

Hábitos de vida – Uma análise da alimentação, do sedentarismo e do tabagismo

Marcos Novais
Francine Leite

Luiz Augusto Carneiro
Superintendente Executivo

APRESENTAÇÃO

As demandas por serviços médicos são virtualmente ilimitadas, mas os recursos se defrontam com limites estreitos, devendo ainda ser alocados entre diversos fins. Os gastos com saúde têm crescido a taxas superiores à elevação da renda. O crescimento destes gastos é significativamente relacionado ao envelhecimento da população, aos hábitos de vida e à elevação da renda. Os hábitos de vida são escolhas individuais e, portanto, passíveis de intervenção. As escolhas menos saudáveis necessariamente implicam em maior exposição ao risco de doenças e, conseqüentemente, maior é a probabilidade de desenvolver doenças. A proposta deste trabalho é avaliar as mudanças dos hábitos de vida dos brasileiros nos últimos anos e avaliar as implicações sobre a saúde destes.

1 INTRODUÇÃO

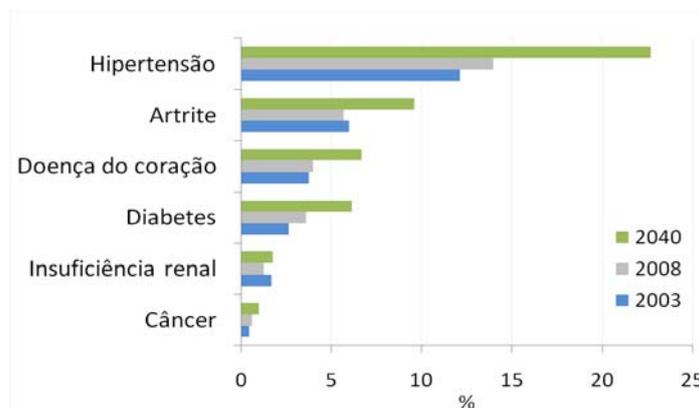
Segundo a OMS¹ (Organização Mundial da Saúde) 1,3 milhão de pessoas morreram de câncer de pulmão em 2004 em todo o mundo. Em 71% dos casos a causa foi o tabagismo. A mesma instituição divulga que 7,5 milhões de pessoas morreram em função de doenças causadas pela hiperglicemia e 3,2 milhões em função de doenças relacionadas à falta de atividade física. De fato, todas essas doenças têm fatores de risco relacionados ao comportamento individual ou hábitos de vida e, em muitos casos, poderiam ter sido evitadas.

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelam que para o período de 2003 a 2008 houve aumento na prevalência das seguintes doenças: câncer (0,4% para 0,6% da população); diabetes (2,6% para 3,6% da população); hipertensão (12,1% para 14,0% da população); e doenças do coração (3,7% para 4,0% da população). Para artrite e insuficiência renal a prevalência decresceu no período (artrite – de 6,0% para 5,7%; insuficiência renal – de 1,7% para 1,3%).

¹ GLOBAL HEALTH RISKS: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Disponível em: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html

Com o envelhecimento da população a situação tende a se agravar. O envelhecimento tende a elevar a prevalência de doenças crônicas (Gráfico 1) e aumentar a demanda por serviços de saúde. O efeito do envelhecimento pode ser mensurado ao se comparar a prevalência de doentes crônicos em 2008 diante da estrutura etária de 2008 com a prevalência de 2008 diante da estrutura etária prevista pelo IBGE para 2040. Estaria implícito nesta análise que a prevalência de doenças por faixa etária não seria alterada. Diante do envelhecimento projetado a prevalência de algumas doenças quase dobram e estima-se que, em 2040, 22,7% da população será hipertensa, 6,7% terá alguma doença do coração, 6,1% será diabética e o câncer acometerá 1% da população.

Gráfico 1 –Prevalência de doenças investigadas – 2003, 2008 e estimativas para 2040



Fonte: PNAD - 2003 e 2008; Estimativas do IESS – 2040.

Um conjunto de fatores de risco contribui para o aparecimento de doenças crônicas (Figura 1). Estes fatores, em destaque na figura 1, são: o hábito alimentar, a inatividade física, o tabagismo, a idade e a hereditariedade. Os fatores de risco podem ser divididos entre os passíveis ou não de modificação pelo indivíduo. Os hábitos alimentares, a prática de atividade física e o tabagismo são escolhas de cada um, enquanto o envelhecimento e as condições de saúde herdadas são imutáveis. Os fatores de risco estão diretamente relacionados às alterações desfavoráveis do funcionamento do corpo que, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de diversas doenças.

A alimentação inadequada e a falta de atividade física podem provocar a obesidade e à hipertensão, por exemplo, e ainda podem desencadear a hiperglicemia (taxa de açúcar elevada) e aumento dos níveis de colesterol (gordura) no sangue. Esses fatores, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de mais doenças crônicas, como a doença isquêmica do coração, diabetes e outras cardiovasculares.

Além disso, uma doença crônica pode estar associada ao desenvolvimento de outras doenças crônicas. Doenças como a hipertensão, hiperglicemia, obesidade e o colesterol - concomitantes ou

não - são fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que está entre as principais causas de morte dos brasileiros [20].

Figura 1 – Cadeia de relacionamento entre fatores de risco e doenças crônicas



Fonte: Adaptação de estudo da OMS [18].

Este trabalho discute e analisa os hábitos de alimentação, atividade física e tabagismo. A escolha de analisar estes fatores está pautada na característica de serem hábitos passíveis de intervenção. Utilizou-se para análise as bases de dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), da POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares) e do Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico). Não há muitas bases, de abrangência nacional, disponíveis para trabalhar estas questões. A PNAD faz análises sobre a prática de atividade física e tabagismo, porém a pesquisa de tabagismo foi realizada somente em 2008, impedindo comparações temporais. A pesquisa por inquérito telefônico do Vigitel² elaborada pelo Ministério da Saúde possui dados somente para o período de 2006 a 2009³. A POF nos permite acompanhar o comportamento alimentar dos brasileiros desde 1961 até 2008. Porém, há algumas restrições de análise, pois somente a partir de 2002 a pesquisa passou a representar todo o território nacional. Portanto, o trabalho utiliza estes bancos de dados em busca das informações pesquisadas, apesar das limitações citadas.

2 HÁBITOS DE VIDA

2.1 Alimentação

A qualidade da dieta está fortemente relacionada à ocorrência de doenças como as cardiovasculares, a diabetes, diferentes tipos de câncer e mesmo a obesidade. Estudos indicam que há uma associação entre o consumo de gorduras saturadas e a ocorrência de doença coronariana

² O Vigitel é um inquérito telefônico que entrevista adultos, com 18 ou mais anos de idade, residentes em uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano. Em 2008 foram entrevistados 54.353 indivíduos.

³ A pesquisa Vigitel de 2009 não foi avaliada neste trabalho. Os resultados da pesquisa para este ano mostram-se muito discrepantes em relação aos números verificados nos anos anteriores. A causa desta diferença poderá ser melhor compreendida quando a pesquisa tiver uma base histórica com maior número de períodos.

[2] e entre o consumo de gordura animal e manifestações de câncer de cólon, próstata e mama [3]. Outros trabalhos apontam que a dieta inadequada em conjunto com a inatividade física estão associadas à obesidade, diabetes e doença coronariana [4].

Os hábitos alimentares dos brasileiros vêm se alterando bastante nos últimos anos⁴. É o que se observa ao acompanhar o comportamento alimentar descrito nas pesquisas da POF. É possível acompanhar esta pesquisa desde 1961 até 2008. A pesquisa referente ao período 1961-1963 foi desenvolvida pela Fundação Getúlio Vargas e as demais pelo IBGE. A ENDEF (Estudo Nacional de Despesas Familiares) cobre o período 1974-1975 e as POFs os períodos de 1987 – 1988, 1995 – 1996, 2002 – 2003 e 2008 – 2009. Desde 2002 a pesquisa tem representatividade nacional.

Os três primeiros inquéritos compreendem o período entre 1961 – 1988 e mostram uma redução no consumo de cereais, feijão, raízes e tubérculos; aumento no consumo de ovos, leite e derivados; além da substituição da banha, bacon e manteiga por óleos vegetais e margarina. Essas mudanças determinaram uma redução na participação dos carboidratos e aumento na participação de lipídios. A proporção total de proteínas manteve-se estável, entretanto, cresceu a participação de proteínas de origem animal. O consumo de lipídios acusado pelo inquérito de 1988 para a região sudeste ultrapassava o limite máximo recomendado pela OMS (30,8% do consumo calórico total quando o recomendado é entre 15%-30%). O consumo de açúcar também excedeu o recomendado (14,5% do consumo calórico total quando o recomendado é entre 0% - 10%) [5].

Entre 1988 e 2003 a participação na dieta aumentou 24,7% para carnes em geral, sendo que a carne bovina aumentou menos que a carne de frango (10,2% ante 28%) e embutidos aumentou 100%. Outros itens que tiveram o consumo aumentado foram: refrigerantes (133,3%), cerveja (66,6%) e refeições prontas (43,7%). A queda no consumo foi verificada para o arroz (-9,2%), feijão e outras leguminosas (-3,4%), raízes e tubérculos (-19,5%), frutas e sucos naturais (-11,1%), verduras e legumes (-25%) e açúcar (-18,2%). A evolução da composição da dieta evidenciou o aumento do teor em gorduras e diminuição do teor de carboidratos. As gorduras saturadas tendem a aumentar continuamente entre os inquéritos e sua participação no consumo de calorias alcançou 9,6% em 2003, valor muito próximo ao limite máximo recomendado, 10% [6].

O último inquérito (2008 – 2009) confirma a tendência observada nas pesquisas anteriores. A pesquisa, quando comparada aos resultados de 2003, evidencia queda no consumo de farinhas, féculas e massas, cereais e leguminosas, incluindo arroz (-40,5%) e feijão (-26,4%) e hortaliças. O consumo de açúcar refinado e cristal também tiveram queda expressiva, -48,3% e 33,9%. Os alimentos preparados e misturas industriais, bem como as bebidas e infusões, apresentaram os maiores aumentos, 37% e 12%, respectivamente. Entre os produtos que apresentaram maior elevação no consumo destacam-se o refrigerante de cola (39,3%) e a cerveja (23,2%) [7].

⁴ Segundo Algazy *et al.* [1] nossos corpos respondem melhor às condições de escassez de alimento do que condições de abundância. Em caso de fome nossos corpos nos encorajam a buscar comida e a conservar energia. No entanto, não há o mesmo esforço para lidar com a abundância de alimento ou incentivos para queimar mais calorias quando há sobrepeso.

2.2 Atividades Físicas

A inatividade física é um fator de risco para as doenças crônicas, como os problemas cardiovasculares, diabetes e câncer. Um dos primeiros estudos que relacionou a prática de atividade física e doença arterial coronariana é datado de 1953. Este trabalho compara as taxas de morte por doenças cardíacas coronarianas entre carteiros e trabalhadores de escritório do serviço postal e entre motoristas e cobradores dos ônibus de dois andares. Os resultados apontam que trabalhadores que têm maior nível de gasto energético apresentam menores taxas de morte [8]. Desde então, muitos outros trabalhos evidenciam que a prática de exercícios reduz significativamente a predominância de doenças crônicas e taxa de mortalidade [10, 11, 12, 13, 14 e 9].

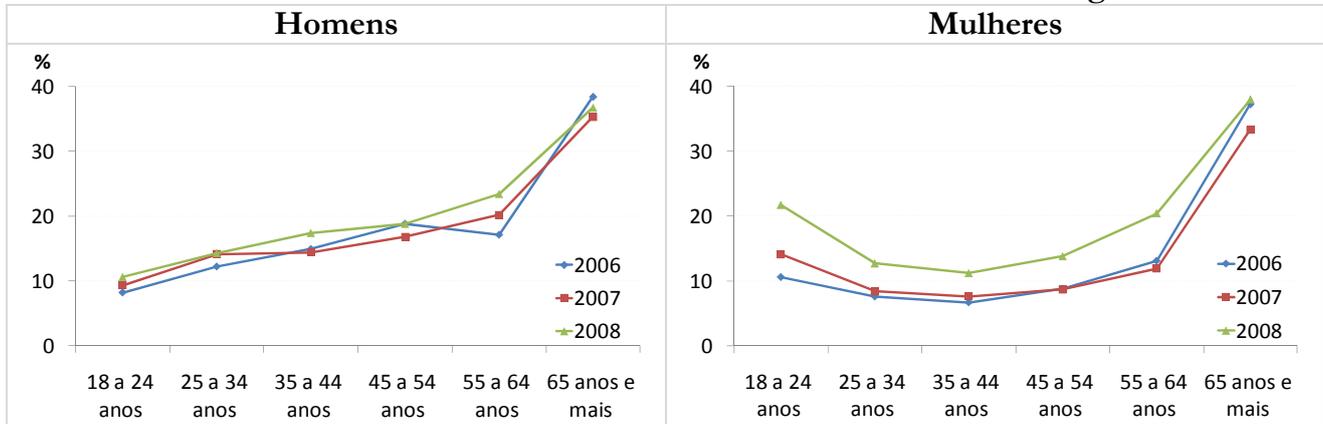
Estudos experimentais têm demonstrado que programas de exercícios físicos melhoram não apenas a aptidão física, mas também os níveis de lipídios sanguíneos, pressão arterial, densidade óssea, composição corporal, sensibilidade à insulina e tolerância à glicose. Assim, parece razoável concluir que a melhoria destas variáveis clínicas poderia levar à redução nas taxas de mortalidade e aumento no tempo de vida saudável das pessoas [10].

No Brasil, a inatividade física enquanto fator de risco para doenças crônicas compete e está mais presente na população do que o tabagismo. Em 2008, segundo dados do Vigitel, 17,4% dos entrevistados não praticavam nenhuma atividade física⁵ enquanto 16,1% se declararam fumantes.

O número de indivíduos que não praticam nenhum tipo de atividade física (sedentários) tem aumentado continuamente nos últimos anos. O Vigitel evidencia este movimento. Em 2006, entre todos os entrevistados, 13,2% relataram não praticar nenhum tipo de atividade física, em 2008 este índice foi de 17,4%. Os gráficos 2 e 3 mostram o percentual de indivíduos fisicamente inativos por sexo e faixa de idade. No decorrer de três anos é possível identificar que as curvas estão se deslocando para cima, ou seja, os indivíduos estão cada vez mais inativos. Este movimento é mais intenso para as mulheres. Percebe-se também que a inatividade física torna-se mais prevalente conforme o envelhecimento, isso ocorre para os homens e para as mulheres. A relação entre idade e inatividade é sempre crescente para os homens. Para as mulheres a inatividade é maior na idade entre 18 e 24 anos e acima de 55 anos.

⁵ A condição de inatividade física foi atribuída aos indivíduos que informaram que: não praticaram atividade física no lazer nos últimos três meses; não realizavam esforços físicos intensos no trabalho; não se deslocavam para o trabalho a pé ou de bicicleta; e não eram responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

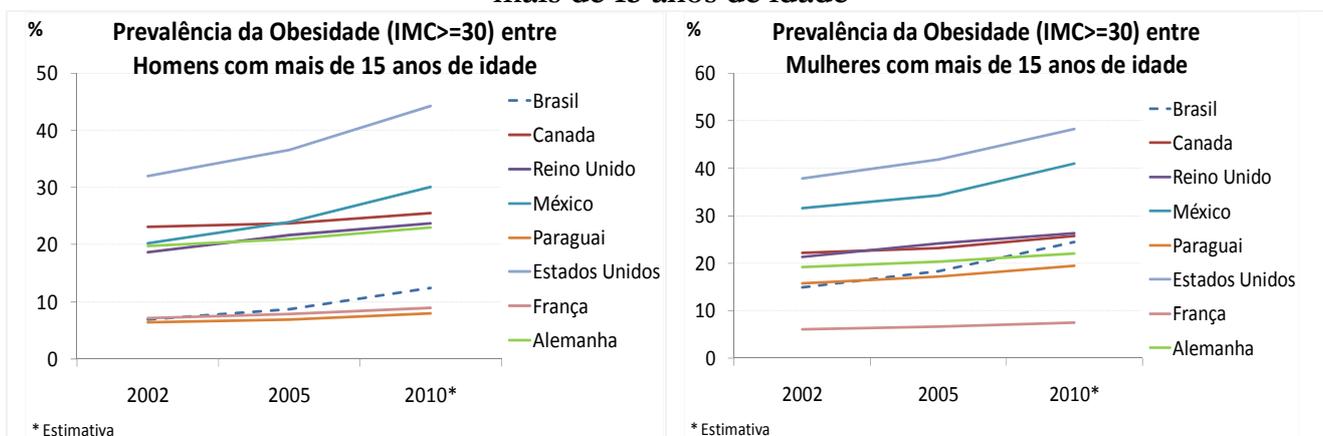
Gráficos 2 e 3 – Percentual de Adultos fisicamente inativos - Vigitel



Fonte: Vigitel (2006, 2007 e 2008).

A alimentação inadequada e a inatividade física têm efeito direto sobre a prevalência da obesidade, que, por sua vez, aumenta os riscos de doenças do coração, doenças do aparelho circulatório, derrames, entre outros. Os dados de piora na alimentação e aumento do sedentarismo observado anteriormente têm efeito sobre a prevalência de obesidade entre os brasileiros. É o que indica os dados da OMS. A OMS aponta que a prevalência de obesos entre a população adulta masculina saltou de 6,9% para 8,7% entre 2002 e 2005 e as estimativas apontam para uma taxa de 12,4% em 2010. Para a população feminina a situação é pior, pois a prevalência de obesas era de 15% em 2002, saltou para 18,3% em 2005 e estima-se que deverá passar para 24,5% em 2010 (Gráficos 4 e 5). O gráfico permite inferir que tanto para homens quanto para as mulheres está havendo um descolamento dos resultados do Brasil em comparação a outros países.

Gráficos 4 e 5 – Prevalência de Obesidade (IMC ≥ 30) entre Homens e Mulheres com mais de 15 anos de idade



Fonte: Global Infobase, OMS.

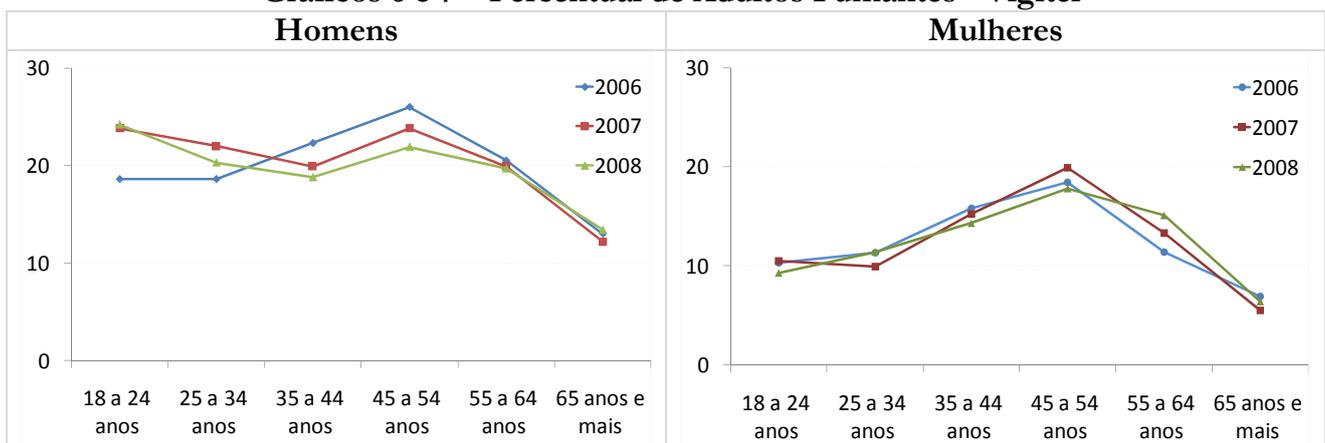
2.3 Tabagismo

O Tabaco é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão, laringe e esôfago [15], além de doenças respiratórias, do coração, AVC (acidente vascular cerebral) e diversas outras tabaco relacionadas [16]. A OMS estima que 4,9 milhões de pessoas morrem a cada ano por doenças causadas pelo tabaco [4]. Estima-se também que a completa eliminação do hábito do fumo aumentaria a expectativa média de vida do norte americano em até 2 anos [17].

Todavia, a prevalência de fumantes tem decrescido em diversos países. Nos EUA, 24,7% da população eram fumantes em 1997 e em 2009 foram apenas 20,6%. Neste país, é esperado que a obesidade tome o espaço do tabaco como principal fator de risco para doenças [18]. No Reino Unido, 31% dos homens e 29% das mulheres fumavam em 1990, já em 2008 estas taxas foram reduzidas para 22% e 21%, respectivamente [21]. Na Austrália, 26% da população eram fumante em 1992, já em 2007 este número foi bastante menor, 19% [22]. No Brasil, a prevalência do tabagismo era de 35% da população em 1989 e em 2006 esta taxa foi de apenas 16% da população [23]. Entre os três fatores de risco estudados, observa-se para o contexto brasileiro que tem havido piora nos hábitos alimentares e aumento no sedentarismo, no entanto, para o tabagismo os resultados são positivos.

Os gráficos 5 e 6 esboçam a prevalência do tabagismo por faixa etária para o período de 2006 a 2008. Para este curto período a prevalência manteve-se constante (16,2% em 2006 e 16,1% em 2008). O comportamento de homens e mulheres e entre as faixas etárias é bastante diferente. Os homens começam a fumar mais cedo e a prevalência na faixa de 18 a 24 anos aumentou no período. As mulheres, por sua vez, começam a fumar mais tarde e a prevalência salta de 9,3% na faixa de 18 a 24 anos para 17,8% na faixa de 45 a 54 anos em 2008. A partir dos 55 anos a prevalência do tabaco tende a reduzir tanto para os homens quanto para as mulheres.

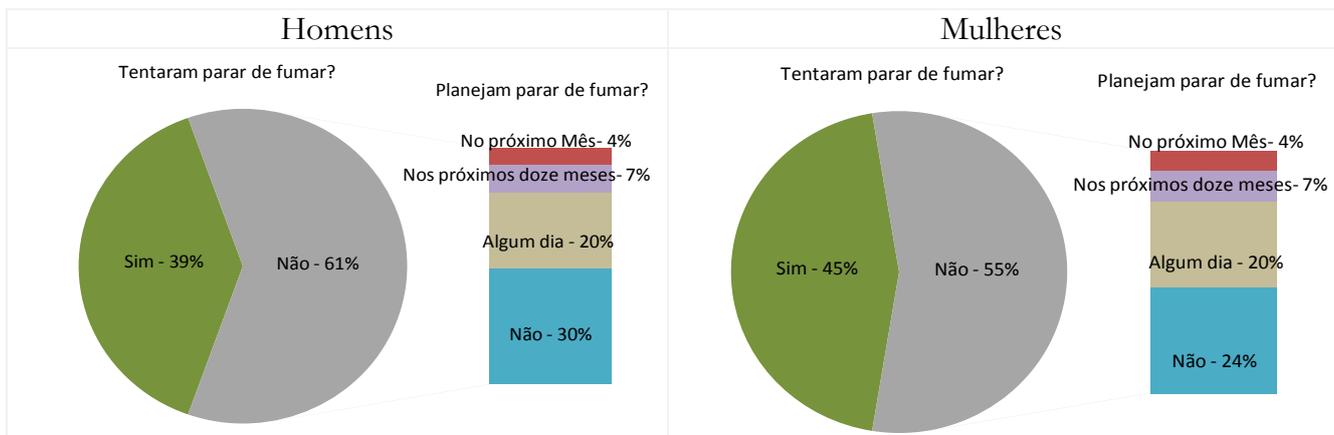
Gráficos 6 e 7 – Percentual de Adultos Fumantes - Vigitel



Fonte: Vigitel (2006, 2007 e 2008).

A pesquisa especial de tabagismo de 2008, que compõem um dos blocos da PNAD, aponta que a maioria dos fumantes homens (70%) e mulheres (76%) tentaram ou desejam parar de fumar. De acordo com a pesquisa, 39% dos homens fumantes tentaram parar de fumar nos últimos doze meses e entre os demais que não tentaram parar 31% planejam fazê-lo. Para as mulheres, 45% já tentaram parar de fumar nos últimos doze meses e 31% planejam fazê-lo.

Gráficos 8 e 9 – Perfis de Homens e Mulheres quanto à cessação do tagismo



Fonte: Elaborado pelo IESS a partir da PNAD (2008).

3 CONSIDERAÇÕES

O trabalho compila importantes indicadores de hábitos de vida e mostra como estes têm evoluído no tempo. No geral, se observa piora nos hábitos de alimentação e de prática de exercícios, enquanto que para o tabagismo houve substantiva melhora. A piora da alimentação e da prática de exercícios pode estar contribuindo para o aumento da prevalência da obesidade registrado pelo indicador da OMS.

O tratamento de doenças que se originam de hábitos inadequados onera todos os participantes do sistema de saúde. Se o doente não é beneficiário de plano de saúde, os custos recaem sobre toda a sociedade; se for beneficiário, os custos serão repartidos entre todos os participantes do mútuo. Vale frisar que mantido constante todas as variáveis que implicam em aumento de doenças, incluindo os hábitos de vida, e considerando apenas o envelhecimento da população, a prevalência de algumas doenças pode até dobrar entre 2003 e 2040. Este expõe o tamanho dos desafios que deverão ser enfrentados logo.

REFERÊNCIAS

- [1] Algazy, J. Gipstein, S. Riahi, F. Tryon, K. **Why governments must lead the fight against obesity.** Mckinsey Quartely, 2010. Disponível em: http://www.mckinseyquarterly.com/Health_Care/Strategy_Analysis/Why_governments_must_lead_the_fight_against_obesity_2687.
- [2] Slaterry, M.L. Randall, D.E. Trends in coronary heart disease mortality and food consumption in the United States between 1909 and 1980. **The American journal of clinical nutrition**, v. 47, p. 1060-1067, 1988.
- [3] Willett, W.C. Diet and health: what should we eat? **Science**, v. 264, p. 532-537, 1994.
- [4] Organização Mundial da Saúde. Food and Agriculture Organization [WHO/FAO]. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. **Technical Report Series**, n. 916, 2003.
- [5] Mondini, L. Monteiro, C. A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962 – 1988). **Revista de Saúde Pública**, v. 28, p.433 – 439, 1994.
- [6] Levy-Costa, R. B. Sichierib, R. Pontesc, N. S. Monteiro, C. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista Saúde Pública**, v. 39, p. 530-540, 2005.
- [7] IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares** - Aquisição Alimentar Domiciliar per capita, Brasil e Grandes regiões.
- [8] Morris, J. N. Crawford, M. D. Coronary heart disease and physical activity of work. I. Coronary heart disease in different occupations, **British Medical Journal**, p. 1053-1057, 1958.
- [9] Pitanga, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e Saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, p. 49 – 54, 2002.
- [10] Chave, S. P. Morris, J. N. Moss, S. Semmence, A. M. Vigorous exercise in leisure time and the death rate: a study of male civil servants. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 32, p. 239-243, 1978.
- [11] Leon, A.S. **et al.** Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death: The Multiple Risk Factor Intervention Trial. **JAMA**, v. 258, p. 2388-2395, 1987.
- [12] Paffenbarger **et al.** The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **New England Journal of Medicine**, v. 328, p. 538-545, 1993.

- [13] Blair S.N. **et al.** Changes in physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy and unhelathy men. **JAMA**, v. 273, p. 1093-1098, 1995.
- [14] Blair, S. N. Cheng, Y. Holder, S. Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits? **Medicine Science in Sports and Exercices**, v. 33, p. S379-S399, 2001.
- [15] Menezes, A. M. Horta, B. L. Oliveira, A. L. B. Kaufmann, R. A. Duquia, R. Diniz, A. Motta, L. H. Centeno, M. S. Estanislau, G. Gomes, L. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **Revista Saúde Pública**, v. 36, p. 129 – 134, 2002.
- [16] Sawicki, W. C. Rolim, M. A. Subsídios para uma atuação preventiva: Conhecimento dos graduandos em enfermagem sobre o tabagismo. **Acta Paul Enf**, v. 17, 2004.
- [17] Silverstein, M. D. Nietert, P. J. Zoller, J. S. Silvestri, G. A. Predicted impact of attaining smoking reduction goals on mortality. **Southern Medical Journal**, v. 94, p. 176-183, 2001.
- [18] Stewart, S. T. Cutler, D. M. Rosen, A. B. Forecasting the effects of obesity and smoking on US life expectancy. **The New England Journal of Medicine**, v. 361, p. 2252-2260, 2009.
- [19] (OMS) **Preventing Chronic Diseases: A vital Investment: WHO Global Report**. 2005. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf.
- [20] Leite, F. Taxas de mortalidade entre beneficiários de planos de saúde e a população brasileira em 2004 e 2005 - O que mudou? Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIESS00242009Mortalidade.pdf>.
- [21] ONS - Office for National Statistics. Disponível em: http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_compendia/GLF08/GeneralLifestyleSurvey2008.pdf.
- [22] Cancer Council Victoria. Disponível em: <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-1prevalence/1-3-prevalence-of-smoking-adults>.
- [23] Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>.