,7
Campo Grande	16,7	14,1 - 19,2	19,9	15,3 - 24,4	13,7	11,3 - 16,2
Cuiabá	15,0	12,8 - 17,1	19,3	15,6 - 22,9	11,0	8,8 - 13,2
Curitiba	14,1	12,1 - 16,1	17,4	13,9 - 20,8	11,2	9,0 - 13,5
Florianópolis	18,4	16,1 - 20,6	20,8	17,2 - 24,5	16,2	13,4 - 19
Fortaleza	17,4	14,5 - 20,2	20,8	15,5 - 26,0	14,6	11,7 - 17,5
Goiânia	17,6	15,2 - 20,0	20,6	16,5 - 24,7	15,0	12,3 - 17,7
João Pessoa	16,4	14,1 - 18,7	17,3	13,8 - 20,9	15,7	12,7 - 18,7
Macapá	17,4	14,5 - 20,2	21,7	17,2 - 26,2	13,3	9,6 - 17,0
Maceió	15,8	13,2 - 18,3	18,9	14,1 - 23,6	13,2	10,7 - 15,6
Manaus	12,7	10,5 - 14,9	15,7	12,5 - 19,0	10,0	7,0 - 12,9
Natal	19,0	16,3 - 21,7	21,2	16,6 - 25,8	17,2	13,9 - 20,4
Palmas	18,1	14,8 - 21,4	17,6	13,0 - 22,2	18,6	13,9 - 23,4
Porto Alegre	15,2	13,0 - 17,3	17,5	13,6 - 21,4	13,3	11,1 - 15,5
Porto Velho	17,0	14,3 - 19,8	20,3	15,8 - 24,8	13,9	10,8 - 16,9
Recife	16,0	13,4 - 18,6	21,7	16,6 - 26,8	11,5	9,3 - 13,6
Rio Branco	17,9	14,6 - 21,2	24,4	18,7 - 30,1	11,9	8,8 - 15,1
Rio de Janeiro	17,2	14,8 - 19,6	20,5	16,3 - 24,8	14,4	12,0 - 16,8
Salvador	17,0	14,4 - 19,6	21,8	17,1 - 26,6	13,0	10,5 - 15,5
São Luís	15,8	13,4 - 18,2	21,4	17,0 - 25,9	11,1	8,9 - 13,4
São Paulo	11,3	9,5 - 13,1	15,5	12,1 - 18,8	7,7	6,0 - 9,3
Teresina	15,5	12,8 - 18,2	21,3	16,4 - 26,2	10,8	8,3 - 13,2
Vitória	20,5	18,1 - 22,8	23,8	20,0 - 27,5	17,7	14,8 - 20,7
Distrito Federal	17,2	14,8 - 19,6	21,4	17,2 - 25,6	13,5	10,9 - 16,1

* Adultos que praticam atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em 3 ou mais dias da semana (ver Aspectos Metodológicos).

** Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 23 Percentual de homens (≥ 18 anos) que praticam atividade física suficiente no lazer segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

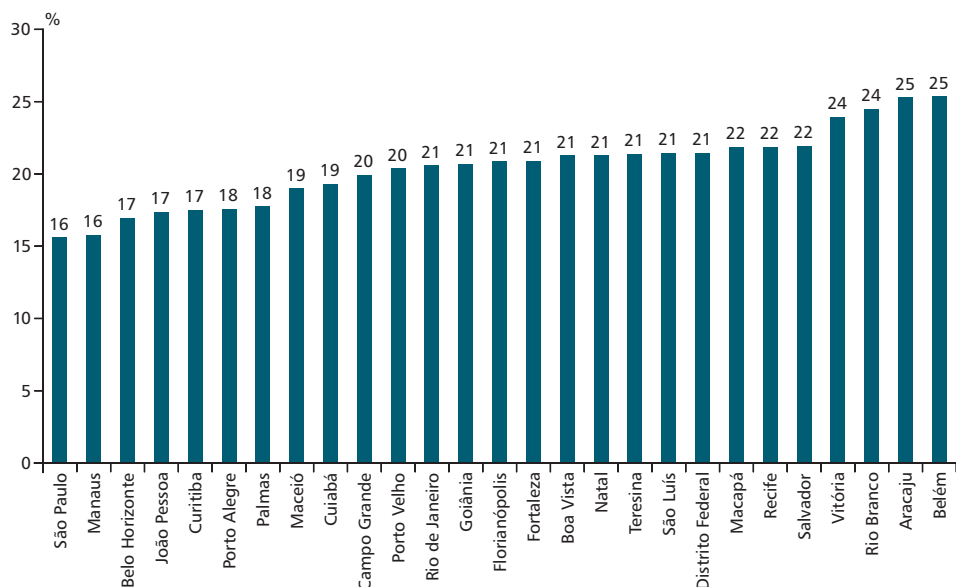
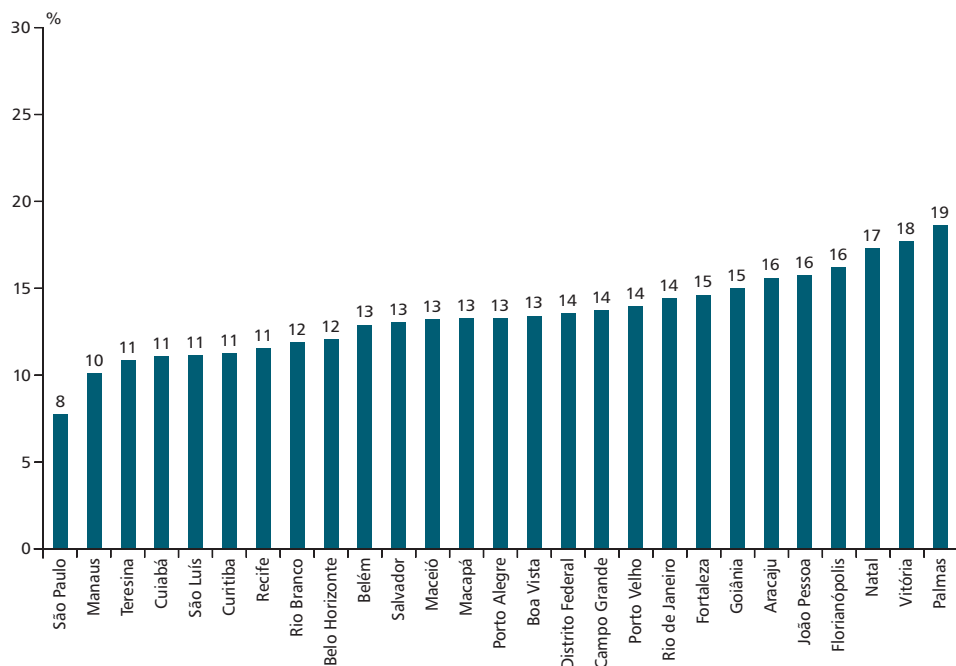


Figura 24 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que praticam atividade física suficiente no lazer segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que a atividade física suficiente no lazer foi mais freqüente para o sexo masculino (19,3%) do que para o sexo feminino (12,3%). Entre homens, a freqüência é máxima entre os 18 e os 24 anos de idade (29,0%), declina com a idade até chegar a 13,4% entre os 45 e 54 anos de idade e sobe nas idades subseqüentes, alcançando 18,5% entre os idosos. Entre mulheres, a situação mais desfavorável é encontrada nas faixas etárias extremas: apenas 10,5% das mulheres jovens (entre 18 e 24 anos) e 11,7% das idosas (65 ou mais anos de idade) informam atividade física suficiente no lazer. Em ambos os sexos, a freqüência do lazer suficientemente ativo aumenta com a escolaridade das pessoas. Ainda assim, mesmo na faixa de doze ou mais anos de escolaridade, apenas a minoria das pessoas se exercita de modo suficiente: 17,3% das mulheres e 25,8% dos homens (Tabela 24).

Tabela 24 Percentual de indivíduos que praticam atividade física suficiente no lazer* no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade**. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	19,4	17,0 - 21,7	29,0	24,7 - 33,2	10,5	8,8 - 12,1
25 a 34	14,8	13,3 - 16,2	18,0	15,4 - 20,5	11,9	10,3 - 13,5
35 a 44	14,5	13,1 - 15,8	15,1	13,1 - 17,1	13,9	12,2 - 15,7
45 a 54	13,4	12,1 - 14,7	13,4	11,2 - 15,5	13,5	11,9 - 15,1
55 a 64	15,7	13,8 - 17,6	19,7	16,2 - 23,1	12,5	10,5 - 14,5
65 e mais	14,4	12,6 - 16,2	18,5	15,3 - 21,8	11,7	9,7 - 13,8
Anos de escolaridade						
0 a 8	12,4	11,2 - 13,6	15,3	13,1 - 17,5	9,9	8,9 - 11,0
9 a 11	17,6	16,6 - 18,7	22,5	20,7 - 24,4	13,6	12,5 - 14,8
12 e mais	21,4	20,0 - 22,8	25,8	23,5 - 28,1	17,3	15,6 - 19,1
Total	15,5	14,8 - 16,3	19,3	17,9 - 20,6	12,3	11,6 - 13,0

* Indivíduos que praticam atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em 3 ou mais dias da semana (ver Aspectos Metodológicos).

** Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Inatividade física

A frequência de adultos na condição de inatividade física (indivíduos que não praticam qualquer atividade física no lazer, não realizam esforços físicos intensos no trabalho não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas) foi elevada em todas as cidades estudadas, variando entre 24,9% em Porto Velho e 32,8% em Recife. De modo geral, a frequência de inatividade física tendeu a ser semelhante nos dois sexos. Entre homens, as maiores frequências de sedentarismo foram observadas em João Pessoa (34,0%), Recife (34,3%) e Florianópolis (35,2%) e as menores em Porto Velho e Cuiabá (25,5%) e Macapá (28,6%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Aracaju, Recife e Teresina (31,6%) e as menores em Porto Velho (24,3%), Boa Vista (23,8%) e Palmas (23,0%) (Tabela 25 e Figuras 25 e 26).

Tabela 25 Percentual de adultos (≥ 18 anos) fisicamente inativos*, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal**. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	32,5	29,0 - 36,0	33,6	27,6 - 39,5	31,6	27,6 - 35,6
Belém	29,0	26,0 - 31,9	26,0	21,8 - 30,2	31,5	27,5 - 35,5
Belo Horizonte	27,6	25,0 - 30,3	29,4	25,1 - 33,7	26,2	22,8 - 29,5
Boa Vista	26,1	22,8 - 29,4	28,4	23,3 - 33,5	23,8	19,6 - 27,9
Campo Grande	26,1	23,2 - 29,0	27,9	23,3 - 32,4	24,5	20,9 - 28,1
Cuiabá	25,5	22,6 - 28,4	25,5	21,5 - 29,5	25,5	21,4 - 29,7
Curitiba	27,7	25,2 - 30,1	29,2	25,3 - 33,1	26,3	23,2 - 29,5
Florianópolis	32,2	29,4 - 35,1	35,2	30,9 - 39,4	29,6	25,8 - 33,4
Fortaleza	29,5	26,3 - 32,8	30,4	25,2 - 35,6	28,9	24,7 - 33,0
Goiânia	26,2	23,6 - 28,8	27,6	23,4 - 31,7	25,0	21,7 - 28,3
João Pessoa	32,6	29,4 - 35,7	34,0	28,8 - 39,3	31,4	27,5 - 35,2
Macapá	26,0	22,9 - 29,2	22,9	18,4 - 27,3	29,0	24,7 - 33,4
Maceió	30,6	27,3 - 33,9	30,2	24,7 - 35,6	31,0	26,9 - 35,1
Manaus	27,1	24,1 - 30,1	27,9	23,5 - 32,3	26,4	22,3 - 30,4
Natal	29,2	26,1 - 32,3	29,0	23,9 - 34,2	29,3	25,6 - 33,1
Palmas	26,9	23,6 - 30,3	30,8	25,4 - 36,2	23,0	19,1 - 27,0
Porto Alegre	29,7	27,1 - 32,3	32,7	28,3 - 37,1	27,3	24,1 - 30,4
Porto Velho	24,9	21,9 - 27,9	25,5	21,0 - 29,9	24,3	20,4 - 28,2
Recife	32,8	29,7 - 35,9	34,3	29,0 - 39,5	31,6	28,0 - 35,3
Rio Branco	28,8	25,2 - 32,4	29,5	24,3 - 34,7	28,2	23,3 - 33,1
Rio de Janeiro	29,5	26,7 - 32,3	30,7	26,2 - 35,2	28,5	25,0 - 32,1
Salvador	29,0	26,0 - 31,9	28,7	24,0 - 33,3	29,2	25,4 - 33,0
São Luís	30,0	26,8 - 33,3	29,2	24,3 - 34,1	30,8	26,5 - 35,0
São Paulo	28,8	26,1 - 31,5	33,2	28,7 - 37,7	25,0	21,7 - 28,2
Teresina	31,9	28,5 - 35,2	32,1	27,1 - 37,2	31,6	27,1 - 36,2
Vitória	30,3	27,5 - 33,1	32,0	27,3 - 36,7	28,9	25,6 - 32,1
Distrito Federal	26,6	23,8 - 29,4	28,3	23,8 - 32,9	25,1	21,6 - 28,6

* Adultos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

** Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 25 Percentual de homens (≥ 18 anos) fisicamente inativos segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

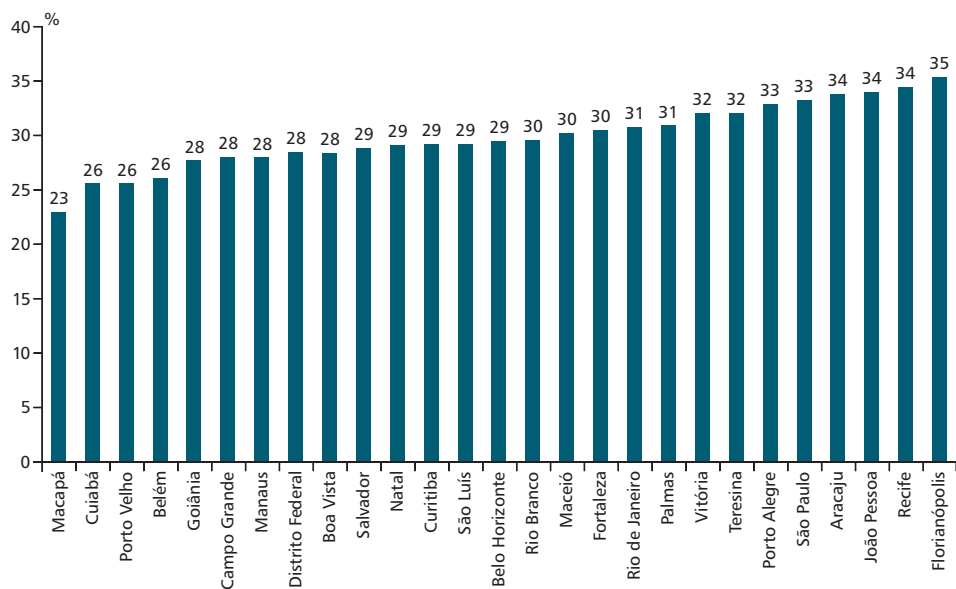
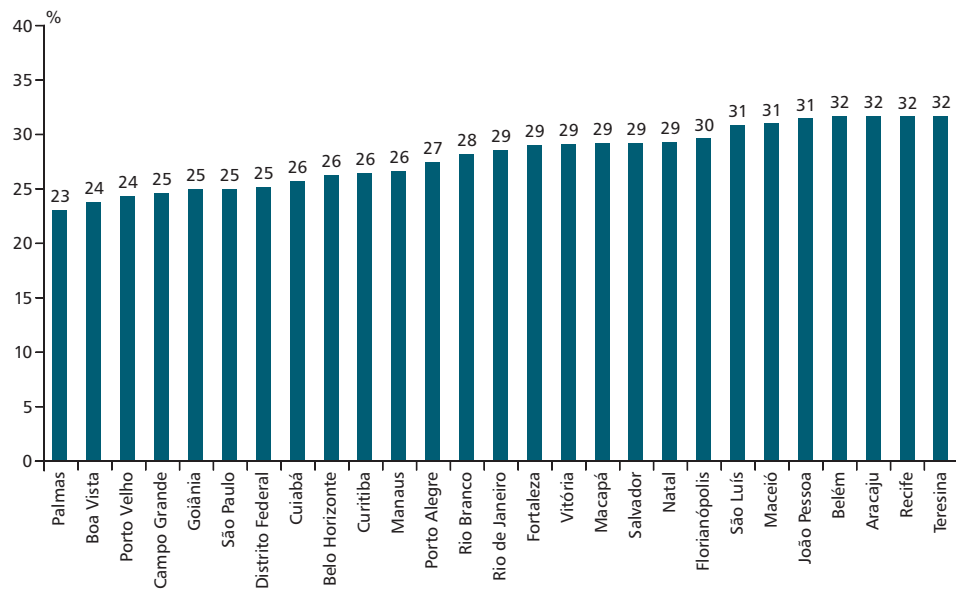


Figura 26 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) fisicamente inativas segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que a inatividade física foi pouco mais freqüente em homens (30,9%) do que em mulheres (27,8%). Em ambos os sexos, a freqüência da condição de inatividade física foi máxima na faixa etária de 65 ou mais anos de idade: 53,7% para homens e 58,3% para mulheres. Em ambos os sexos, a freqüência da inatividade física tende a aumentar com o nível de escolaridade das pessoas. A situação mais desfavorável é a do grupo de pessoas com doze ou mais anos de escolaridade, onde 40,0% dos homens e 36,7% das mulheres não realizam qualquer atividade física relevante, seja no trabalho, seja no lazer, no trabalho, no deslocamento para o trabalho e nos afazeres domésticos (Tabela 26).

Tabela 26 Percentual de indivíduos fisicamente inativos* no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade**. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	31,8	28,8 - 34,7	29,0	24,6 - 33,4	34,3	30,4 - 38,1
25 a 34	23,9	22,0 - 25,8	28,5	25,2 - 31,7	19,8	17,6 - 21,9
35 a 44	22,8	21,3 - 24,4	27,5	24,9 - 30,1	18,8	17,0 - 20,6
45 a 54	25,6	23,7 - 27,6	30,1	26,9 - 33,3	21,9	19,6 - 24,2
55 a 64	31,9	29,4 - 34,4	33,2	28,9 - 37,5	30,9	27,9 - 33,9
65 e mais	56,5	53,9 - 59,2	53,7	49,3 - 58,1	58,3	55,0 - 61,6
Anos de escolaridade						
0 a 8	27,4	25,8 - 29,0	29,2	26,6 - 31,8	25,9	23,9 - 27,8
9 a 11	27,3	26,0 - 28,5	28,6	26,7 - 30,5	26,2	24,6 - 27,8
12 e mais	38,3	36,6 - 40,0	40,0	37,3 - 42,6	36,7	34,5 - 38,9
Total	29,2	28,3 - 30,2	30,9	29,4 - 32,5	27,8	26,6 - 29,0

* Indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

** Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

3.5. Consumo de bebidas alcoólicas

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas configura um importante problema de Saúde Pública, cujos efeitos repercutem na saúde física e mental dos indivíduos, atuando como fator determinante sobre causas psicossomáticas pré-existentes e para cujo tratamento faz-se necessário recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude. Dentre as conseqüências ocasionadas pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, destacam-se as doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo (aposentadorias precoces e hospitalizações), acidentes de trabalho e de trânsito, violência, suicídios e elevada freqüência de ocupação de leitos hospitalares.^{26, 28}

Nesta publicação focaliza-se o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, ou seja, a freqüência de indivíduos que, nos últimos trinta dias, consumiram mais de quatro doses (mulheres) ou mais de cinco doses (homens) de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião. Considerou-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.³⁵

Adicionalmente, a partir de 2007, o VIGITEL disponibiliza a freqüência de indivíduos que referiram consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias e que conduziram veículos motorizados logo depois de beberem.

No Brasil, os Acidente de Transporte Terrestre (ATT), em 2006, resultaram em 33.633 óbitos. Diversos são os fatores que contribuem para a ocorrência de acidentes tais como: a) excesso de velocidade; b) dirigir sob ação de bebida alcoólica; c) falta de manutenção nas vias e nos veículos; d) condições climáticas, e); desrespeito às leis de trânsito; dentre outros.

Pesquisas do *National Highway Traffic Safety Administration* NHTSA²³ mostram que os acidentes de trânsito com veículos motorizados, devidos ao consumo de álcool, matam uma pessoa a cada 30 minutos e ferem alguém a cada dois minutos. Nos Estados Unidos, no ano de 2002, 17.419 pessoas morreram em acidentes de trânsito relacionados com consumo de bebida alcoólica, representando 41% de todos os óbitos por acidentes de trânsito.

A Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito², em 1997, em estudo multicêntrico sobre alcoolemia em vítimas de acidentes de trânsito em quatro cidades (Brasília, Curitiba, Recife e Salvador), mostrou que de 831 vítimas não fatais incluídas no estudo, 61% dos casos apresentaram positividade para alcoolemia. Dentre as 34 vítimas fatais incluídas, houve positividade em 53% dos casos. Do total de casos (fatais e não fatais), 27% apresentaram níveis mínimos de 0,6 dcg/l.

Estudo de revisão, realizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention*¹¹, mostrou que a Concentração de Álcool no Sangue (CAS) produz diversas alterações neuromotoras em diferentes concentrações: já com 0,3 dcg/l produz diminuição da atenção, falsa percepção da velocidade, euforia e dificuldade de discernir espa-

cialmente distintas luminosidades. Concentrações de 0,6 dcg/l produzem aumento do tempo de reação e sonolência, enquanto concentrações de 0,8 dcg/l produzem redução da visão periférica, diminuição da luminosidade, pior *performance* da visão e pior *performance* como um todo.

O consumo considerado nesta publicação de mais de quatro doses de bebidas alcoólicas para mulheres e mais de cinco doses para homens em uma mesma ocasião, corresponde à concentração capaz de produzir CAS suficiente para causar alterações neuromotoras, podendo aumentar riscos de acidentes de transporte e violência.

Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

A frequência de adultos que consumiram nos últimos 30 dias mais de quatro doses (mulheres) ou mais de cinco doses (homens) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, doravante denominado consumo abusivo de bebidas alcoólicas, variou entre 13,4% em São Paulo e 23,1% em São Luís. Na maioria das cidades, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi três vezes maior em homens do que mulheres. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Belém (34,7%), Teresina (36,2%) e São Luís (38,7%) e as menores em Porto Alegre (22,3%), Rio Branco (22,2%) e São Paulo (21,1%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Fortaleza (10,6%), Rio de Janeiro (12,3%) e Salvador (14,0%) e as menores em São Paulo (6,7%), Manaus (6,0%) e Curitiba (5,3%) (Tabela 27 e Figuras 27 e 28).

Tabela 27 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou mais do que cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	15,4	12,6 - 18,2	24,9	19,6 - 30,1	7,7	5,2 - 10,2
Belém	20,3	17,4 - 23,3	34,7	29,5 - 39,9	8,0	5,5 - 10,5
Belo Horizonte	19,6	17,0 - 22,2	30,7	26,0 - 35,4	10,2	7,7 - 12,7
Boa Vista	20,7	17,4 - 24,1	32,3	26,7 - 37,9	9,2	6,3 - 12,2
Campo Grande	18,9	15,9 - 21,9	29,5	24,3 - 34,7	9,3	6,6 - 11,9
Cuiabá	21,1	18,1 - 24,2	33,4	28,5 - 38,2	9,9	6,5 - 13,3
Curitiba	14,1	11,6 - 16,6	24,1	19,5 - 28,7	5,3	3,6 - 6,9
Florianópolis	18,9	16,3 - 21,5	28,6	24,3 - 33,0	10,1	7,3 - 12,8
Fortaleza	19,3	16,0 - 22,7	30,0	24,1 - 35,9	10,6	7,0 - 14,3
Goiânia	16,2	13,7 - 18,6	24,1	19,7 - 28,5	9,2	7,0 - 11,5
João Pessoa	20,0	16,9 - 23,0	33,6	27,9 - 39,3	8,8	6,4 - 11,2
Macapá	19,7	16,7 - 22,7	30,8	25,6 - 36,1	9,3	6,6 - 11,9
Maceió	18,9	15,8 - 22,0	29,9	24,2 - 35,6	9,7	6,9 - 12,4
Manaus	15,3	13,1 - 17,6	25,5	21,5 - 29,4	6,0	4,2 - 7,9
Natal	17,9	15,0 - 20,7	30,4	25,0 - 35,7	7,5	5,3 - 9,8
Palmas	20,7	17,2 - 24,3	31,7	25,9 - 37,5	9,6	5,8 - 13,4
Porto Alegre	15,1	12,8 - 17,4	22,3	18,0 - 26,6	9,2	7,0 - 11,4
Porto Velho	17,4	14,5 - 20,2	26,9	22,0 - 31,7	8,1	5,4 - 10,8
Recife	19,9	16,9 - 23,0	31,8	26,1 - 37,5	10,3	7,9 - 12,8
Rio Branco	15,5	12,4 - 18,6	22,2	17,0 - 27,3	9,3	5,9 - 12,8
Rio de Janeiro	18,9	16,2 - 21,5	26,7	22,2 - 31,2	12,3	9,3 - 15,3
Salvador	21,1	18,5 - 23,7	29,7	25,1 - 34,3	14,0	11,2 - 16,8
São Luís	23,1	19,9 - 26,2	38,7	33,3 - 44,1	10,1	7,3 - 13,0
São Paulo	13,4	11,2 - 15,6	21,1	17,1 - 25,0	6,7	4,5 - 8,9
Teresina	20,9	18,1 - 23,7	36,2	31,0 - 41,4	8,3	6,4 - 10,2
Vitória	19,2	16,8 - 21,6	30,8	26,4 - 35,3	9,4	7,3 - 11,5
Distrito Federal	18,6	15,5 - 21,8	29,3	23,8 - 34,8	9,2	6,4 - 12,1

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 27 Percentual de homens (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que cinco doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007

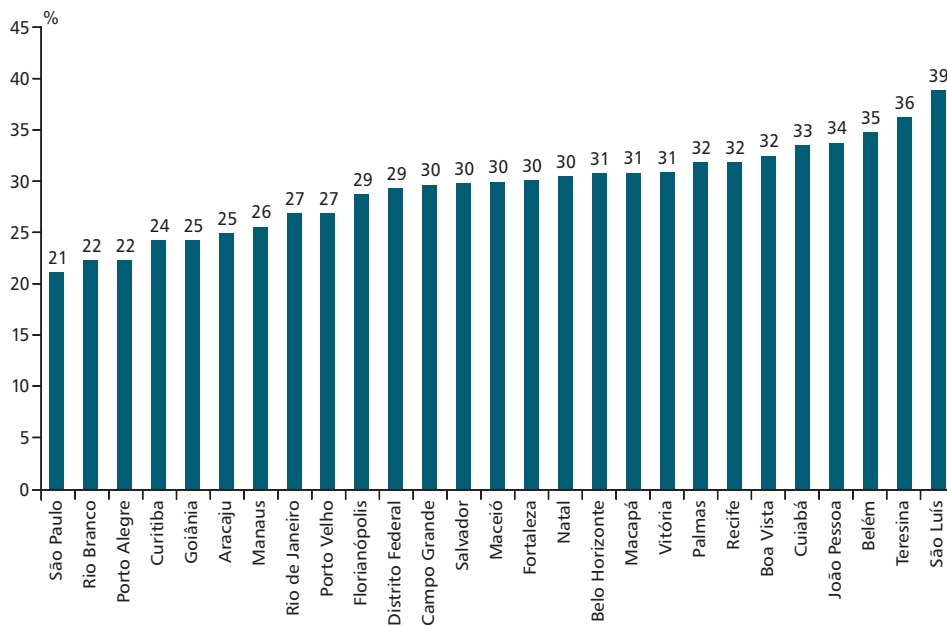
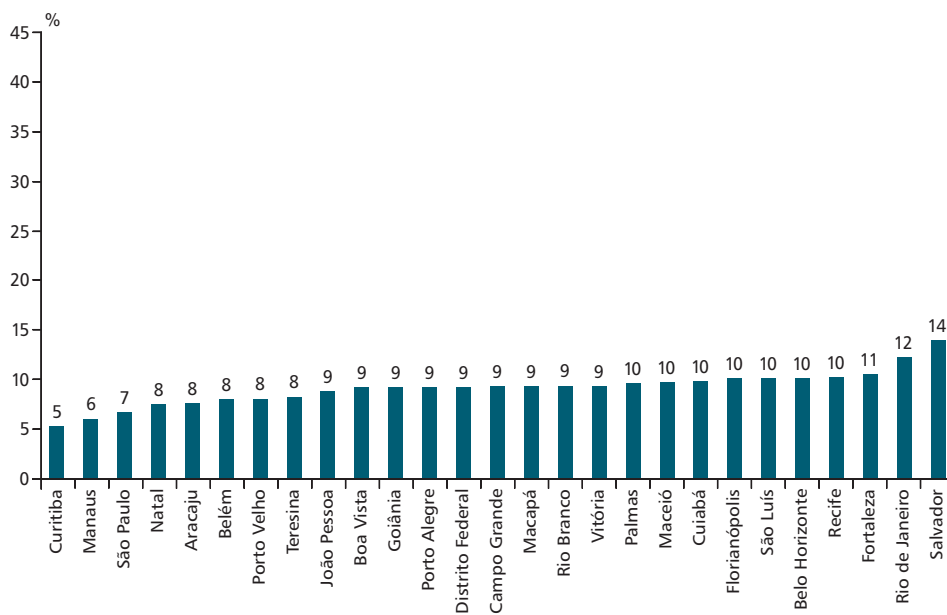


Figura 28 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi três vezes mais freqüente em homens (27,2%) do que em mulheres (9,3%). Em ambos os sexos, a freqüência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi maior nas faixas etárias mais jovens, alcançando cerca de 30% dos homens e cerca de 10% das mulheres entre 18 e 44 anos de idade. A partir dos 45 anos de idade, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas declina progressivamente até chegar a 6,3% dos homens e 1,2% das mulheres com 65 ou mais anos de idade. Em ambos os sexos, a freqüência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas pouco varia com o nível de escolaridade das pessoas (Tabela 28).

Tabela 28 Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou mais do que cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	23,0	20,2 - 25,7	32,8	28,4 - 37,2	13,8	10,5 - 17,1
25 a 34	21,9	20,1 - 23,7	34,1	30,9 - 37,4	10,9	9,3 - 12,5
35 a 44	17,1	15,7 - 18,6	24,9	22,5 - 27,3	10,4	8,7 - 12,1
45 a 54	15,9	14,2 - 17,5	25,6	22,5 - 28,6	7,7	6,3 - 9,1
55 a 64	10,5	8,8 - 12,2	18,6	15,3 - 22,0	4,2	2,7 - 5,6
65 e mais	3,2	2,2 - 4,2	6,3	4,0 - 8,6	1,2	0,4 - 1,9
Anos de escolaridade						
0 a 8	16,7	15,2 - 18,2	26,5	24,0 - 29,1	8,2	6,7 - 9,8
9 a 11	18,3	17,2 - 19,3	28,4	26,5 - 30,3	10,1	9,0 - 11,2
12 e mais	18,7	17,4 - 20,1	27,1	24,8 - 29,4	11,1	9,6 - 12,6
Total	17,5	16,7 - 18,4	27,2	25,7 - 28,7	9,3	8,4 - 10,2

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Dirigir após consumo abusivo de bebida alcoólica

A frequência de adultos que referiram dirigir veículos motorizados logo após o consumo de mais do que quatro doses (mulheres) ou mais do que cinco doses (homens) de bebida alcoólica variou de 1,1% no Rio de Janeiro a 4,5% em Palmas. Esta situação se mostra mais freqüente entre homens do que entre mulheres em todas as cidades. As maiores frequências entre homens são observadas em Boa Vista e Maceió (6,4%), Palmas (7,4%) e Teresina (9,5%) e as menores em São Paulo e Manaus (3,2%) e Rio de Janeiro (2,1%). Entre mulheres, as maiores frequências ocorrem em Maceió (0,8%), Palmas (1,6%) e Distrito Federal (1,8%) e as menores em Teresina, São Paulo e Porto Velho (0,1%) (Tabela 29 e Figuras 29 e 30).

Tabela 29 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que dirigiram veículos motorizados nos últimos 30 dias após consumo abusivo de bebidas alcoólicas, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	2,5	1,8 - 3,3	5,3	3,6 - 7,0	0,3	0,1 - 0,4
Belém	1,6	0,9 - 2,3	3,4	1,9 - 4,9	0,2	0,1 - 0,4
Belo Horizonte	2,9	1,9 - 3,9	5,8	3,7 - 7,9	0,5	0,1 - 0,9
Boa Vista	3,4	2,1 - 4,6	6,4	4,0 - 8,9	0,4	0,1 - 0,7
Campo Grande	2,9	1,7 - 4,0	5,4	3,0 - 7,8	0,6	0,1 - 1,0
Cuiabá	3,1	1,9 - 4,3	6,1	3,7 - 8,5	0,3	0,1 - 0,6
Curitiba	2,1	1,3 - 2,9	4,3	2,7 - 5,9	0,2	0,0 - 0,4
Florianópolis	2,0	1,2 - 2,7	3,6	2,2 - 5,1	0,5	0,1 - 0,9
Fortaleza	2,9	1,6 - 4,3	6,2	3,4 - 9,1	0,3	0,0 - 0,5
Goiânia	2,4	1,5 - 3,3	4,5	2,6 - 6,3	0,6	0,1 - 1,0
João Pessoa	3,0	1,8 - 4,3	6,2	3,5 - 8,9	0,5	0,1 - 0,9
Macapá	3,2	2,0 - 4,3	6,2	3,9 - 8,5	0,4	0,1 - 0,6
Maceió	3,3	2,0 - 4,6	6,4	3,7 - 9,1	0,8	0,0 - 1,6
Manaus	1,6	1,0 - 2,2	3,2	1,9 - 4,4	0,2	0,0 - 0,4
Natal	2,0	1,4 - 2,5	4,1	2,8 - 5,3	0,2	0,0 - 0,5
Palmas	4,5	2,8 - 6,3	7,4	4,8 - 9,9	1,6	0,8 - 4,0
Porto Alegre	1,8	1,1 - 2,6	3,7	2,1 - 5,3	0,3	0,0 - 0,6
Porto Velho	2,9	1,7 - 4,0	5,7	3,5 - 8,0	0,1	0,0 - 0,2
Recife	2,0	1,3 - 2,7	3,8	2,4 - 5,2	0,5	0,1 - 0,9
Rio Branco	2,3	1,5 - 3,2	4,2	2,6 - 5,9	0,6	0,2 - 1,0
Rio de Janeiro	1,1	0,6 - 1,6	2,1	1,0 - 3,2	0,2	0,0 - 0,4
Salvador	2,0	1,0 - 2,9	4,2	2,1 - 6,2	0,2	0,1 - 0,4
São Luís	3,1	1,8 - 4,4	6,1	3,4 - 8,8	0,6	0,1 - 1,2
São Paulo	1,5	0,8 - 2,2	3,2	1,8 - 4,6	0,1	0,0 - 0,1
Teresina	4,3	3,1 - 5,6	9,5	6,7 - 12,3	0,1	0,0 - 0,3
Vitória	2,1	1,4 - 2,7	3,7	2,4 - 5,1	0,7	0,2 - 1,1
Distrito Federal	3,5	2,2 - 4,9	5,5	3,0 - 7,9	1,8	0,5 - 3,2

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 29 Percentual de homens (≥ 18 anos) que dirigiram veículos motorizados nos últimos 30 dias após consumo abusivo de bebidas alcoólicas segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

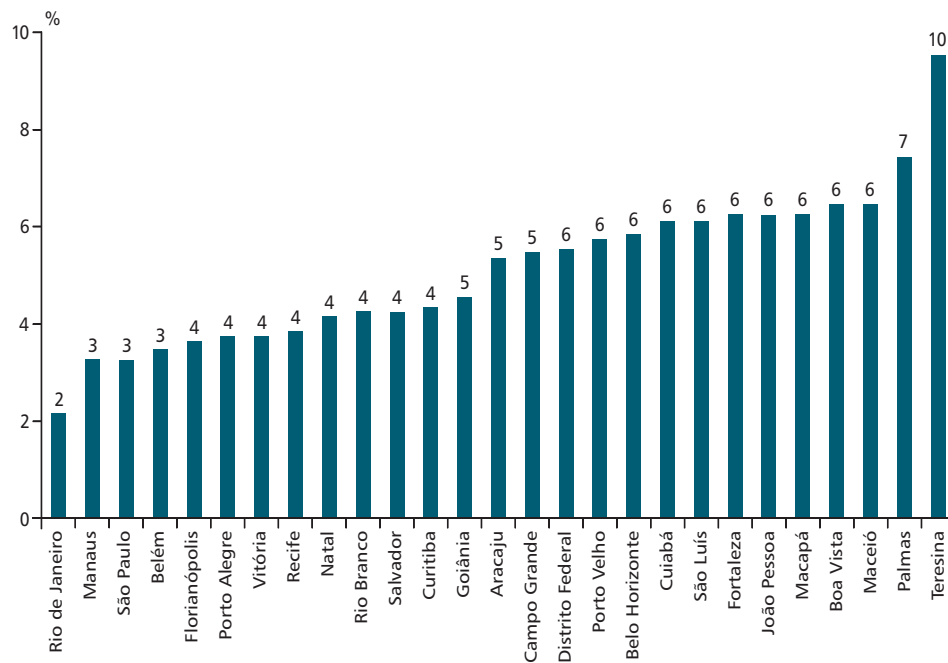
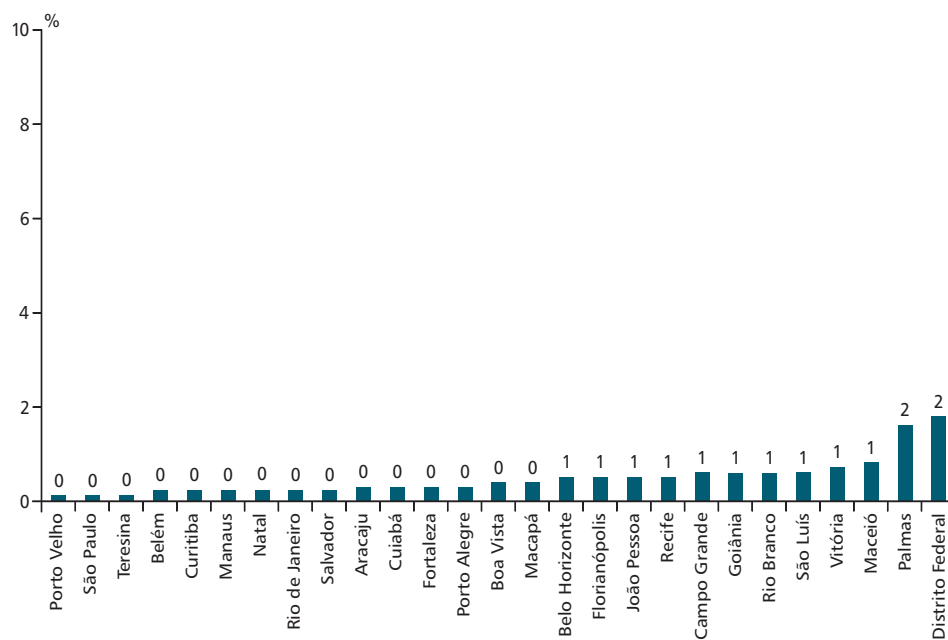


Figura 30 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que dirigiram veículos motorizados nos últimos 30 dias após consumo abusivo de bebidas alcoólicas segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que dirigir após o consumo abusivo de bebida alcoólica é bastante mais freqüente entre homens (4,0%) do que entre mulheres (0,3%). No sexo masculino, a freqüência desta prática sobe de 2,7% para 5,6% entre as faixas etárias de 18-24 e 25-34 anos de idade, declinando lentamente nas idades subseqüentes. Em ambos os sexos, dirigir após o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é mais comum entre os indivíduos com maior escolaridade (Tabela 30).

Tabela 30 Percentual de indivíduos que dirigiram veículos motorizados nos últimos 30 dias após consumo abusivo de bebidas alcoólicas no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	1,5	1,1 - 1,9	2,7	2,0 - 3,4	0,4	0,2 - 0,6
25 a 34	2,8	2,2 - 3,4	5,6	4,3 - 6,8	0,4	0,2 - 0,5
35 a 44	2,3	1,8 - 2,8	4,5	3,5 - 5,5	0,3	0,2 - 0,5
45 a 54	2,2	1,5 - 2,8	4,4	2,9 - 5,8	0,3	0,0 - 0,6
55 a 64	1,5	0,8 - 2,2	3,2	1,7 - 4,8	0,1	0,0 - 0,1
65 e mais	0,5	0,2 - 0,8	0,9	0,4 - 1,5	0,2	0,1 - 0,5
Anos de escolaridade						
0 a 8	1,6	1,2 - 1,9	3,2	2,4 - 3,9	0,2	0,1 - 0,3
9 a 11	2,2	1,8 - 2,5	4,5	3,8 - 5,2	0,3	0,1 - 0,4
12 e mais	3,1	2,6 - 3,5	5,6	4,6 - 6,6	0,7	0,6 - 0,9
Total	2,0	1,8 - 2,2	4,0	3,5 - 4,5	0,3	0,2 - 0,4

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

3.6. Auto-avaliação do estado de saúde

A auto-avaliação do estado de saúde é considerada um indicador válido e relevante do estado de saúde de indivíduos e de populações. Esse indicador tem se revelado fortemente correlacionado com medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preditor poderoso da mortalidade independente de fatores médicos, comportamentais e psicossociais. No entanto, esse poder preditor apresenta limitações, sendo fortemente influenciado por contextos sociais e culturais.

A auto-avaliação da saúde, obtida com uma única questão que pede para o indivíduo classificar seu estado de saúde em *excelente*, *bom*, *regular* ou *ruim*, tem sido amplamente utilizada em inquéritos de saúde. De obtenção simples, a resposta a esta questão produz uma classificação global do estado de saúde capaz de captar, além de sinais e sintomas de doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), o impacto que essas doenças geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.

A frequência de adultos que auto-avaliaram seu estado de saúde como *ruim* variou entre 3,3% em Belo Horizonte e 7,9% em Manaus. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em São Luís e Distrito Federal (5,7%), Manaus (6,0%) e Salvador (6,6%) e as menores em Campo Grande e Aracaju (2,4%), Goiânia (2,3%) e Curitiba (2,2%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas no Distrito Federal (8,9%), Porto Velho (9,5%) e Manaus (9,6%) e as menores em Fortaleza (4,3%), João Pessoa (4,0%) e Belo Horizonte (3,6%) (Tabela 31 e Figuras 31 e 32).

Tabela 31 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que avaliaram seu estado de saúde como ruim, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	5,2	3,4 - 7,0	2,4	0,5 - 4,4	7,5	4,7 - 10,3
Belém	5,4	4,1 - 6,8	4,7	2,5 - 6,9	6,0	4,4 - 7,6
Belo Horizonte	3,3	2,4 - 4,3	3,0	1,5 - 4,5	3,6	2,5 - 4,7
Boa Vista	6,1	4,1 - 8,1	5,5	2,8 - 8,2	6,7	3,9 - 9,6
Campo Grande	5,2	3,0 - 7,5	2,4	0,8 - 4,0	7,8	3,9 - 11,7
Cuiabá	4,4	2,9 - 5,8	3,7	1,9 - 5,5	5,0	2,8 - 7,2
Curitiba	3,5	2,6 - 4,5	2,2	1,1 - 3,3	4,7	3,2 - 6,2
Florianópolis	3,9	2,8 - 4,9	3,1	1,7 - 4,5	4,6	3,0 - 6,1
Fortaleza	4,4	3,0 - 5,8	4,6	2,3 - 6,8	4,3	2,6 - 6,1
Goiânia	3,9	2,9 - 5,0	2,3	1,1 - 3,5	5,4	3,8 - 6,9
João Pessoa	3,9	2,6 - 5,1	3,8	1,5 - 6,1	4,0	2,7 - 5,3
Macapá	6,1	4,5 - 7,8	3,9	2,1 - 5,8	8,2	5,5 - 10,9
Maceió	5,7	4,0 - 7,4	3,0	1,0 - 5,0	8,0	5,3 - 10,6
Manaus	7,9	5,6 - 10,2	6,0	3,4 - 8,6	9,6	6,0 - 13,3
Natal	5,5	4,1 - 6,9	2,5	1,3 - 3,7	7,9	5,6 - 10,2
Palmas	5,1	3,2 - 7,0	3,9	1,4 - 6,4	6,3	3,4 - 9,2
Porto Alegre	4,0	2,8 - 5,2	3,1	1,7 - 4,4	4,8	2,8 - 6,8
Porto Velho	7,2	5,5 - 9,0	4,8	3,0 - 6,7	9,5	6,7 - 12,4
Recife	6,5	5,1 - 7,9	4,0	2,2 - 5,8	8,5	6,4 - 10,5
Rio Branco	6,3	4,6 - 8,0	4,5	2,1 - 7,0	8,0	5,6 - 10,3
Rio de Janeiro	5,4	3,7 - 7,1	3,2	1,4 - 5,0	7,2	4,5 - 10
Salvador	6,5	4,3 - 8,7	6,6	2,2 - 11	6,5	4,8 - 8,1
São Luís	6,6	5,0 - 8,2	5,7	3,1 - 8,2	7,3	5,3 - 9,3
São Paulo	4,2	3,0 - 5,5	3,1	1,2 - 5,1	5,2	3,6 - 6,8
Teresina	5,3	3,8 - 6,7	4,3	2,1 - 6,6	6,0	4,1 - 7,9
Vitória	4,3	3,0 - 5,6	3,1	1,7 - 4,4	5,3	3,2 - 7,4
Distrito Federal	7,4	5,2 - 9,6	5,7	2,0 - 9,5	8,9	6,3 - 11,4

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 31 Percentual de homens (≥ 18 anos) que avaliaram seu estado de saúde como ruim segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

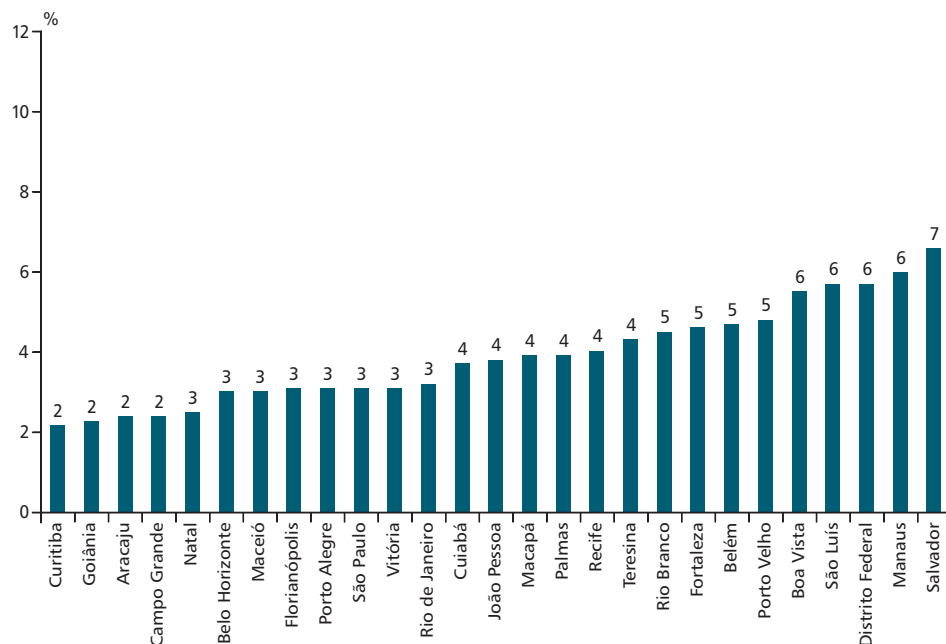
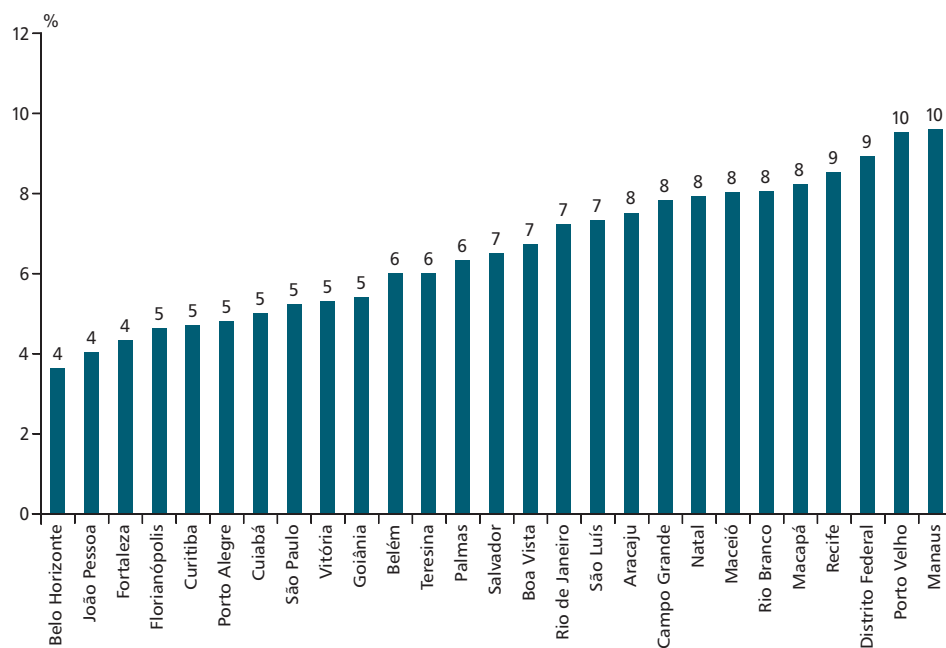


Figura 32 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que avaliaram seu estado de saúde como ruim segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que mais mulheres (6,3%) do que homens (3,5%) avaliam seu estado de saúde como *ruim*. Em ambos os sexos, a frequência de estado de saúde considerado *ruim* tende a aumentar com a idade e a diminuir fortemente com a escolaridade (Tabela 32).

Tabela 32 Percentual de indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como ruim no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	4,1	2,5 - 5,7	2,5	1,5 - 3,6	5,5	2,7 - 8,4
25 a 34	4,6	3,5 - 5,8	4,4	2,4 - 6,4	4,9	3,7 - 6,1
35 a 44	4,1	3,4 - 4,8	2,5	1,8 - 3,3	5,4	4,3 - 6,6
45 a 54	5,6	4,6 - 6,6	3,7	2,3 - 5,0	7,2	5,7 - 8,8
55 a 64	7,2	5,9 - 8,6	4,7	2,6 - 6,8	9,3	7,5 - 11,1
65 e mais	7,3	6,0 - 8,7	4,9	3,0 - 6,8	8,8	7,0 - 10,7
Anos de escolaridade						
0 a 8	6,7	5,8 - 7,6	4,4	3,3 - 5,6	8,6	7,3 - 10
9 a 11	3,6	3,1 - 4,2	2,6	2,0 - 3,3	4,4	3,7 - 5,2
12 e mais	2,3	1,8 - 2,9	2,4	1,5 - 3,3	2,3	1,6 - 2,9
Total	5,0	4,5 - 5,5	3,5	2,9 - 4,2	6,3	5,5 - 7,1

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

3.7. Prevenção de câncer

Com cerca de 10 milhões de casos novos e sete milhões de óbitos por ano, o câncer se tornou uma das mais devastadoras doenças em todo o mundo. Suas causas e tipos variam entre diferentes populações e em diferentes partes do mundo.⁴ Admite-se que pelo menos um terço dos casos de câncer poderiam ser evitados se fossem tomadas medidas de prevenção como modificar hábitos alimentares, praticar exercícios físicos regularmente, evitar o fumo e o álcool, entre outras.²⁴

No Brasil, o câncer representa a segunda causa de óbito na população adulta, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares. Em relação à morbidade, uma estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer para 2008 aponta que nesse ano ocorrerão 466.730 casos novos de câncer, dos quais 231.860 entre homens e 234.870 entre as mulheres. Os tipos de câncer com maior incidência na população brasileira serão o câncer de pele não melanoma (115 mil casos novos), seguido pelos tumores de mama feminina (49 mil), próstata (49 mil), pulmão (27 mil), cólon e reto (27 mil), estômago (22 mil) e colo do útero (19 mil).⁷ Quanto à distribuição regional, as maiores taxas de incidência têm sido observadas nas regiões sul e sudeste do país.

Fatores como o aumento da expectativa de vida da população e uma maior exposição das pessoas a determinados fatores de risco estão levando a um aumento do número de casos de câncer no Brasil. Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade devida ao câncer, o Ministério da Saúde tem apoiado a ampliação de serviços para diagnóstico precoce da enfermidade, priorizando o acesso das mulheres a exames radiológicos para diagnóstico de câncer de mama (mamografia) e a exames citológicos (Papanicolau) para diagnóstico de câncer de colo de útero. Campanhas educativas têm sido realizadas com o mesmo objetivo, destacando-se, nesse caso, a proteção contra a radiação ultravioleta visando evitar o câncer de pele.

O sistema VIGITEL disponibiliza dois indicadores de acesso a serviços de diagnóstico precoce de câncer (mamografia e Papanicolau) e um indicador que avalia a proteção contra a radiação ultravioleta.

Realização de mamografia

O Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade devem se submeter a exames de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos, além de recomendar o exame anual para mulheres acima de 35 anos que pertençam a grupos de alto risco.³²

As maiores frequências de mulheres entre 50 a 69 anos de idade que referem terem realizado exame de mamografia nos últimos dois anos foram observadas em

Florianópolis (84,8%), Vitória (84,3%) e Porto Alegre (81,0%) e as menores em Palmas (55,3%), Macapá (54,2%) e Boa Vista (51,8%). (Tabela 33 e Figura 33).

Tabela 33 Percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram mamografia em algum momento de suas vidas e nos últimos dois anos, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

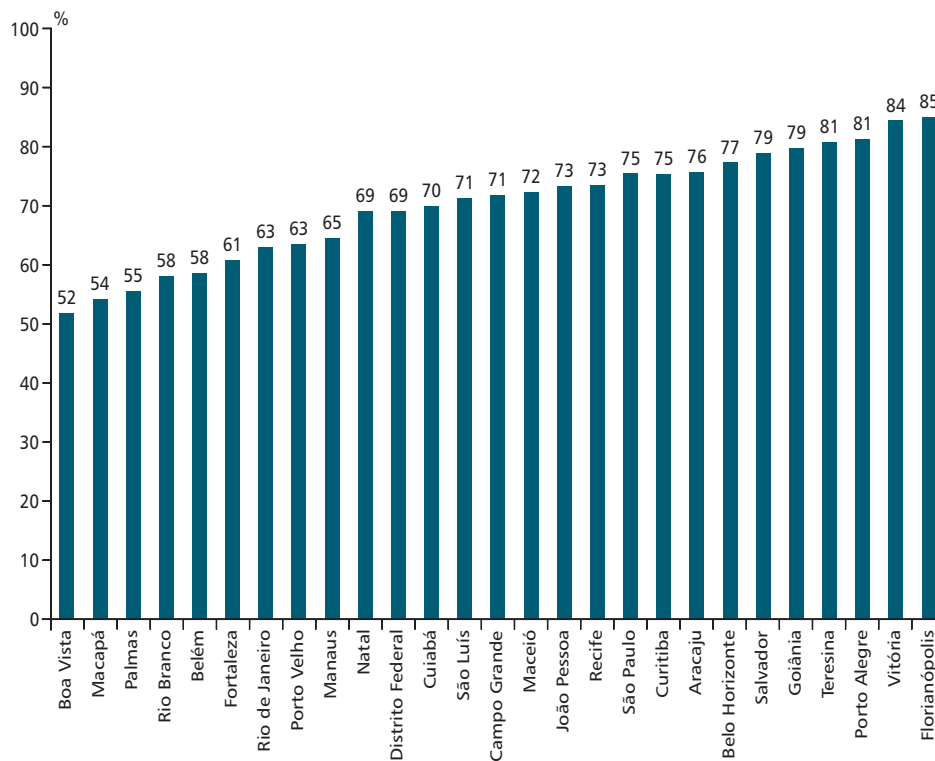
Capitais / DF	Realização de mamografia em algum momento		Realização de mamografia nos últimos 2 anos	
	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	83,2	77,5 - 88,9	75,5	69,2 - 81,8
Belém	68,5	61,9 - 75,1	58,2	51,3 - 65,1
Belo Horizonte	90,8	87,3 - 94,4	77,0	71,8 - 82,3
Boa Vista	71,9	64,5 - 79,4	51,8	43,6 - 59,9
Campo Grande	85,7	81,2 - 90,3	71,4	65,6 - 77,2
Cuiabá	85,3	80,4 - 90,1	69,8	63,3 - 76,3
Curitiba	85,9	81,4 - 90,4	75,4	70,2 - 80,7
Florianópolis	93,8	90,6 - 97,1	84,8	79,9 - 89,7
Fortaleza	72,3	66,0 - 78,6	60,7	54,2 - 67,3
Goiânia	91,2	87,6 - 94,8	79,4	74,2 - 84,5
João Pessoa	85,0	80,3 - 89,7	73,1	67,5 - 78,7
Macapá	63,9	56,1 - 71,7	54,2	46,2 - 62,2
Maceió	87,1	82,5 - 91,6	72,1	66,1 - 78,1
Manaus	77,8	71,4 - 84,2	64,5	57,4 - 71,6
Natal	83,5	78,4 - 88,5	68,7	62,6 - 74,8
Palmas	70,2	60,9 - 79,6	55,3	45,3 - 65,3
Porto Alegre	91,8	88,4 - 95,3	81,0	76,1 - 86,0
Porto Velho	77,4	70,3 - 84,4	63,2	55,5 - 70,9
Recife	84,3	78,6 - 90,1	73,4	67,0 - 79,9
Rio Branco	71,1	64,1 - 78,1	58,0	50,5 - 65,5
Rio de Janeiro	76,2	70,9 - 81,4	62,8	57,0 - 68,7
Salvador	90,9	86,8 - 95,0	78,7	72,9 - 84,4
São Luís	81,9	76,5 - 87,3	70,9	64,5 - 77,2
São Paulo	83,7	79,0 - 88,4	75,2	69,7 - 80,6
Teresina	88,4	83,9 - 92,9	80,6	75,1 - 86,1
Vitória	92,9	89,5 - 96,4	84,3	79,5 - 89,0
Distrito Federal	85,3	80,0 - 90,6	68,8	62,1 - 75,5

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 33 Percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram mamografia pelo menos uma vez nos últimos dois anos segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população de mulheres entre 50 e 69 anos de idade das cidades estudadas, observa-se que a frequência de realização de mamografia nos últimos dois anos foi de 70,8%. A cobertura do exame aumenta com a escolaridade, sendo que a maior cobertura foi observada entre mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade (87,6%) (Tabela 34).

Tabela 34 Percentual de mulheres (50 a 69 anos) que realizaram mamografia em algum momento de suas vidas e nos últimos dois anos, no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Realização de mamografia em algum momento		Realização de mamografia nos últimos 2 anos	
	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)				
50 a 59	83,1	80,7 - 85,6	73,1	70,3 - 75,9
60 a 69	80,7	77,6 - 83,9	67,0	63,3 - 70,6
Anos de escolaridade				
0 a 8	78,2	75,6 - 80,9	65,6	62,6 - 68,6
9 a 11	87,0	83,6 - 90,5	76,6	72,5 - 80,7
12 e mais	95,0	93,1 - 96,9	87,6	84,6 - 90,7
Total	82,2	80,3 - 84,1	70,8	68,6 - 73,0

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Realização de Papanicolau

A realização de exame de colo do útero a cada três anos é preconizada pelo Ministério da Saúde para todas as mulheres com idade entre 25 e 59 anos (e, também, para mulheres mais jovens com vida sexual ativa). Exames anuais são recomendados para mulheres com citologia alterada.⁵

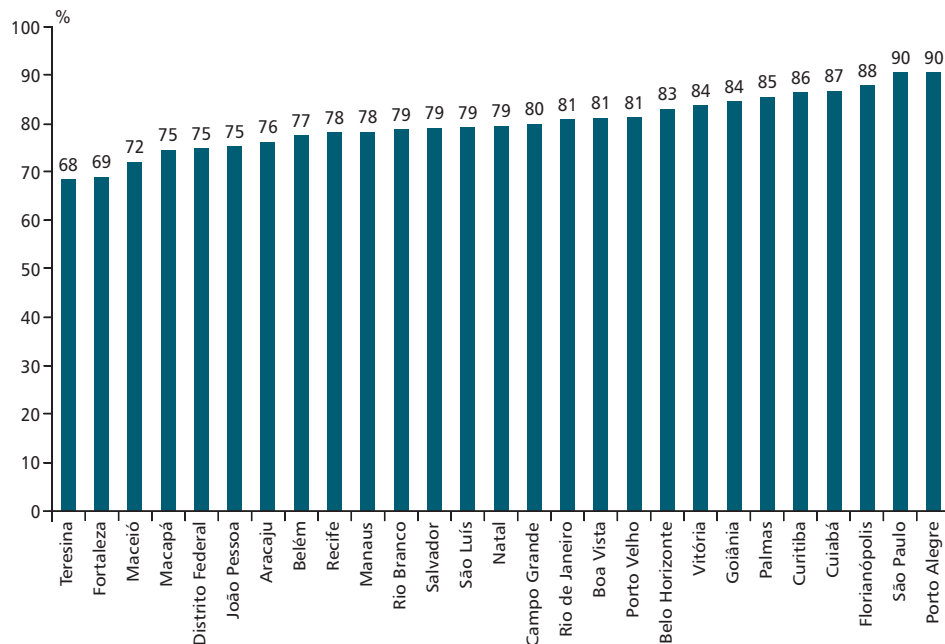
As maiores freqüências de mulheres entre 25 e 59 anos de idade que referem terem realizado exame de Papanicolau nos últimos três anos foram observadas em Florianópolis (88,07%), São Paulo (90,1%) e Porto Alegre (90,3%) e as menores em Maceió (72,0%), Fortaleza (69,0%) Teresina e (68,2%) (Tabela 35 e Figura 34).

Tabela 35 Percentual de mulheres (25 a 59 anos) que realizaram exame de Papanicolau em algum momento de suas vidas e nos últimos três anos, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Realização de Papanicolau em algum momento		Realização de Papanicolau nos últimos 3 anos	
	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	80,8	76,7 - 84,9	75,8	71,3 - 80,2
Belém	81,8	77,6 - 85,9	77,3	72,9 - 81,8
Belo Horizonte	86,8	83,5 - 90,2	82,8	79,2 - 86,4
Boa Vista	84,7	80,6 - 88,7	81,1	76,7 - 85,4
Campo Grande	85,6	81,2 - 89,9	79,7	75,0 - 84,3
Cuiabá	90,4	87,7 - 93,1	86,7	83,6 - 89,7
Curitiba	91,2	88,2 - 94,3	86,5	83,1 - 89,9
Florianópolis	92,9	90,4 - 95,5	88,0	84,8 - 91,2
Fortaleza	76,0	71,1 - 80,9	69,0	63,8 - 74,1
Goiânia	87,8	84,6 - 91,1	84,3	80,9 - 87,8
João Pessoa	79,4	75,2 - 83,6	75,1	70,7 - 79,4
Macapá	80,6	75,9 - 85,3	74,6	69,6 - 79,6
Maceió	78,9	74,4 - 83,5	72,0	67,3 - 76,7
Manaus	83,4	79,3 - 87,5	78,0	73,7 - 82,3
Natal	84,0	80,0 - 88,0	79,4	75,2 - 83,7
Palmas	88,6	84,5 - 92,6	85,3	81,1 - 89,6
Porto Alegre	94,6	92,4 - 96,8	90,3	87,5 - 93,0
Porto Velho	88,4	84,8 - 92,0	81,2	76,9 - 85,5
Recife	83,3	79,7 - 86,9	77,8	73,8 - 81,9
Rio Branco	83,1	77,9 - 88,2	78,5	73,1 - 83,9
Rio de Janeiro	83,8	80,4 - 87,3	80,6	77,0 - 84,2
Salvador	81,9	77,4 - 86,4	78,9	74,3 - 83,4
São Luís	84,1	80,3 - 87,9	79,1	74,9 - 83,3
São Paulo	94,2	91,9 - 96,5	90,1	87,2 - 93,0
Teresina	73,0	68,0 - 78,0	68,2	63,1 - 73,4
Vitória	87,3	84,0 - 90,6	83,6	80,0 - 87,2
Distrito Federal	81,1	77,4 - 84,7	74,9	70,9 - 78,9

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 34 Percentual de mulheres (25 a 59 anos) que realizaram Papanicolau pelo menos uma vez nos últimos três anos segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população de mulheres entre 25 e 59 anos de idade das cidades estudadas, observa-se que a freqüência de realização de exame de Papanicolau nos últimos três anos foi de 82,0%, sendo superior na faixa etária entre 35 e 54 anos de idade e aumentando fortemente com a escolaridade. (Tabela 36).

Tabela 36 Percentual de mulheres (25 a 59 anos) que realizaram Papanicolau em algum momento de suas vidas e nos últimos três anos no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Realização de Papanicolau em algum momento		Realização de Papanicolau nos últimos 3 anos	
	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)				
25 a 34	78,9	76,6 - 81,1	76,0	73,6 - 78,4
35 a 44	90,0	88,5 - 91,5	86,0	84,3 - 87,8
45 a 54	92,4	91,0 - 93,8	86,5	84,7 - 88,3
55 a 59	88,7	85,8 - 91,6	80,2	76,6 - 83,7
Anos de escolaridade				
0 a 8	84,0	82,2-85,8	78,3	76,3 - 80,3
9 a 11	86,4	84,9-87,9	83,4	81,8 - 84,9
12 e mais	92,1	90,7-93,6	89,3	87,7 - 91,0
Total	86,3	85,2-87,4	82,0	80,8 - 83,1

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Proteção contra radiação ultravioleta

A radiação ultravioleta faz parte da luz do sol que atinge a Terra. A radiação ultravioleta do tipo B (UVB), a principal responsável pelas alterações celulares que predisõem ao aparecimento do câncer de pele, é mais intensa entre as 10 e as 16 horas do dia e aumenta muito no verão. A principal forma de prevenção do aparecimento do câncer de pele consiste em se evitar a exposição ao sol sem proteção, sobretudo no horário das 10h às 16h. Considera-se como proteção eficaz contra raios ultravioleta o uso de filtro solar e/ou de chapéu/sombrinha e roupas adequadas.⁷ O indicador de proteção contra a radiação ultra-violeta adotado pelo VIGITEL leva em conta a proporção de indivíduos que não costumam se expor ao sol por mais de 30 minutos por dia ou o fazem utilizando filtro solar e ou chapéu/sombrinha e roupas adequadas.

A freqüência de adultos que referem se proteger contra a radiação ultravioleta variou entre 46,9% em Cuiabá a 69,9% em Florianópolis. No sexo masculino, as maiores freqüências foram observadas em Vitória e João Pessoa (48,7%) e em Florianópolis (59,0%) e as menores em São Paulo (38,7%), Belo Horizonte (34,5%) e Cuiabá (33,3%). Entre mulheres, as maiores freqüências foram observadas em Vitória (68,3%), Porto Alegre (75,3%) e Florianópolis (79,7%) e as menores em Campo Grande (58,6%), Boa Vista (57,0%) e Teresina (56,3%) (Tabela 37 e Figuras 37 e 38).

Tabela 37 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem se proteger contra a radiação ultravioleta, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	54,2	50,4 - 58,1	41,7	35,9 - 47,4	64,6	60,0 - 69,1
Belém	57,2	53,9 - 60,5	46,7	41,5 - 51,8	66,2	62,1 - 70,3
Belo Horizonte	49,4	46,3 - 52,5	34,5	30,1 - 38,9	62,1	58,2 - 65,9
Boa Vista	48,0	44,2 - 51,8	38,9	33,5 - 44,2	57,0	51,7 - 62,2
Campo Grande	51,0	47,5 - 54,6	42,7	37,3 - 48,1	58,6	53,8 - 63,5
Cuiabá	46,9	43,6 - 50,3	33,3	29,0 - 37,6	59,4	54,7 - 64,1
Curitiba	56,0	52,9 - 59,0	45,5	41,0 - 50,0	65,1	61,0 - 69,2
Florianópolis	69,9	66,8 - 72,9	59,0	54,3 - 63,7	79,7	75,8 - 83,5
Fortaleza	53,7	49,9 - 57,4	43,5	37,5 - 49,4	62,0	57,5 - 66,5
Goiânia	54,0	50,8 - 57,2	39,3	34,5 - 44,1	66,9	62,8 - 71,0
João Pessoa	58,2	54,7 - 61,7	48,7	43,1 - 54,4	65,9	61,7 - 70,2
Macapá	55,8	52,1 - 59,6	47,2	41,4 - 52,9	64,0	59,4 - 68,6
Maceió	53,6	49,8 - 57,4	42,7	36,8 - 48,6	62,7	58,1 - 67,2
Manaus	56,4	53,1 - 59,8	47,0	42,3 - 51,8	65,1	60,5 - 69,7
Natal	52,6	49,0 - 56,2	40,6	35,1 - 46,2	62,5	58,2 - 66,7
Palmas	53,5	49,4 - 57,6	43,2	37,2 - 49,3	63,9	58,6 - 69,2
Porto Alegre	63,1	60,0 - 66,3	48,3	43,2 - 53,3	75,3	72,0 - 78,6
Porto Velho	50,6	47,0 - 54,2	39,0	33,9 - 44,1	62,0	57,2 - 66,8
Recife	53,6	50,1 - 57,1	43,4	37,8 - 48,9	61,8	57,7 - 66,0
Rio Branco	51,2	47,2 - 55,1	42,1	36,0 - 48,2	59,5	54,3 - 64,6
Rio de Janeiro	53,7	50,6 - 56,8	45,8	40,8 - 50,7	60,3	56,4 - 64,1
Salvador	54,5	51,1 - 58,0	42,5	37,4 - 47,5	64,6	60,3 - 69,0
São Luís	53,7	50,3 - 57,1	45,6	40,4 - 50,9	60,4	56,1 - 64,7
São Paulo	50,0	47,1 - 52,9	38,7	34,2 - 43,1	59,8	56,1 - 63,5
Teresina	49,4	45,8 - 53,0	40,9	35,7 - 46,2	56,3	51,4 - 61,2
Vitória	59,4	56,3 - 62,4	48,7	43,9 - 53,6	68,3	64,4 - 72,2
Distrito Federal	51,6	48,2 - 55,0	39,0	34,1 - 43,9	62,6	58,2 - 67,0

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 35 Percentual de homens (≥ 18 anos) que referem se proteger contra a radiação ultravioleta segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

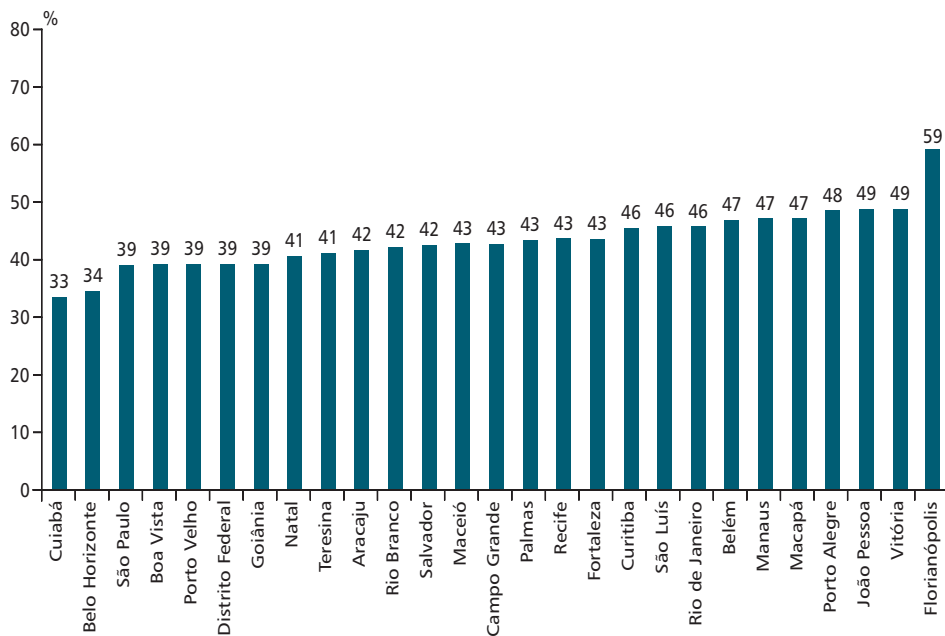
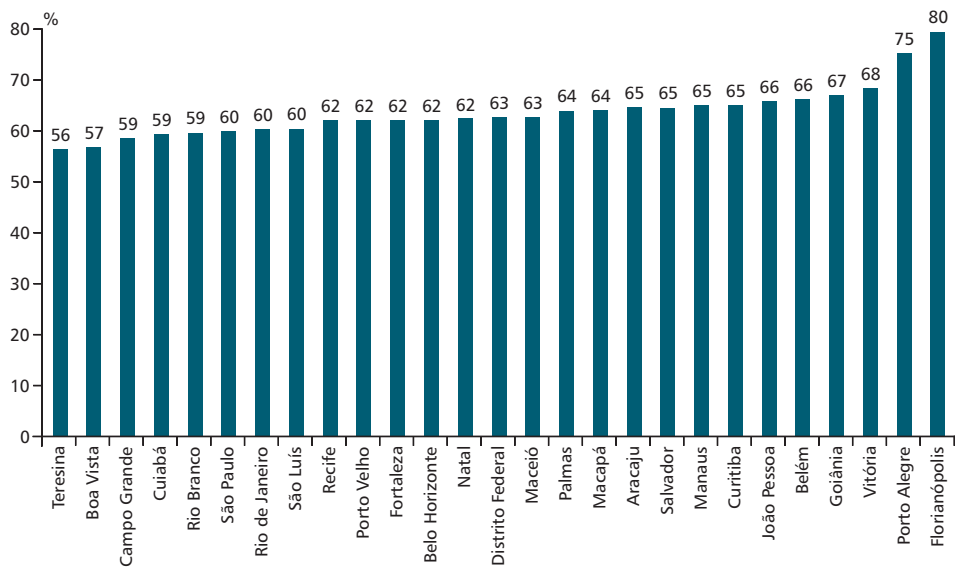


Figura 36 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que referem se proteger contra a radiação ultravioleta segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que mais mulheres (62,3%) do que homens (42,9%) referem se proteger contra a radiação ultravioleta. Entre os homens não há um padrão relacionado com idade e, entre as mulheres, as mais jovens (18 a 24 anos de idade) são as que menos se protegem. A frequência de proteção contra a radiação ultravioleta aumenta fortemente com escolaridade nos dois sexos. (Tabela 38).

Tabela 38 Percentual de indivíduos que referem se proteger contra a radiação ultravioleta no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	46,6	43,6 - 49,7	38,4	33,6 - 43,2	54,3	50,3 - 58,3
25 a 34	52,2	50 - 54,4	40,7	37,3 - 44	62,7	59,9 - 65,4
35 a 44	58,5	56,6 - 60,4	48,1	45,2 - 51	67,5	65,1 - 70
45 a 54	56,0	53,8 - 58,2	45,6	42,1 - 49,2	64,7	62 - 67,4
55 a 64	53,0	50,2 - 55,7	42,3	38 - 46,6	61,4	58,1 - 64,7
65 e mais	55,8	53,1 - 58,5	43,8	39,5 - 48,1	63,4	60,1 - 66,7
Anos de escolaridade						
0 a 8	45,9	44,2 - 47,7	36,1	33,3 - 38,8	54,4	52,3 - 56,6
9 a 11	56,6	55,2 - 58	44,4	42,3 - 46,6	66,4	64,6 - 68,2
12 e mais	70,5	68,8 - 72,1	60,6	57,9 - 63,2	79,5	77,5 - 81,5
Total	53,3	52,3 - 54,4	42,9	41,2 - 44,5	62,3	60,9 - 63,6

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

3.8. Morbidade referida

As transições demográfica, epidemiológica e nutricional ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes assumiram importância crescente para a Saúde Pública em todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento.⁴⁰ A hipertensão arterial é um problema crônico bastante comum, cuja frequência aumenta com a idade. Estudos epidemiológicos brasileiros realizados a partir da aferição direta da pressão arterial dos indivíduos têm registrado prevalências de hipertensão de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade.¹⁴ . Mesmo quando é assintomática, a hipertensão arterial aumenta de forma expressiva o risco de doenças cardiovasculares, encefálicas e renais. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos do miocárdio ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. A hipertensão arterial é uma comorbidade particularmente comum no diabético, representando um risco adicional para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares.^{13, 30}

O diabetes mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, representando um grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. O envelhecimento da população, o sedentarismo, dietas pouco saudáveis e o aumento da obesidade são os grandes responsáveis pela expansão global desta doença. Segundo estimativas da OMS, o número de diabéticos em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. As conseqüências humanas, sociais e econômicas do diabetes são devastadoras: quatro milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes ocorridas em todo o mundo. O grande impacto econômico da doença ocorre notadamente nos serviços de saúde, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. No Brasil, estima-se um contingente populacional de seis milhões de portadores de diabetes, sendo o diabetes e a hipertensão as primeiras causas de hospitalizações no sistema público de saúde do país.³

Por se apoiar em entrevistas telefônicas, o VIGITEL não pode aferir diretamente a ocorrência da hipertensão arterial ou do diabetes na sua amostra e, portanto, não pode estimar a real frequência dessas condições na população adulta das 27 cidades cobertas pelo sistema. De forma semelhante à empregada por outros sistemas de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas¹⁰, o VIGITEL estima e disponibiliza como indicadores da ocorrência de hipertensão arterial e diabetes as frequências de indivíduos que referem diagnóstico médico prévio dessas condições. É evidente que esses indicadores são influenciados pela cobertura da assistência à

saúde existente em cada cidade e que, de modo geral, devem subestimar a prevalência real daquelas duas condições na população, uma vez que só consideram casos diagnosticados. De qualquer modo, de imediato, fornecem informações úteis para avaliar a demanda por cuidados de saúde determinada pela hipertensão arterial e pelo diabetes. A médio prazo, com a expansão e a universalização da cobertura da atenção à saúde da população adulta do país, espera-se que a frequência de casos diagnosticados de hipertensão arterial e diabetes se aproxime da prevalência real dessas condições na população, propiciando assim informações seguras para o seu acompanhamento ao longo do tempo.

Diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial

A frequência de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 13,8% em Palmas e 26,9% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Campo Grande (22,6%), João Pessoa (23,1%) e Recife (25,5%) e as menores em Porto Velho e Palmas (15,3%), Macapá (14,8%) e Aracaju (14,6%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Recife (27,6%), Porto Alegre (28,3%) e Rio de Janeiro (30,7%) e as menores em Boa Vista (17,7%), Belém (16,2%) e Palmas (12,3%) (Tabela 39 e Figuras 37 e 38).

Tabela 39 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	20,6	18,3 - 23,0	14,6	11,6 - 17,6	25,6	22,3 - 28,9
Belém	16,4	14,3 - 18,4	16,5	13,4 - 19,7	16,2	13,6 - 18,9
Belo Horizonte	23,3	21,0 - 25,6	20,8	17,2 - 24,3	25,5	22,4 - 28,5
Boa Vista	16,8	14,1 - 19,4	15,8	11,8 - 19,8	17,7	14,3 - 21,2
Campo Grande	24,8	22,0 - 27,5	22,6	18,8 - 26,4	26,7	22,9 - 30,6
Cuiabá	21,9	19,2 - 24,5	20,0	16,4 - 23,6	23,5	19,6 - 27,5
Curitiba	20,6	18,3 - 22,8	18,0	15,0 - 21,0	22,8	19,6 - 26,0
Florianópolis	20,3	17,7 - 22,9	18,3	15,2 - 21,4	22,1	18,0 - 26,1
Fortaleza	18,8	16,3 - 21,2	18,0	14,2 - 21,8	19,4	16,2 - 22,5
Goiânia	18,2	16,2 - 20,2	17,3	14,3 - 20,4	18,9	16,2 - 21,6
João Pessoa	24,0	21,4 - 26,6	23,1	19,0 - 27,1	24,8	21,4 - 28,2
Macapá	17,6	15,1 - 20,0	14,8	11,5 - 18,1	20,2	16,6 - 23,7
Maceió	20,5	17,9 - 23,0	19,9	15,5 - 24,2	21,0	18,0 - 23,9
Manaus	18,0	15,7 - 20,2	16,9	13,7 - 20,1	18,9	15,7 - 22,1
Natal	24,4	21,5 - 27,4	20,8	16,0 - 25,5	27,5	23,7 - 31,3
Palmas	13,8	11,2 - 16,3	15,3	11,1 - 19,5	12,3	9,5 - 15,1
Porto Alegre	23,7	21,4 - 26,0	18,1	15,0 - 21,3	28,3	25,1 - 31,5
Porto Velho	18,5	16,1 - 20,9	15,3	12,1 - 18,5	21,6	18,1 - 25,1
Recife	26,7	23,8 - 29,6	25,5	20,5 - 30,5	27,6	24,2 - 31,0
Rio Branco	19,0	16,3 - 21,6	15,9	12,5 - 19,3	21,8	17,8 - 25,7
Rio de Janeiro	26,9	24,3 - 29,4	22,2	18,6 - 25,7	30,7	27,3 - 34,2
Salvador	21,7	19,2 - 24,2	17,3	13,9 - 20,7	25,3	21,8 - 28,9
São Luís	18,3	15,9 - 20,7	15,6	12,1 - 19,1	20,5	17,3 - 23,8
São Paulo	23,6	21,3 - 25,9	21,9	18,4 - 25,5	25,0	22,0 - 28,0
Teresina	20,4	17,9 - 23,0	19,5	15,5 - 23,4	21,2	17,9 - 24,5
Vitória	22,1	19,8 - 24,5	21,6	17,8 - 25,4	22,6	19,7 - 25,4
Distrito Federal	18,4	16,0 - 20,8	15,4	11,6 - 19,3	21,0	18,1 - 24,0

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 37 Percentual de homens (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

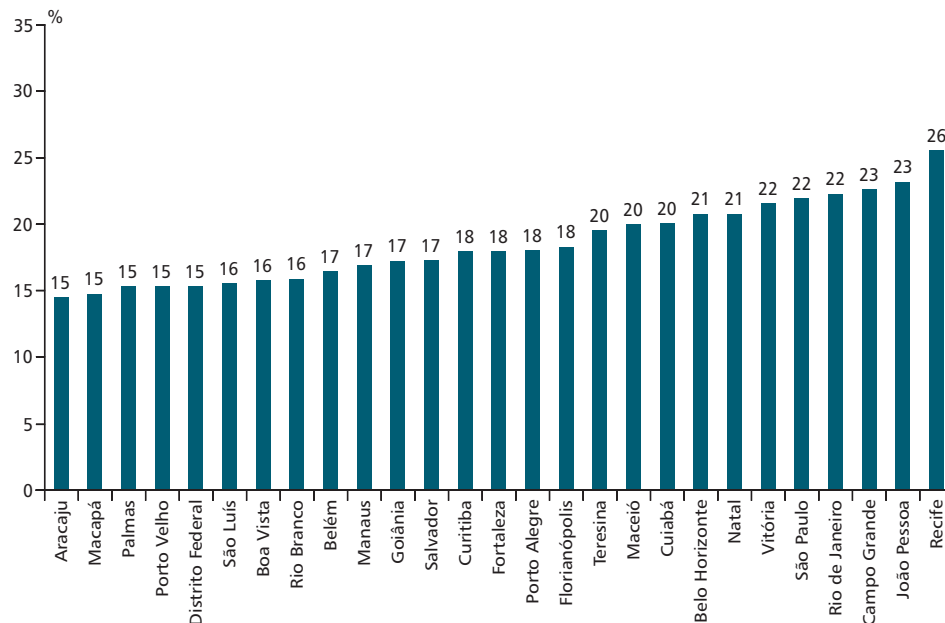
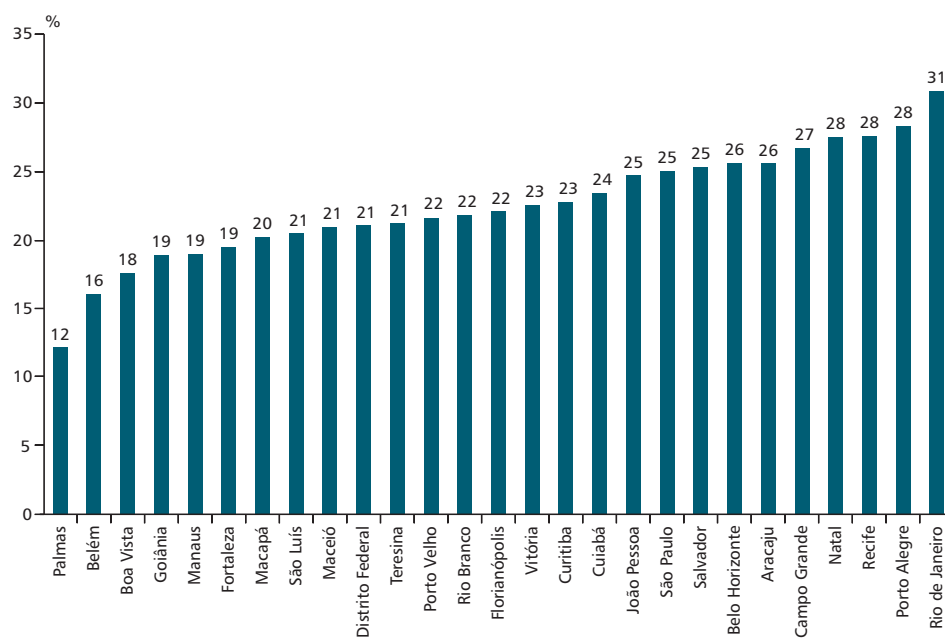


Figura 38 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que mais mulheres (25,1%) do que homens (20,3%) referem o diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial. Em ambos os sexos, a referência a diagnóstico de hipertensão arterial aumenta com a idade e é máxima para indivíduos com até oito anos de escolaridade. Entre mulheres é mais marcada a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico prévio de hipertensão arterial: enquanto 33,4% das mulheres com até oito anos de escolaridade referem diagnóstico de hipertensão arterial, a mesma condição é observada em 15,1% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade (Tabela 40).

Tabela 40 Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	5,7	4,0 - 7,4	4,5	3,1 - 5,8	6,9	3,9 - 9,8
25 a 34	10,6	9,2 - 12,1	10,4	8,0 - 12,7	10,9	9,1 - 12,6
35 a 44	19,4	17,9 - 21,0	18,1	15,9 - 20,3	20,6	18,4 - 22,8
45 a 54	36,1	33,9 - 38,3	34,9	31,3 - 38,5	37,1	34,3 - 39,8
55 a 64	49,0	46,3 - 51,7	45,9	41,4 - 50,4	51,4	48,1 - 54,8
65 e mais	57,7	55,0 - 60,3	49,4	45,0 - 53,8	62,9	59,7 - 66,1
Anos de escolaridade						
0 a 8	28,8	27,4 - 30,2	23,4	21,4 - 25,5	33,4	31,5 - 35,3
9 a 11	15,6	14,7 - 16,6	15,0	13,5 - 16,5	16,2	14,9 - 17,5
12 e mais	17,3	16,0 - 18,7	19,7	17,6 - 21,9	15,1	13,5 - 16,8
Total	22,9	22,1 - 23,7	20,3	19,1 - 21,6	25,1	24,0 - 26,2

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Diagnóstico médico prévio de Diabetes

A frequência de adultos que referem diagnóstico médico prévio de diabetes variou entre 1,8% em Boa Vista e 7,5% em Natal. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Florianópolis e Porto Alegre (5,4%), Fortaleza (5,9%) e Cuiabá (6,4%) e as menores em Vitória (3,5%), Rio Branco (2,9%) e Boa Vista (1,4%). Entre mulheres, o diagnóstico de diabetes foi mais frequente na cidade de São Paulo (6,7%), Porto Alegre (6,9%) e Natal (9,4%) e menos frequente em Palmas e Manaus (2,9%) e Boa Vista (2,1%) (Tabela 41 e Figuras 39 e 40).

Tabela 41 Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007.

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	4,9	3,6 - 6,1	4,7	3,0 - 6,3	5,1	3,2 - 6,9
Belém	4,0	3,0 - 5,0	4,1	2,6 - 5,6	4,0	2,7 - 5,2
Belo Horizonte	5,1	4,0 - 6,1	4,5	2,9 - 6,1	5,6	4,2 - 6,9
Boa Vista	1,8	1,2 - 2,3	1,4	0,7 - 2,2	2,1	1,3 - 2,8
Campo Grande	4,2	3,2 - 5,2	4,1	2,6 - 5,6	4,3	2,9 - 5,6
Cuiabá	6,0	4,6 - 7,5	6,4	3,8 - 8,9	5,7	4,1 - 7,4
Curitiba	4,8	3,7 - 5,9	3,8	2,5 - 5,1	5,7	4,0 - 7,4
Florianópolis	5,8	4,6 - 7,1	5,4	3,6 - 7,2	6,2	4,4 - 7,9
Fortaleza	5,9	4,2 - 7,6	5,9	3,2 - 8,7	5,9	3,9 - 7,9
Goiânia	3,7	2,8 - 4,6	3,8	2,3 - 5,3	3,6	2,6 - 4,7
João Pessoa	5,0	4,0 - 6,1	5,0	3,3 - 6,7	5,1	3,8 - 6,4
Macapá	3,7	2,7 - 4,7	4,4	2,7 - 6,2	3,1	2,0 - 4,1
Maceió	4,7	3,7 - 5,8	4,8	3,0 - 6,7	4,7	3,5 - 5,9
Manaus	4,0	3,0 - 4,9	5,1	3,4 - 6,8	2,9	1,9 - 3,9
Natal	7,5	5,9 - 9,2	5,3	3,5 - 7,2	9,4	6,9 - 11,9
Palmas	3,7	2,7 - 4,8	4,6	2,9 - 6,3	2,9	1,7 - 4,0
Porto Alegre	6,2	4,9 - 7,6	5,4	3,6 - 7,1	6,9	5,0 - 8,9
Porto Velho	4,3	3,1 - 5,5	4,5	2,8 - 6,3	4,1	2,4 - 5,8
Recife	5,4	4,3 - 6,5	5,2	3,4 - 7,0	5,5	4,1 - 6,9
Rio Branco	3,4	2,5 - 4,2	2,9	1,6 - 4,2	3,8	2,7 - 4,9
Rio de Janeiro	5,6	4,5 - 6,7	4,8	3,3 - 6,4	6,2	4,7 - 7,7
Salvador	4,7	3,7 - 5,8	4,7	3,0 - 6,4	4,7	3,4 - 6,1
São Luís	4,9	3,5 - 6,3	5,2	3,3 - 7,1	4,8	2,8 - 6,8
São Paulo	5,9	4,8 - 7,0	5,0	3,5 - 6,5	6,7	5,1 - 8,2
Teresina	4,5	3,4 - 5,6	4,4	2,7 - 6,2	4,5	3,1 - 6,0
Vitória	4,3	3,2 - 5,3	3,5	2,2 - 4,8	4,9	3,3 - 6,4
Distrito Federal	3,7	2,8 - 4,6	3,6	2,1 - 5,0	3,8	2,7 - 5,0

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000 (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Figura 39 Percentual de homens (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.

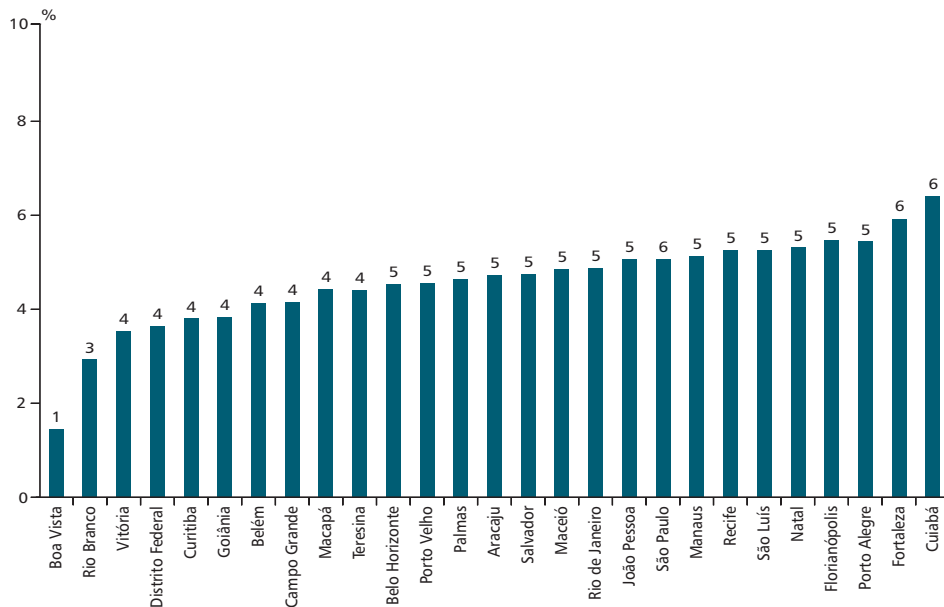
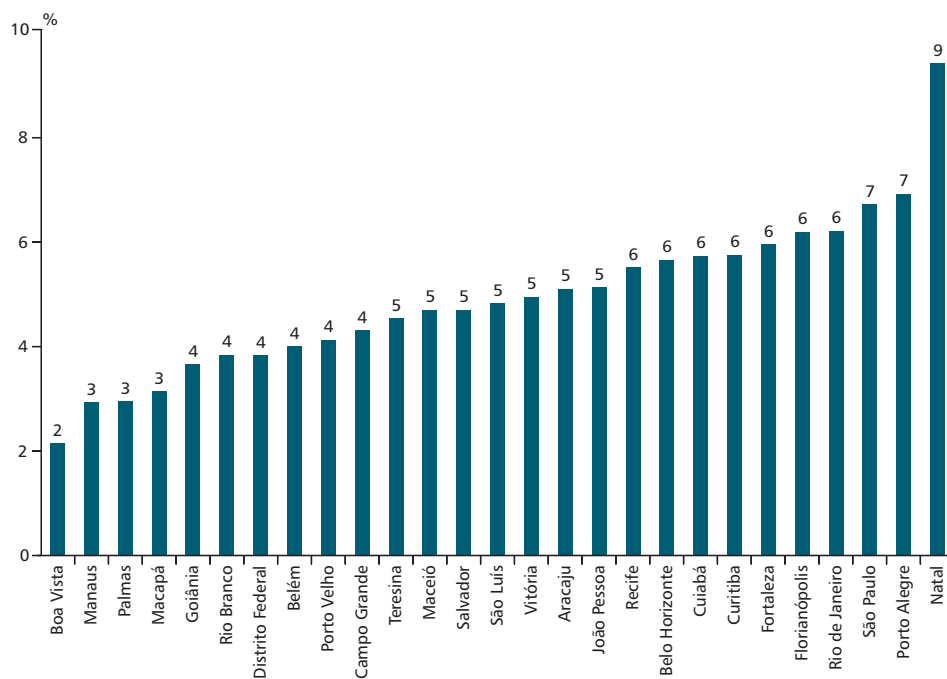


Figura 40 Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que referem diagnóstico médico de diabetes segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2007.



Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que 5,7% das mulheres e 4,8% dos homens referem o diagnóstico médico prévio de diabetes. Em ambos os sexos, a referência a diagnóstico prévio de diabetes aumenta com a idade e é máxima entre indivíduos com até oito anos de escolaridade. Como no caso da hipertensão arterial, é mais marcada entre mulheres a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico prévio de diabetes: enquanto 8,1% das mulheres com até oito anos de escolaridade referem diagnóstico da doença, a mesma condição é observada em apenas 2,5% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade (Tabela 42).

Tabela 42 Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de diabetes no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade*. VIGITEL, 2007.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Idade (anos)						
18 a 24	0,5	0,3 - 0,7	0,4	0,1 - 0,7	0,6	0,3 - 0,9
25 a 34	1,7	1,2 - 2,2	1,2	0,7 - 1,6	2,1	1,3 - 3
35 a 44	2,9	2,2 - 3,5	2,7	1,9 - 3,4	3,1	2,1 - 4
45 a 54	7,6	6,4 - 8,8	8,8	6,7 - 10,8	6,6	5,2 - 8
55 a 64	15,3	13,4 - 17,3	14,6	11,6 - 17,5	15,9	13,3 - 18,5
65 e mais	18,6	16,6 - 20,7	17,6	14,2 - 20,9	19,3	16,7 - 21,9
Anos de escolaridade						
0 a 8	6,9	6,3 - 7,5	5,5	4,6 - 6,3	8,1	7,2 - 9
9 a 11	3,5	3,0 - 4,0	3,6	2,8 - 4,3	3,4	2,7 - 4,1
12 e mais	3,6	2,9 - 4,3	4,9	3,6 - 6,1	2,5	1,8 - 3,2
Total	5,3	4,9 - 5,7	4,8	4,3 - 5,4	5,7	5,2 - 6,2

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico de 2000 e para levar em conta o peso populacional de cada cidade (ver Aspectos Metodológicos).

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

4. Variação temporal 2006-2007

Um dos principais objetivos do VIGITEL é o de propiciar séries históricas que caracterizem a evolução anual da frequência dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas no país. Essas séries históricas dependerão, obviamente, da continuidade da operação do sistema e do acúmulo de estimativas que cubram um período suficientemente longo de tempo.

A seguir, destacaremos, dentre os indicadores divulgados neste relatório, aqueles cuja frequência tenha variado significativamente entre 2006 e 2007 ($p < 0,05$ para a diferença de proporções). Esses resultados devem ser vistos com cautela em face de que o exíguo período de tempo que separa os dois inquéritos, de apenas um ano, pode não ter sido suficiente para produzir variações estatisticamente detectáveis. Ou seja, o poder estatístico da comparação entre os inquéritos, embora elevado em face do tamanho amostral de ambos os inquéritos, pode não ter sido suficiente para detectar variações reais, porém de magnitude muito pequena. Deve-se também levar em conta que critérios estatísticos dizem respeito apenas a erros amostrais. Diferenças estatisticamente significantes informam apenas que determinadas diferenças entre as amostras estudadas em 2006 e 2007 são improváveis na ausência de diferenças reais entre as correspondentes populações. Erros não amostrais, como por exemplo, aqueles originados por pequenas diferenças nas taxas anuais de não resposta dos inquéritos, não são considerados pelo critério estatístico. Por essas razões, as tendências de evolução dos vários indicadores disponibilizados pelo VIGITEL poderão ser estabelecidas com confiança apenas com a continuidade do sistema e o acúmulo de informações.

No Quadro 2 apresenta-se a evolução de indicadores do VIGITEL que variaram significativamente entre 2006 e 2007 levando em conta a população adulta do conjunto das 27 cidades cobertas pelo sistema.

Quadro 2 Variações no percentual de indivíduos expostos a fatores de risco e proteção para doenças crônicas no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal entre 2006 e 2007. VIGITEL 2006 e 2007.

Fator	Sexo	2006	2007	p valor
Obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²)	Masculino	11,3	13,7	0,001
	Feminino	11,5	12,0	0,368
	Ambos	11,4	12,9	0,002
Consumo regular de frutas (\geq 5 dias por semana)	Masculino	35,5	51,3	<0,001
	Feminino	51,4	62,0	<0,001
	Ambos	44,1	57,1	<0,001
Consumo habitual de carnes com excesso de gordura *	Masculino	51,2	42,7	<0,001
	Feminino	29,0	24,3	<0,001
	Ambos	39,2	32,8	<0,001
Consumo habitual de leite com teor integral de gordura	Masculino	59,4	55,6	0,001
	Feminino	55,3	51,3	<0,001
	Ambos	57,2	53,2	<0,001
Atividade física suficiente no lazer **	Masculino	18,3	19,3	0,273
	Feminino	11,9	12,3	0,467
	Ambos	14,9	15,5	<0,001
Inatividade física ***	Masculino	39,8	30,9	<0,001
	Feminino	20,1	27,8	<0,001
	Ambos	29,2	29,2	0,936
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas ****	Masculino	25,3	27,2	0,082
	Feminino	8,1	9,3	0,043
	Ambos	16,1	17,5	<0,001
Hipertensão arterial auto-referida segundo diagnóstico médico prévio	Masculino	18,4	20,3	0,020
	Feminino	24,4	25,1	0,360
	Ambos	21,6	22,9	0,025

- * Adultos que consomem carne vermelha gordurosa ou frango com pele sem remover a gordura visível do alimento.
- ** Adultos que praticam atividades de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 minutos diários em 5 ou mais dias da semana ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 minutos diários em 3 ou mais dias da semana.
- *** Adultos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.
- **** Adultos que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou mais do que cinco doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião.

Entre 2006 e 2007 observou-se evolução favorável e estatisticamente significativa de indicadores relativos a freqüência de consumo regular de frutas (ascendente em ambos os sexos), consumo de carnes com excesso de gordura (declinante em ambos os sexos) consumo de leite com teor integral de gordura (declinante em ambos os sexos), atividade física suficiente no lazer (ascendente para os sexos combinados) e inatividade física em homens (declinante). No mesmo período, observou-se evolução desfavorável e estatisticamente significativa para a obesidade em homens (ascendente), para a inatividade física em mulheres (ascendente), para o consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ascendente em mulheres e nos sexos combinados) e para a referência a diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial (ascendente em homens e nos se-

xos combinados). Note-se que a variação temporal dos indicadores relacionados a consumo de hortaliças não pôde ser avaliada em função de mudanças introduzidas no questionário quanto a este item e que, no caso dos indicadores relacionados ao tabagismo, as variações entre 2006 e 2007 não alcançaram significado estatístico.

É interessante observar que a tendência de elevação da freqüência da obesidade no sexo masculino e a estabilidade desta condição em mulheres é consistente com as tendências temporais recentes que vêm sendo documentadas no país a partir de inquéritos domiciliares.^{18,19} Chama também a atenção o fato de que homens e mulheres evoluíram de forma oposta quanto à freqüência de inatividade física. Análises adicionais quanto aos componentes que definem este indicador mostram que a evolução favorável no sexo masculino se deveu sobretudo ao aumento na freqüência de atividade ocupacional associada a esforços físicos intensos enquanto a evolução desfavorável no sexo feminino decorreu da redução na freqüência de mulheres que fazem sozinha a limpeza pesada de suas casas, ambas situações compatíveis com o crescimento da economia brasileira no período.

5. Considerações finais

O Vigitel é um sistema, construído para fins de monitoramento dos principais fatores de risco de DCNT (tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, dentre outros).

Por essa razão, deve-se incentivar e estimular, gestores, profissionais de saúde e pesquisadores a explorar os dados gerados por esse sistema, o que contribuirá tanto para o seu aprimoramento quanto para a melhoria da qualidade dos dados. Destacamos abaixo as principais freqüências encontradas nas capitais para o ano de 2007.

Quanto ao hábito de fumar, as maiores freqüências foram observadas em Porto Alegre (21,7) e Florianópolis (20,2%), atingindo 16,4% do conjunto da população das cidades estudadas, sendo maior para os homens (20,9%) do que para as mulheres (12,6%). A freqüência de fumantes diminui com o aumento da escolaridade. A maior porcentagem de ex-fumantes foi encontrada em Rio Branco (26,9%) e a menor em Aracaju (17,4%). A porcentagem de ex-fumantes é maior na faixa de menor escolaridade, sendo sempre maior nos homens.

O excesso de peso variou de 33,4% em Palmas a 49,7% em Cuiabá, sendo os maiores percentuais para os homens em todas as cidades estudadas. O excesso de peso aumenta com a idade até 64 anos. Nas mulheres o excesso de peso diminui com o aumento da escolaridade, enquanto que nos homens o maior percentual de excesso de peso é naqueles que estudaram 12 e mais anos. A prevalência de obesidade é maior em Macapá (16,1%) e menor na cidade de Palmas (8,8%). De um modo geral, observam-se prevalências

muito próximas nos dois sexos na grande maioria das cidades estudadas. A frequência do excesso tende a diminuir com a escolaridade apenas em mulheres.

No que se refere à alimentação, o consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias na semana variou de 16,8% em Rio Branco a 40,0% em Porto Alegre, sendo mais freqüente para as mulheres nas faixas etárias superiores. As capitais das regiões Norte e Nordeste apresentam os mais baixos percentuais de consumo regular de frutas e hortaliças. Esta situação torna-se mais grave ao se considerar o consumo recomendado de frutas e hortaliças (5 porções ao dia), cuja frequência variou de 10% em Porto Velho a 23% em São Paulo, sendo no geral muito menor entre os homens (13,7%) do que entre as mulheres (21,2%).

Ainda sobre a alimentação, a capital com maior frequência de consumo de carnes gordurosas sem remoção da gordura visível foi Campo Grande (45,6%) enquanto a menor frequência ocorreu em Salvador 22,9%. O consumo de carnes gordurosas sem remoção da gordura visível foi maior entre os homens e diminuiu com a idade. Quanto ao consumo de leite integral, a menor frequência se encontra em Vitória (42,7%) e a maior em Belém (64,0%). O consumo de leite integral diminuiu com o aumento da idade e tende a ser maior no sexo masculino, ainda que, na maioria das cidades, as diferenças entre homens e mulheres sejam pequenas. O consumo de refrigerantes em 5 ou mais dias da semana é maior entre os homens (31,7%) do que entre as mulheres (22,4%), sendo que nos dois sexos há redução com o aumento da idade.

A maior frequência de população adulta ativa fisicamente no lazer se encontra em Vitória (20,5%) e a menor em São Paulo (11,3%). No geral, os homens se apresentam mais ativos do que as mulheres. Entre os homens, a maior frequência de população adulta ativa ocorre na faixa etária de 18 a 24 anos e entre as mulheres de 35 a 44 anos. A porcentagem de indivíduos suficientemente ativos no lazer aumenta com a escolaridade em ambos os sexos. Recife apresenta a maior porcentagem de população adulta fisicamente inativa (32,8%) e Porto Velho (24,9%) a menor. No geral, os homens (30,9%) são mais sedentários comparativamente às mulheres (27,8%).

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas, isto é mais de quatro doses para a mulher e mais de cinco para o homem em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias, foi maior em São Luís (23,1%) e menor em São Paulo (13,4%). O consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumenta com a escolaridade; nas mulheres é menor naquelas com menor escolaridade, sendo sempre maior nos homens do que nas mulheres. A condução de veículo automotor após o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é bem maior entre os homens (4%) do que entre as mulheres (0,3%), chegando a alcançar no mínimo 20 mil motoristas por dia nas cidades estudadas, considerando que esta situação acontece somente um dia por mês para cada motorista.

Dos indivíduos estudados, 5% consideraram seu estado de saúde como ruim: maior entre as mulheres (6,3%) do que entre os homens (3,5%).

A realização de mamografia nos últimos dois anos alcançou 70,8% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, sendo que 82,2% das mulheres nesta faixa etária referiram ter realizado o exame pelo menos uma vez na vida. Quanto à realização de exame de colo de útero, 82% das mulheres entre 25 e 59 anos referiram tê-lo realizado nos últimos 3 anos, e 86,3% pelo menos uma vez na vida.

O uso de proteção contra a radiação ultravioleta alcançou 53,3% dos brasileiros estudados, sendo maior entre as mulheres (62,3%) do que entre os homens (42,9%). A cidade de Florianópolis apresentou maior frequência de uso (69,9%), e a de Cuiabá a menor (46,9%).

O diagnóstico referido de hipertensão arterial tem o maior percentual no Rio de Janeiro (26,9%) e o menor em Palmas (13,8%). Nos homens e nas mulheres, verifica-se o aumento do diagnóstico médico referido de hipertensão arterial com a idade. Nas mulheres, o diagnóstico referido de hipertensão diminui com o aumento da escolaridade e nos homens é maior na faixa de escolaridade de menos de 8 anos. Quanto ao diagnóstico auto-referido de diabetes, a maior proporção é relatada em Natal (7,5%) e a menor em Boa Vista (1,8%). A proporção de diabetes aumenta com a idade em ambos os sexos, diminui com a escolaridade para as mulheres e é menor na faixa intermediária de escolaridade para os homens. As mulheres apresentam, no geral, maior frequência de diagnóstico médico de diabetes do que os homens. Da mesma forma que a hipertensão arterial, estes dados devem ser analisados com cautela pois também refletem o acesso aos serviços de saúde.

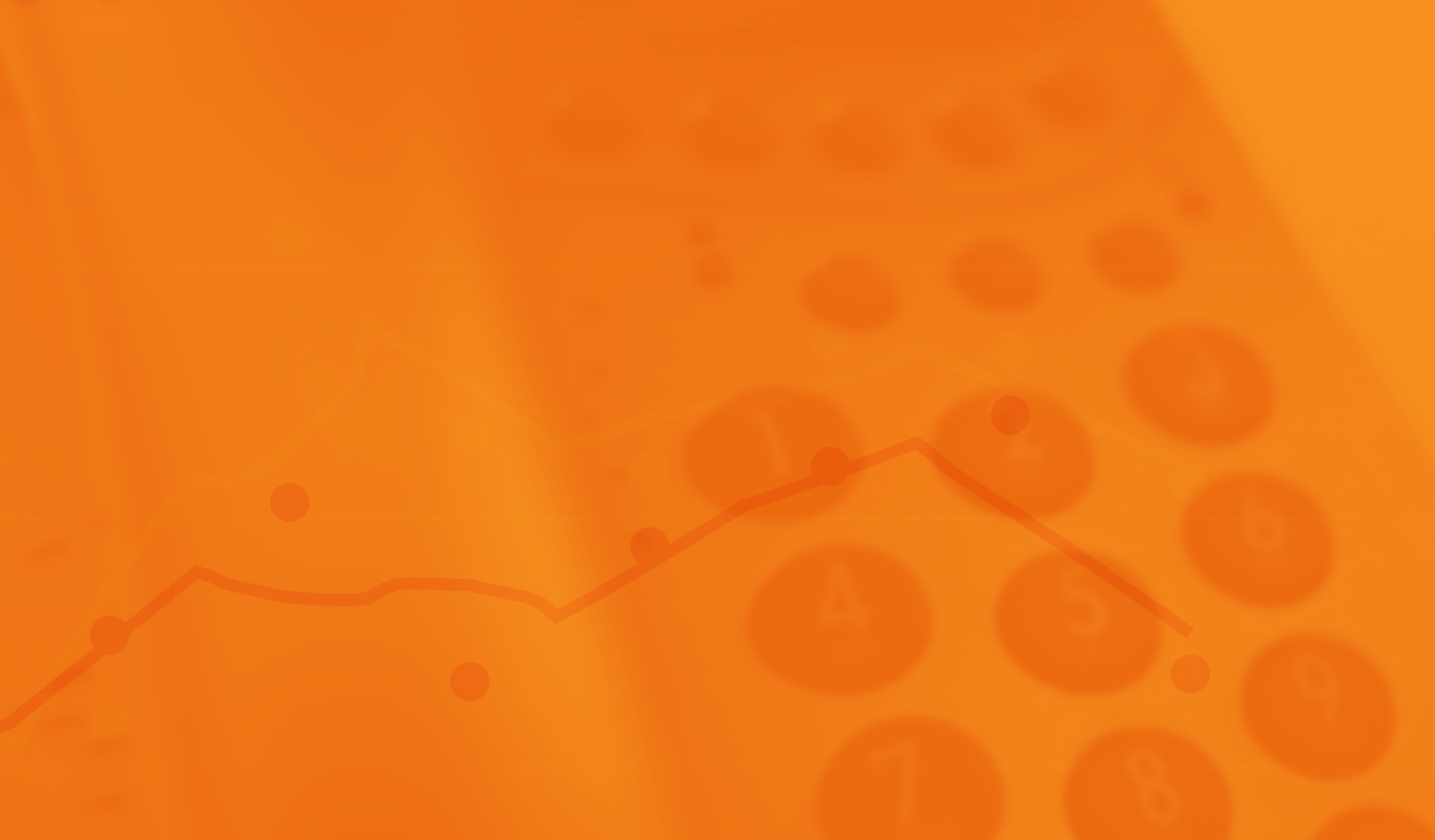
6. Referências bibliográficas

1. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, O'Brien WL, Bassett Jr DR, Schmitz KH, Emplaincourt PO, Jacobs Jr DR, Leon AS. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. **Med Sci Sports Exerc** 2000; 32: S498-504.
2. Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito. **Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidentes de trânsito**. Brasília: CETAD/RAID, 1997.
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [Cadernos de Atenção Básica, 16].
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Controle do Câncer de Mama: Documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas 2008: **Incidência de Câncer no Brasil**. INCA: Rio de Janeiro, 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

10. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Behavioral Risk Factor Surveillance System – BRFSS. **About the BRFSS** [2007]. Disponível em <http://www.cdc.gov/brfss>. Acessado em 19 de fevereiro de 2008.
11. Centers for Statistics and Analysis. **Alcohol involvement in fatal crashes 2001**. Washington: NHTSA, 2003.
12. Costa e Silva VL, Koifman S. Smoking in Latin América: a major public health problem. **Cadernos de Saúde Pública** 1998; 14: 99-108.
13. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. **JAMA**. 2002;287:356 –359.
14. Lessa I. **O Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco; 1998.
15. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. (2005). Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública** 2005; 39: 530-540.
16. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Jr JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2006; 15: 47-64.
17. Mondini L, Monteiro CA. Mudanças no padrão de alimentação na população urbana brasileira (1962-1988). **Revista de Saúde Pública** 1994; 28: 433-439.
18. Monteiro CA, Benicio MHD'A, Conde WL, Popkin BM. Shifting obesity trends in Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, 2000, 54: 342-6.
19. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. **American Journal of Public Health** 2007, 97: 1808-12.
20. Monteiro CA, Mondini L, Levy-Costa RB. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública** 2000; 34: 251-258.

21. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, Bernal R, Silva NN. Monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Revista de Saúde Pública** 2005; 39: 47-57.
22. Moura EC, Morais Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, Claro RM, Monteiro CA. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). **Jornal de Epidemiologia**, 2008 (no prelo).
23. National Highway Traffic Safety Administration. **A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving-related skills**. <http://www.nhtsa.dot.gov>. Acesso em 22 de janeiro de 2008.
24. Organização Panamericana da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.
25. Paté RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the american college of sports medicine. **JAMA** 1995; 273: 402-407.
26. Peixoto Primo NLN, Stein AT. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul** 2004; 26: 280-286.
27. Remington PL, Smith MY, Williamson DF, Anda RF, Gentry EM, Hogelin GC. Design, characteristics, and usefulness of state-based behavioral risk factor surveillance: 1981-87. **Public Health Rep** 1988; 103: 366-375.
28. Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DX. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública** 2005; 39: 585-592.
29. Stata Corporation. **Stata Statistical Software: Release 9.0**. Stata Corporation: College Station, TX, 2005.
30. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva** 2004; 9: 885-895.

31. United States of América, Department of Health and Human Services. **Physical activity and health: a report of the Surgeon General**. Atlanta, Georgia: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
32. World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer (IARC). **World Cancer Report 2003**. IARC Press: Lyon, 2003.
33. World Health Organization. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO, 2003. [WHO Technical Report Series, 916].
34. World Health Organization. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: WHO, 2004. [Fifty-Seventh World Health Assembly, WHA57.17].
35. World Health Organization. **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm**. Geneva: WHO, 2000.
36. World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva: WHO, 2000. [WHO Technical Report Series, 894].
37. World Health Organization. **Sample size determination in health studies. A practical manual**. Geneva: WHO, 1991.
38. World Health Organization. **Summary: surveillance of risk factors for noncommunicable diseases. The WHO STEP wise approach**. Geneva: WHO, 2001.
39. World Health Organization. **World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO, 2002.
40. World Health Organization. **Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: Global Report**. Geneva: WHO, 2005.



ANEXOS



ANEXO A

Modelo do Questionário Eletrônico

Modelo do Questionário Eletrônico

Cidade xxxxxxxxxxxx Estado XXXX

1. Réplica XX número de moradores XX número de adultos XX
2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XXXX. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é XXXX?
 - sim
 - não – Desculpe, liguei no número errado.
3. Sr(a) gostaria de falar com o(a) sr(a) NOME DO SORTEADO. Ele(a) está?
 - sim
 - não - Qual o melhor dia da semana e horário para conversarmos com o(a) Sr(a) NOME DO SORTEADO?
 - residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele agora?

 - sim
 - não - Qual o melhor dia da semana e horário para conversarmos com o(a) Sr(a) NOME DO SORTEADO?
 - residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.
4. O(a) sr(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?
 - sim (pule para q5)
 - não - O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr(a) foram sorteados para participar desta avaliação. A entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas apenas para fins desta avaliação. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 0800-61-1997. O(a) sr(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?
5. Podemos iniciar a entrevista?
 - sim (pule para q6)
 - não - Qual o melhor dia da semana e horário para conversarmos? o residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.
6. Qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 150) ____ anos (se < 21 anos, pule q12 a q13)
7. Sexo: masculino (pule a q14) feminino (se > 50 anos, pule a q14)
8. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?
 - curso primário 1 2 3 4
 - admissão
 - curso ginásial ou ginásio 1 2 3 4
 - 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau 1 2 3 4 5 6 7 8
 - 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau 1 2 3
 - 3º grau ou curso superior 1 2 3 4 5 6 7 8
 - pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) 1 ou +
 - nunca estudou
 - Não sabe (só aceita q6>60)
 - Não quis responder

9. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (só aceita ≥ 30 Kg e < 300 kg)
____, ____ kg 777 não sabe não quis informar

10. Quanto tempo faz que se pesou da última vez?

- menos de 1 semana
- entre 1 semana e 1 mês
- entre 1 mês e 3 meses
- entre 3 e 6 meses
- 6 ou mais meses
- nunca se pesou
- não lembra

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

__ m ____ cm não sabe não quis informar

12. O(a) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (apenas para q6 > 20 anos)

- sim
- não (pule para q14)

13. Qual era? (só aceita ≥ 30 Kg e < 300 kg) _____ kg

o não quis informar

14. A sra está grávida no momento?

- sim
- não
- não sabe

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.

15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

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

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q21)
- nunca (pule para q21)

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

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana

- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q19)
- nunca (pule para q19)

18. Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada:

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

19. 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?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q21)
- nunca (pule para q21)

20. Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:

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

21. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q23)
- nunca (pule para q23)

22. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:

- tirar sempre o excesso de gordura visível
- comer com a gordura
- não come carne vermelha com muita gordura

23. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q25)
- nunca (pule para q25)

24. Quando o(a) sr(a) come frango com pele, o(a) sr(a) costuma:

- tirar sempre a pele
- comer com a pele
- não come pedaços de frango com pele

25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q27)
- nunca (pule para q27)

26. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?

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

27. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial tipo tampico)?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q30)
- nunca (pule para q30)

28. Que tipo?

- normal
- diet/light
- ambos

29. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ou +
- não sabe

30. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias
- quase nunca (pule para q32)
- nunca (pule para q32)

31. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

- integral
- desnatado ou semi-desnatado
- os dois tipos
- não sabe

32. O(a) sr(a) costuma comer fora de casa? (almoço, jantar ou lanche, mas não vale comida levada de casa).

- sim
- não (pule para q37)

33. Quantos dias na última semana, o (a) sr(a) comeu fora de casa?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- Todos os dias da semana
- Nenhum

34. Quantos dias na última semana, o sr (a) almoçou fora de casa?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- Todos os dias
- Nenhum

35. Quantos dias na última semana, o sr (a) jantou fora de casa?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- Todos os dias
- Nenhum

36. 19. Quantos dias na ultima semana, o sr (a) fez um lanche fora de casa?
 1 2 3 4 5 6 Todos os dias Nenhum
37. O(a) sr(a) está fazendo atualmente alguma dieta para perder peso?
 sim (pule para q39) não
38. Nos últimos doze meses, o(a) sr(a) fez alguma dieta para perder peso?
 sim não
39. Atualmente, o(a) sr(a) está fazendo uso ou tomando algum produto ou medicamento para perder peso?
 sim (pule para q41) não
40. Nos últimos doze meses, o(a) sr(a) tomou algum produto ou medicamento para perder peso?
 sim não
41. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?
 sim não sim não (pula para q48)
42. Com que frequência o(a) sr(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?
 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias
 menos de 1 dia por semana
 menos de 1 dia por mês (pule para q48)
43. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 5 doses de bebida alcoólica seriam mais de 5 latas de cerveja, mais de 5 taças de vinho ou mais de 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)
 sim (pule para q45) não (pule para q48)
44. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir mais do que 4 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 4 doses de bebida alcoólica seriam mais de latas de cerveja, mais de 4 taças de vinho ou mais de 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)
 sim não (pule para q48)
45. Em quantos dias do mês isto ocorreu?
 em um único dia no mês em 2 dias em 3 dias em 4 dias
 em 5 dias em 6 dias em 7 ou mais dias Não sabe
46. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?
 sim não
47. Nos últimos 30 dias, qual a quantidade máxima de bebida alcoólica que ingeriu em uma única ocasião? _____ doses Não sabe
48. O(a) sr(a) costuma adicionar sal na comida pronta, no seu prato, sem contar a salada?
 não sim, sempre ou quase sempre sim, de vez em quando

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

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

- sim não (pule para q54) (não vale fisioterapia)

50. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou? **ANOTAR**

APENAS O PRIMEIRO CITADO

- caminhada (não vale deslocamento para trabalho)
 caminhada em esteira
 corrida
 corrida em esteira
 musculação
 ginástica aeróbica
 hidroginástica
 ginástica em geral
 natação
 artes marciais e luta
 bicicleta
 futebol
 basquetebol
 voleibol
 tênis
 outros

51. O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- sim
 não – (pule para q54)

52. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar esporte ou exercício?

- menos do que 3 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias

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

- menos que 20 minutos
 entre 20 e 29 minutos
 30 minutos ou mais

54. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?

- sim não – (pule para q59)

55. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?

- sim não não sabe

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

- sim não não sabe

57. O(a) sr(a) costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho:
 sim não (pule para q59)
58. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar do trabalho?
 menos que 20 minutos
 entre 20 e 29 minutos
 30 minutos ou mais
59. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?
 sim não (pule para q62)
60. O(a) sr(a) costuma ter ajuda para fazer a faxina?
 sim não (pule para q62))
61. A parte mais pesada da faxina fica com:
 o(a) sr(a) ou outra pessoa ambos
62. O(a) sr(a) costuma assistir televisão todos os dias?
 sim (pule para q64) não
63. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma assistir televisão?
 5 ou mais 3 a 4 1 a 2
 não costuma assistir televisão (pule para q65)
64. Quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma assistir televisão?
 menos de 1 hora
 entre 1 e 2 horas
 entre 2 e 3 horas
 entre 3 e 4 horas
 entre 4 e 5 horas
 entre 5 e 6 horas
 mais de 6 horas

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

65. O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:
 excelente,
 bom
 regular
 ruim
 não sabe
 não quis informar
66. Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?
 sim não não lembra
67. E diabetes?
 sim não não lembra

68. E infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)?

- sim não não lembra

69. E colesterol ou triglicérides elevado?

- sim não não lembra

70. E osteoporose (doença/fraqueza dos ossos)?

- sim não não lembra

71. E doenças como asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema?

- sim não (pule para q73) não lembra (pule para q73)

72. E ainda tem? (asma, bronquite asmática, bronquite crônica ou enfisema)

- sim não não sabe

73. A sra já fez alguma vez exame de Papanicolau, exame do colo do útero? (apenas para sexo feminino)

- sim não (pule para q75) não sabe (pule para q75)

74. Quanto tempo faz que a sra fez exame de Papanicolau?

- menos de 1 ano entre 1 e 2 anos entre 2 e 3 anos
 entre 3 e 5 anos 5 ou mais anos não lembra

75. A sra já fez alguma vez mamografia, raio x das mamas? (apenas para sexo feminino)

- sim não (pule para q77) não sabe (pule para q77)

76. Quanto tempo faz que a sra fez mamografia?

- menos de 1 ano entre 1 e 2 anos entre 2 e 3 anos entre 3 e 5 anos
 5 ou mais anos não lembra

77. Quando o(a) sr(a) fica exposto ao sol por mais de 30 minutos, costuma usar alguma proteção?

- sim não (pule para q79)
 não fica exposto mais de 30 minutos (pule para q79)

78. Que tipo de proteção o(a) sr(a) costuma usar?

- filtro solar chapéu, sombrinha ambos

79. O(a) sr(a) fuma?

- sim, diariamente
 sim, ocasionalmente
 não (pule para q83)

80. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?

- 1-4 5-9 10-14 15-19 20-29 30-39 40 ou +

• Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e $\leq q6$)
_____ anos o não lembra

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

- sim (pule para q86) não (pule para q86)

82. O(a) sr(a) já fumou?

- sim (pule para q86) não (pule para q86)

83. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (só aceita ≥ 5 anos e ≤ 66)

_____ anos o não lembra

84. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar? (só aceita ≥ 84 e ≤ 96)

_____ anos o não lembra

Para finalizar, nós precisamos saber:

85. Qual seu estado civil atual?

- solteiro
 casado/ juntado
 viúvo
 separado/divorciado

86. A cor de sua pele é:

- branca
 negra
 parda ou morena
 amarela (apenas ascendência oriental)
 vermelha (confirmar ascendência indígena)
 não sabe
 não quis informar

87. O(a) sr(a) tem celular?

- sim
 não
 não quis informar

88. Existe perto de sua casa algum lugar para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?

- sim não (pule para q92)

89. Este lugar é: (anotar o mais acessível)

- um clube uma academia uma praça ou uma rua ou um parque
 uma escola outros

90. Este lugar é:

- público tem que pagar

91. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa? (não vale extensão)

- sim não (pule a q93)

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

93. Há quanto tempo tem telefone fixo em sua residência?

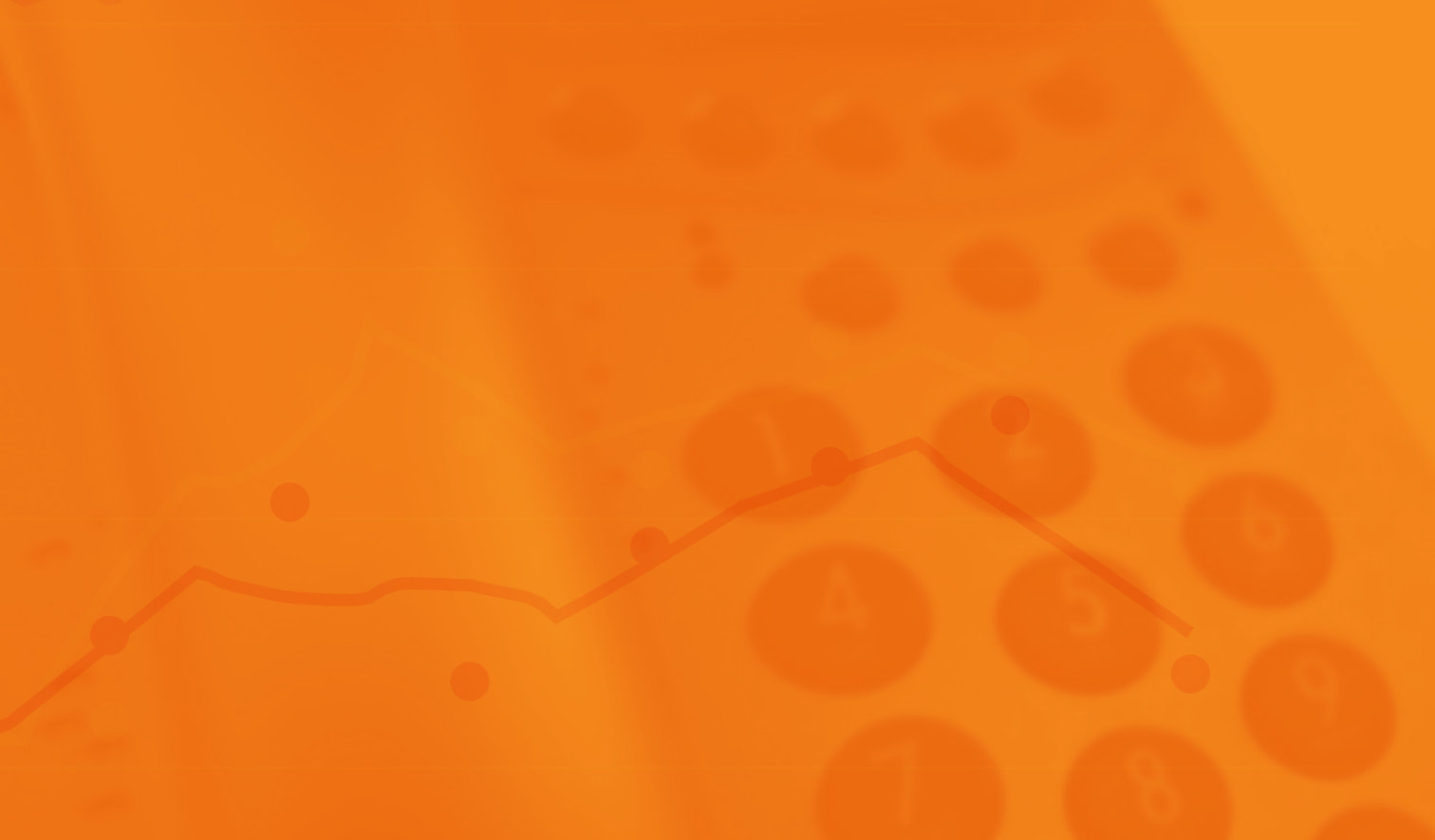
- menos de 1 ano entre 1 e 2 anos entre 2 e 3 anos entre 3 e 4 anos
 entre 4 e 5 anos mais de 5 anos não lembra

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

Se sim: O número é 0800-61-1997.

Observações (entrevistador):

Nota: Mencionar para o entrevistado as alternativas de resposta



ANEXO B

Estimativas para a Distribuição (%) da População Adulta Total e da População Adulta com Telefone, segundo Variáveis Sócio-demográficas. 2000-2007

Estimativas para a Distribuição (%) da População Adulta Total e da População Adulta com Telefone Segundo Variáveis Sociodemográficas. 2000/2007.

Cidade	População adulta	Sexo		Idade (anos)							Anos de escolaridade		
		Masculino	Feminino	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 e+	0-8	9-11	12 e+	
Aracaju	total	45,1	54,9	24,0	26,5	20,7	13,8	7,6	7,5	54,7	30,2	15,1	
(n=2010)	com telefone	39,9	60,1	22,7	21,0	18,8	17,1	11,5	8,8	26,5	40,9	32,6	
Belém	total	46,2	53,8	24,6	27,1	20,2	13,1	7,7	7,3	54,0	34,5	11,5	
(n=2014)	com telefone	41,0	59,0	18,8	22,4	20,9	18,7	10,8	8,5	29,8	47,0	23,2	
Belo Horizonte	total	45,9	54,1	20,9	24,3	21,7	15,0	9,3	8,9	51,6	30,2	18,2	
(n=2010)	com telefone	40,9	59,1	16,6	20,7	18,7	19,9	13,3	10,8	32,5	38,3	29,2	
Boa Vista	total	49,8	50,2	27,4	29,6	21,6	11,7	5,1	4,6	59,2	31,8	9,0	
(n=2011)	com telefone	40,6	59,4	23,5	23,0	21,6	16,2	9,1	6,6	30,4	45,2	24,4	
Campo Grande	total	47,6	52,4	21,6	25,8	22,3	14,4	8,5	7,4	58,1	25,8	16,0	
(n=2009)	com telefone	42,9	57,1	15,7	19,1	19,5	19,8	14,1	11,8	34,7	36,0	29,3	
Cuiabá	total	47,8	52,2	24,1	26,9	22,3	13,7	7,4	5,7	51,1	32,5	16,4	
(n=2008)	com telefone	42,6	57,4	18,2	20,7	21,5	20,0	10,7	8,9	30,0	39,8	30,2	
Curitiba	total	46,7	53,3	20,4	25,3	22,0	15,3	8,9	8,2	47,1	31,3	21,6	
(n=2010)	com telefone	40,8	59,2	15,6	19,4	21,3	20,3	12,2	11,2	32,8	37,5	29,7	
Florianópolis	total	47,4	52,6	20,8	24,2	22,4	15,8	8,8	8,0	41,7	29,8	28,4	
(n=2002)	com telefone	42,0	58,0	16,1	19,7	17,9	21,1	14,4	10,7	22,8	35,5	41,7	
Fortaleza	total	45,0	55,0	22,7	26,4	21,1	13,8	8,0	7,9	59,9	28,4	11,8	
(n=2010)	com telefone	41,6	58,4	19,5	19,9	20,0	17,3	13,5	9,9	29,7	40,3	30,0	
Goiânia	total	46,6	53,4	23,2	26,3	21,5	14,2	8,1	6,6	52,0	31,8	16,1	
(n=2011)	com telefone	42,5	57,5	18,8	20,7	20,0	18,9	11,9	9,7	32,8	35,2	32,0	
João Pessoa	total	45,0	55,0	22,3	25,8	21,1	13,9	8,5	8,5	54,4	28,2	17,5	
(n=2012)	com telefone	39,0	61,0	18,4	19,6	16,5	19,6	13,8	12,1	29,3	36,4	34,2	
Macapá	total	48,5	51,5	28,3	30,2	19,9	10,9	5,6	5,1	56,9	35,5	7,6	
(n=2010)	com telefone	42,8	57,2	25,1	25,1	25,1	25,1	25,1	25,1	28,7	43,8	27,5	
Maceió	total	45,5	54,5	23,3	27,6	21,1	13,6	7,5	6,9	62,4	25,6	12,0	
(n=2013)	com telefone	36,6	63,4	18,4	20,1	19,9	19,9	12,1	9,5	31,6	37,7	30,7	
Manaus	total	48,0	52,0	27,0	29,3	20,8	11,8	6,0	5,2	58,0	33,7	8,4	

Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

(n=2009)	com telefone	45,2	54,8	22,2	25,5	19,8	17,2	9,5	5,8	32,7	48,5	18,8
Natal	total	45,3	54,7	22,3	25,2	21,6	14,1	8,4	8,3	55,8	30,8	13,4
(n=2012)	com telefone	40,8	59,2	19,8	19,9	17,9	18,1	14,7	9,6	29,4	44,2	26,4
Palmas	total	50,3	49,7	29,1	32,1	21,0	10,5	4,7	2,6	54,9	32,9	12,2
(n=2008)	com telefone	43,4	56,6	23,0	24,5	24,3	15,8	8,3	4,1	21,4	35,1	43,5
Porto Alegre	total	45,1	54,9	18,2	21,1	21,6	16,8	10,7	11,6	45,9	27,7	26,5
(n=2002)	com telefone	40,7	59,3	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	14,2	25,8	37,4	36,8
Porto Velho	total	49,4	50,6	25,1	29,1	22,7	12,4	5,9	4,8	60,1	31,2	8,7
(n=2010)	com telefone	42,5	57,5	21,5	21,1	23,6	17,6	9,3	7,0	32,9	40,7	26,4
Recife	total	44,6	55,4	20,7	25,0	21,1	14,6	9,0	9,6	54,8	28,3	17,0
(n=2011)	com telefone	39,6	60,4	17,0	20,0	19,2	18,8	13,0	11,9	27,5	40,5	32,1
Rio Branco	total	47,8	52,2	26,8	28,3	19,8	12,2	6,3	6,5	65,9	24,4	9,7
(n=2010)	com telefone	40,5	59,5	22,1	24,9	20,0	15,9	9,5	7,6	30,3	41,5	28,2
Rio de Janeiro	total	45,5	54,5	17,3	21,6	21,1	16,5	10,9	12,6	50,1	29,7	20,2
(n=2006)	com telefone	40,3	59,7	14,3	17,6	18,5	19,5	13,8	16,3	31,6	39,7	28,7
Salvador	total	45,5	54,5	24,1	26,5	21,6	13,7	7,3	6,8	52,3	35,6	12,1
(n=2010)	com telefone	40,1	59,9	18,3	23,4	20,1	16,6	11,9	9,7	29,8	47,4	22,9
São Luís	total	45,3	54,7	26,8	28,0	20,2	12,0	6,8	6,2	50,0	40,8	9,3
(n=2010)	com telefone	40,7	59,3	23,9	22,2	19,3	17,0	9,6	7,9	26,8	51,6	21,6
São Paulo	total	46,5	53,5	19,8	25,1	21,4	15,3	9,2	9,2	54,5	27,4	18,1
(n=2006)	com telefone	42,0	58,0	15,1	22,2	20,9	18,7	12,6	10,4	36,9	37,2	25,8
Teresina	total	45,1	54,9	25,4	26,4	21,0	13,4	7,1	6,8	60,5	29,7	9,7
(n=2010)	com telefone	41,2	58,8	22,8	21,5	19,2	17,4	9,3	9,8	32,2	42,0	25,8
Vitória	total	45,7	54,3	21,0	22,8	22,5	15,9	8,9	8,9	42,3	33,5	24,3
(n=2010)	com telefone	41,1	58,9	17,8	20,4	18,3	20,5	12,7	10,3	27,5	35,0	37,5
Brasília	total	46,7	53,3	24,8	28,6	21,1	13,4	7,1	5,0	50,1	31,3	18,5
(n=2007)	com telefone	41,1	58,9	18,8	22,4	23,2	16,1	11,8	7,8	28,8	38,4	32,8
Total	total	46,1	53,9	21,3	25,2	21,3	14,7	8,8	8,7	53,1	29,9	16,9
(n=54251)	com telefone	41,2	58,8	19,4	21,3	20,0	18,3	11,7	9,4	29,8	40,7	29,5

Fontes: Amostra de 10% dos domicílios do Censo Demográfico para população adulta em 2000 (IBGE-CD-ROM) e amostra estudada pelo VIGITEL para população adulta com telefone em 2007.

disque saúde:
0800 61 1997

www.saude.gov.br/svs
www.saude.gov.br/bvs



Secretaria de Gestão
Estratégica e Participativa

Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde

