

Sandhi Maria Barreto^I

Valéria Maria Azeredo Passos^{II}

Luana Giatti^{III}

Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil

Healthy behavior among Brazilian young adults

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de características associadas a comportamentos saudáveis em jovens.

MÉTODOS: Foram analisados dados de 14.193 indivíduos com idades entre 18 e 29 anos, referentes ao sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado nas 27 capitais brasileiras em 2006. Foi considerado saudável quem não fuma, pratica atividade física regular e consome frutas/hortaliças cinco ou mais dias na semana. Foi analisada associação entre comportamento saudável com variáveis sociodemográficas e indicadores de saúde. A análise dos dados baseou-se na razão de prevalência obtida por regressão de Poisson.

RESULTADOS: A prevalência de jovens saudáveis foi de 8,0%; 39,6% relataram dois comportamentos saudáveis, 45,3% relataram um, e 7,0% nenhum. Na análise multivariada, o comportamento saudável foi mais freqüente entre participantes com 25-29 anos, escolaridade maior que nove anos de estudo e que relataram haver local para praticar esportes próximo à residência. A freqüência de comportamento saudável foi significativamente menor entre participantes que relataram cor de pele parda ou preta, consumo de leite integral e de carne vermelha ou frango com gordura, estar em dieta e autopercepção da saúde como ruim.

CONCLUSÕES: Indivíduos com menos comportamentos saudáveis percebem sua saúde como ruim, sugerindo que estes comportamentos influenciam negativamente a percepção da própria saúde. O fato de jovens mais saudáveis terem maior escolaridade, serem de cor branca e morarem próximo a local para praticar esportes sugere desigualdades no acesso a práticas saudáveis.

DESCRITORES: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Gênero e Saúde. Fatores Socioeconômicos. Fatores de Risco. Doença Crônica, prevenção & controle. Levantamentos Epidemiológicos. Brasil. Entrevista por telefone.

^I Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina (FM). Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Departamento de Clínica Médica. FM-UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública. FM-UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Sandhi Maria Barreto
Av. Alfredo Balena 190, sala 814
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: sbarreto@medicina.ufmg.br

Recebido: 28/11/2008
Revisado: 26/7/2009
Aprovado: 19/8/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence and factors associated to healthy behavior among young adults.

METHODS: A total of 14,193 respondents aged 18–29 years who participated in the system *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (VIGITEL – Telephone-Based Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases) carried out in 27 Brazilian capitals in 2006 were studied. Healthy behavior was defined as non-smoking, reported regular physical activity and intake of fruits and vegetables five days or more a week. Data analysis was based on prevalence ratios estimated using Poisson regression.

RESULTS: The prevalence of healthy young adults was 8.0%; 39.6% reported two healthy behaviors, 45.3% one; and 7.0% none. In the multivariate analysis, healthy behavior was more commonly seen among those aged 25–29 years with 9 or more years of schooling and who reported engaging in physical activities near home. Inverse associations were found with non-white skin color, consumption of whole milk and fatty meat or poultry, being on a diet, and poor self-perception of health status.

CONCLUSIONS: Young adults who show fewer healthy behaviors perceive their health as poor, which suggests that these behaviors negatively affect their own health perception. Positive associations with higher schooling, white skin color, and living near physical activity facilities indicate social inequalities in access to healthy behaviors.

DESCRIPTORS: Health Knowledge, Attitudes, Practice. Gender and Health. Socioeconomic Factors. Risk Factors. Chronic Disease, prevention & control. Health Surveys. Brazil. Telephone interview.

INTRODUÇÃO

A exposição a fatores de risco comportamentais, como tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo, frequentemente se inicia na adolescência e se consolida na vida adulta.⁶ Estes fatores aumentam o risco de desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as cardiovasculares, diabetes e câncer, principais causas de morbimortalidade na vida adulta. Experiências e exposições ao longo da vida, em especial na infância e juventude, têm repercussões de longo prazo na saúde e podem contribuir para desigualdades em saúde na vida adulta e idosa.^{9,12,16}

Estudos epidemiológicos têm mostrado que as doenças cardiovasculares seriam causa relativamente rara de morte na ausência dos principais fatores de risco. Segundo o estudo *Interheart*, realizado em 52 países, fatores como dislipidemia, cigarro, hipertensão, diabetes, obesidade abdominal, fatores psicossociais, baixo consumo de frutas e hortaliças, consumo abusivo de álcool e inatividade física respondem por 90% do risco atribuível populacional em homens e 94% em mulheres, afetando todas as idades ou países.²⁵

Apesar do conhecimento acumulado e difundido socialmente, é difícil desenvolver um modo de vida mais saudável. De um lado, porque vários fatores de risco estão relacionados ao prazer, são disseminados na mídia e reforçados pelo consumismo da sociedade atual. De outro, o impacto dos fatores de risco comportamentais sobre a saúde é sentido em idades mais avançadas, pois se associam a doenças que se desenvolvem lenta e silenciosamente, e cuja incidência é preponderante na população com idade ≥ 40 anos.

Intervenções de saúde pública devem promover comportamento saudável desde as idades mais jovens e, preferentemente desde a infância. Em 2003 a Organização Mundial de Saúde lançou a “Estratégia Global para a Saúde, Alimentação e Atividade Física”, que, combinada à “Convenção Quadro” para o controle do tabagismo, representam um reconhecimento mundial oficial da importância desses fatores para a saúde e qualidade de vida. Tais acordos internacionais representam um pacto para realizar mudanças políticas, econômicas e sociais, em nível nacional e internacional, que viabilizem e promovam modos de vida saudáveis.

O Brasil tem cerca de 20 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade e 33 milhões de jovens entre 20 e 29 anos.^a Essa população jovem, a maioria em idade produtiva, constitui público-alvo para estratégias de *marketing* da indústria de consumo e lazer. O conhecimento da associação entre fatores demográficos, socioeconômicos e culturais com comportamentos relacionados à saúde de jovens alicerça o estabelecimento de políticas de promoção da saúde e atendimento às demandas específicas dessa população.

O presente estudo teve por objetivo estimar prevalência de comportamento saudável em jovens e os fatores associados.

MÉTODOS

Estudo transversal que utilizou dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL),^b realizado em amostra probabilística da população de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano de 2006 nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal.

O VIGITEL estabeleceu amostra mínima de 2.000 indivíduos com idade ≥ 18 anos por cidade para estimar, com 95% de confiança e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais, a frequência de fatores de risco na população adulta. Considerando uma prevalência de 50%, o erro seria de 2%.^b

A amostragem envolveu as etapas: sorteio sistemático de 5.000 linhas telefônicas por cidade; re-sorteio com 25 réplicas de 200 linhas por cidade e identificação das linhas residenciais elegíveis (ativas); enumeração dos indivíduos com idade ≥ 18 anos residentes no domicílio, mediante concordância dos seus usuários; e sorteio de um deles para entrevista. No total, as 76.330 ligações para linhas elegíveis redundaram em 54.369 (71,1%) entrevistas completas, 21.294 homens e 33.075 mulheres, com taxas de resposta entre 64,4% em Porto Alegre (RS) a 81,0% em Palmas (TO). As ligações sem resposta corresponderam a linhas permanentemente ocupadas, com sinal de fax ou conectadas à secretária eletrônica, ou impossibilidade de encontrar o indivíduo sorteado no domicílio após dez tentativas. A taxa de recusas foi de 9,1%, variando de 5,4% em Palmas a 15,0% em Porto Alegre. O número de adultos entrevistados pelo VIGITEL em 2006 foi de 54.369, 21.294 homens e 33.075 mulheres.

As entrevistas telefônicas basearam-se em questionário estruturado preenchido em computadores por entrevistadores treinados e continuamente supervisionados.^c

A metodologia do inquérito foi publicada por Moura et al (2008).¹⁹

Do total de entrevistas (54.369) realizadas pelo Vigitel, foi estudada uma amostra de 14.193 com idade entre 18 e 29 anos, excluindo as grávidas (n=280) e os indivíduos de cor da pele amarela (n=67) e vermelha (n=9).

A variável dependente “comportamento saudável” foi definida por: praticar atividades físicas no lazer, de intensidade leve ou moderada por pelo menos 30 min diários, em cinco ou mais dias por semana, ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 20 min diários em três ou mais dias da semana; consumir regularmente frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana; e não fumar. Os participantes que não atenderam a uma ou mais dessas condições foram considerados não saudáveis.

As variáveis independentes foram agrupadas em: sociodemográficas, comportamentais e indicadores de saúde. As sociodemográficas foram: sexo, faixa etária (18-24, 25-29 anos), cor da pele auto-referida (branca, preta e parda), estado civil (solteiro, casado, separado/divorciado/viúvo), escolaridade (0-8, 9-11, ≥ 12 anos de estudo), trabalhar (sim, não) e ter local para realizar caminhada, exercício ou esporte perto de casa (sim, não). Variáveis comportamentais incluíram: consumo habitual de carne vermelha e/ou frango com gordura (sim, não), hábito de tomar leite integral (sim, não) e consumo excessivo de álcool (>5 doses em homens e >4 em mulheres nos 30 dias anteriores à entrevista). Os indicadores de saúde foram: índice de massa corporal, calculado com base em peso e altura auto-referidos ($IMC < 25$, 25-29 e > 30 kg/m²); relato de estar em dieta alimentar atual (sim, não) e nos últimos 12 meses (sim, não); diagnóstico médico de hipertensão (sim, não) e diabetes (sim, não); e auto-avaliação da saúde (excelente, boa, regular, ruim).

A associação entre comportamento saudável e variáveis independentes foi medida por meio do teste de qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 0,05. Foi realizada análise univariada por meio da razão de prevalência obtida por regressão de Poisson, com variância robusta. A análise multivariada foi feita inicialmente por grupo de variáveis independentes, com todas aquelas associadas ao comportamento saudável com $p < 0,20$ na análise univariada. O modelo

^a Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Demográficas e Socioeconômicas. Brasília; 2006 [citado 2008 jan 06]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtom.exe?ibge/cnv/popuf.def>

^b Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006. 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 2006. Brasília; 2007.

^c O questionário está disponível no site <http://hygeia.fsp.usp.br/nupens/questionario2006.pdf>.

final foi testado com todas as variáveis que permaneceram estatisticamente associadas ($p < 0,05$) nas análises intermediárias.

Para corrigir as diferentes probabilidades de seleção amostral em decorrência do número de linhas telefônicas no domicílio e do número de indivíduos residentes foram atribuídos pesos a cada indivíduo. Como a cobertura de telefonia fixa não é universal, foi também atribuído um fator de ponderação para aproximar a composição sociodemográfica da amostra à composição da população com idade ≥ 18 anos de cada cidade. Além disso, incorporou-se outro fator de ponderação que considera as diferenças entre o contingente populacional e o número semelhante de indivíduos amostrados em cada cidade.¹⁹ A análise foi feita no *software* Stata (versão 9.2) utilizando o procedimento “svy” (com fatores de ponderação) adequado para análises de dados obtidos por plano amostral complexo.

Por se tratar de entrevista por telefone, substituiu-se o consentimento livre e esclarecido pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contatos telefônicos com os entrevistados. O VIGITEL foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde.¹⁹

RESULTADOS

Dos 14.193 participantes do estudo, 50,8% (IC 95%:48,7;53,0) eram mulheres e 49,2% (IC 95%:47,0;51,3), homens. No total, apenas 8,0% (IC 95%:7,1;8,9) dos jovens foram considerados saudáveis. Dentre os demais, 39,6% relataram a concomitância de dois dos comportamentos, 45,3% relataram um comportamento saudável, e 7,0%, nenhum dos três comportamentos saudáveis analisados.

Não fumar foi o comportamento saudável mais freqüente (85,5%), seguido pela prática regular de atividade física (46,4%); o consumo regular de frutas e hortaliças foi o comportamento saudável menos freqüente (16,6%).

Na análise univariada, o comportamento saudável entre adultos jovens associou-se positivamente à faixa etária de 25 a 29 anos, à maior escolaridade e à presença de local para prática de caminhada, exercício ou esportes perto da residência. O relato de cor de pele parda ou preta e o estado civil divorciado/separado/viúvo apresentaram associação negativa com comportamento saudável. Sexo não foi associado ao comportamento saudável (Tabela 1).

Os jovens que apresentavam comportamento saudável relataram consumo excessivo de álcool, consumo de carne vermelha ou de frango com gordura e de leite integral com menor freqüência. Também foi menos freqüente o relato de estar em dieta atual e ter realizado dieta nos 12 meses anteriores à entrevista (Tabela 2).

Comportamento saudável esteve negativamente associado à auto-avaliação da saúde, havendo um gradiente nessa associação. Não houve associação entre comportamento saudável e a presença de obesidade, hipertensão ou diabetes (Tabela 3).

Na análise multivariada, o comportamento saudável foi mais freqüente entre adultos na faixa etária de 25-29 anos, com escolaridade entre nove e 11 anos e ≥ 12 anos e que relataram a presença de local para prática de esportes próximo à residência. Foi observada associação inversa com cor de pele parda ou preta, consumo de leite integral e de carnes com gordura e estar em dieta alimentar. Manteve-se também a associação negativa entre comportamento saudável e auto-avaliação de saúde (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram baixa prevalência do comportamento saudável entre os adultos jovens estudados. O comportamento saudável foi influenciado por características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e estado civil), pela disponibilidade de local para praticar esporte e a auto-avaliação de saúde. Além disso, foi associado negativamente a outros comportamentos relacionados com a saúde, como o consumo de risco de bebidas alcoólicas.

A prevalência de prática de atividade física regular foi próxima às encontradas em outros estudos com adultos jovens; a freqüência de não fumantes foi mais elevada. O consumo de frutas e hortaliças não pode ser comparado, pois estudos realizados entre jovens de outros países mensuram o consumo diário desses alimentos. Nos Estados Unidos, 78% dos participantes entre 18-24 anos do inquérito nacional de comportamento de risco consumia menos que cinco porções de frutas e verduras por dia, 43% relataram atividade física insuficiente e 29% eram fumantes.²⁴ Entre universitários alemães, mais de 95% comiam menos de cinco porções de frutas e verduras ao dia, 60% não praticavam suficiente atividade física e 31% eram fumantes.¹³

No presente estudo, a prevalência de tabagismo também foi menor que a encontrada em indivíduos de faixa etária similar no Chile⁵ e em outros países latino-americanos.²³ Esta prevalência inferior à de vários países ocidentais acompanha a tendência de redução da prevalência do tabagismo no Brasil, atribuída ao sucesso das políticas públicas anti-tabágicas em curso há mais de duas décadas. A proibição de fumar em bares e restaurantes pode reduzir ainda mais a prevalência de tabagismo em jovens. Estudos têm mostrado que adultos jovens são mais suscetíveis a parar de fumar que adultos mais velhos, especialmente se as dificuldades desta prática são aumentadas.⁷ Revisão sistemática sobre a eficácia de intervenções para cessação do

Tabela 1. Comportamento saudável segundo aspectos sociodemográficos e disponibilidade de local para realizar esportes na vizinhança em jovens de 18-29 anos de idade. Brasil, 2006. (N=14.193)

Variável	Comportamento saudável % (IC 95%)	p	RP (IC 95%)
Sexo			
Masculino	7,4 (6,3;8,7)		1
Feminino	8,6 (7,3;10,0)	0,2038	1,16 (0,92;1,45)
Faixa etária (anos)			
18 a 24	7,0 (6,0;8,2)		1
25 a 29	9,7 (8,2;11,3)	0,0044	1,39 (1,11;1,74)
Escolaridade (anos)			
0 a 8	4,9 (3,5;6,7)		1
9 a 11	7,8 (6,8;9,0)		1,61 (1,13;2,28)
12 e +	16,6 (14,3;19,1)	<0,0001	3,40 (2,39;4,85)
Cor de pele^a			
Branca	11,2 (9,6;13,2)		1
Parda	6,0 (5,1;7,0)		0,53 (0,42;0,67)
Preta	6,4 (3,9;10,3)	<0,0001	0,57 (0,34;0,95)
Estado civil			
Solteiro	7,9 (7,1;8,9)		1
Casado	8,6 (6,4;11,3)		1,08 (0,80;1,47)
Divorciado/separado/viúvo	3,3 (1,5;7,0)	0,2244	0,42 (0,19;0,90)
Trabalha			
Não	8,1 (7,0;9,4)		1
Sim	7,7 (6,5;9,1)	0,6213	0,95 (0,76;1,18)
Local para praticar esportes			
Não	8,8 (7,7;9,9)		1
Sim	5,4 (4,1;6,9)	0,0006	1,64 (1,23;2,19)

^a Informação disponível para 13.181 jovens

tabagismo em jovens indicou maior sucesso das iniciativas conjugadas de cunho individual, institucional ou comunitário, apesar do pequeno número de estudos controlados e heterogeneidade de métodos.⁷

O combate ao tabagismo é importante tanto pelo seu efeito deletério sobre a saúde quanto pela associação do tabagismo com outros fatores de risco. Estudo prospectivo com mulheres de 20 a 29 anos mostrou risco aumentado de apresentar consumo excessivo de álcool entre as fumantes, e este risco foi ainda maior entre aquelas com iniciação sexual aos 15 anos.¹⁸ A associação do comportamento saudável com menor consumo de álcool, no presente estudo, reforça esse achado.

A adoção de hábitos alimentares saudáveis e a atividade física têm início na infância, mas são consolidados na adolescência.³ No presente estudo, o grande percentual de jovens com alimentação inadequada reflete a disseminação do *fast food*, a grande disponibilidade de alimentos industrializados, o elevado preço e a dificuldade de conservação dos alimentos frescos. Além disso, o comportamento saudável esteve inversamente

associado ao consumo de carnes com gordura e leite integral. Apesar das iniciativas de promoção de alimentação saudável no País, problemas como renda, frequência de refeições fora de casa, e baixa adesão a alimentos saudáveis das cantinas em locais de trabalho e escola dificultam as mudanças de hábitos alimentares.

No Brasil, a insegurança alimentar é paradoxalmente associada aos maiores índices de obesidade, principalmente em mulheres, e mudanças deste panorama só são possíveis com políticas de prevenção da pobreza e redução de desigualdades.^{8,14}

O impacto positivo da educação nutricional em famílias de baixa renda foi demonstrado em ensaio comunitário controlado, no qual a intervenção com informação e oficinas culinárias aumentou o consumo de frutas e hortaliças.¹⁰

A atividade física reduz a morbidade ao longo da vida. Embora as pessoas reconheçam sua importância, muitos alegam falta de tempo, inibição em participar

Tabela 2. Comportamento saudável segundo fatores relacionados ao modo de vida em jovens de 18-29 anos de idade. Brasil, 2006. (N=14.193)

Variável	Comportamento saudável % (IC 95%)	p	RP (IC 95%)
Excesso de álcool			
Não	5,7 (4,4;7,4)		1
Sim	8,6 (7,6;9,7)	0,0046	0,66 (0,50;0,89)
Consumo habitual de carne com gordura			
Não	10,0 (8,8;11,4)		1
Sim	5,6 (4,5;7,0)	<0,00001	0,56 (0,43;0,73)
Toma leite integral			
Não	10,4 (8,7;12,3)		1
Sim	6,5 (5,7;7,4)	0,0001	0,63 (0,50;0,79)
Em dieta atual			
Não	14,6 (10,8;19,4)		1
Sim	7,1 (6,3;8,0)	<0,00001	0,49 (0,35;0,67)
Fez dieta nos últimos 12 meses ^a			
Não	11,5 (8,6;15,3)		1
Sim	6,6 (5,8;7,5)	0,0006	0,57 (0,42;0,79)

^a Informação disponível para 12.487 jovens

de atividade física coletiva, inabilidade para a prática de exercícios e falta de prazer nesta prática.^{1,2} Além disso, a prática de atividade física pode ser influenciada pelas oportunidades e recursos disponíveis. No presente estudo, o comportamento saudável foi positivamente influenciado pela disponibilidade de local adequado à prática de atividade física perto de casa. Estudo sobre usuários de um serviço de saúde mostrou que viver

perto de pistas de caminhada ou bicicleta aumenta a chance de prática de atividade física.²² Ademais, o convívio com pessoas praticando atividade física estimula os demais a praticá-la.²⁰

Nossos resultados indicam que comportamentos saudáveis entre jovens foram associados ao seu nível de escolaridade e cor da pele. Em estudo com adultos jovens

Tabela 3. Comportamento saudável segundo indicadores de saúde em jovens de 18-29 anos de idade. Brasil, 2006. (N=14.193)

Variável	Comportamento saudável % (IC 95%)	p	RP (IC 95%)
Auto-avaliação da saúde ^a			
Excelente	12,5 (9,8;15,8)		1
Boa	8,5 (7,4;9,9)		0,68 (0,52;0,90)
Regular	4,5 (3,4;5,8)		0,36 (0,25;0,51)
Ruim	1,4 (0,6;3,4)	<0,0001	0,11 (0,04;0,28)
Hipertensão			
Não	8,1 (7,2;9,1)		1
Sim	6,0 (4,0;8,9)	0,1531	0,74 (0,49;1,12)
Diabetes			
Não	8,0 (7,1;8,9)		1
Sim	10,0 (3,8;2,4)	0,6391	1,26 (0,49;3,23)
Obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²) ^b			
Não	8,1(7,3;9,1)		1
Sim	7,2 (4,4;11,6)	0,6260	0,88 (0,54;1,45)
Sobrepeso (25<IMC<30 kg/m ²) ^b			
Não	7,7 (6,8;8,8)		1
Sim	9,1 (7,3;11,2)	0,2069	1,17 (0,92;1,50)

^a Informação disponível para 14.165 jovens

^b Informação disponível para 13.329 jovens

IMC: Índice de massa corporal

finlandeses observou-se que a escolaridade foi o fator mais fortemente associado ao tabagismo.¹⁵ No Reino Unido, comportamentos mais saudáveis em crianças e jovens foram positivamente associados com condições socioeconômicas mais favoráveis.⁴ Diferentemente de outros estudos,^{11,21} não identificamos associação entre a situação de trabalho e comportamento saudável.

Na Finlândia, tem-se observado aumento na prevalência de síndrome metabólica em jovens com idade de 24 a 39 anos, especialmente entre os homens.¹⁵ No Brasil, o VIGITEL e outros inquéritos populacionais permitirão monitorar tendências da prevalência de comportamentos de risco ao longo do tempo e orientar medidas específicas para esse grupo etário.

Inquéritos realizados por via telefônica apresentam vantagens de menor custo e maior facilidade de acesso a locais distantes. Entretanto, oferecem desvantagens com relação à representatividade dos participantes, visto que o acesso à telefonia fixa não é universal no Brasil e populações mais pobres foram sub-representadas. A estimativa de cobertura por rede de telefonia fixa varia, respectivamente, de 31,4% a 89,9% no menor e maior quintis de distribuição da renda familiar *per capita* dos domicílios das cidades participantes do VIGITEL.²⁰ No mesmo sentido, nos Estados Unidos, identificou-se queda na participação de jovens em inquéritos telefônicos, possivelmente devido ao grande crescimento no uso do telefone celular nessa faixa etária.¹⁶ No Brasil,⁴ o efeito da cobertura telefônica sobre estimativas de prevalência em inquéritos populacionais implicou vícios desprezíveis nas regiões metropolitanas com cobertura igual ou superior a 70% nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Entretanto, as baixas taxas de cobertura de linhas telefônicas residenciais nas regiões Norte e Nordeste podem levar a obtenção de estimativas viciadas que não correspondem às realidades estudadas. Por esta razão, mesmo utilizando um fator de ponderação para aproximar a composição sociodemográfica da amostra à composição da população na análise, optou-se por não estratificar os dados por regiões no presente estudo.

A despeito da importância desta participação diferencial sob inferências locais, a alta taxa de resposta alcançada pelo VIGITEL contribuiu para a qualidade dos dados. Considerando que a prevalência de comportamento saudável é ainda menor nas populações mais pobres, geralmente excluídas do acesso à telefonia fixa residencial, a prevalência dos comportamentos saudáveis examinados pode estar superestimada, o que torna os resultados do presente trabalho ainda mais preocupantes.

Como em todo estudo transversal, as associações encontradas não indicam causalidade. Contudo, conhecer as características associadas a comportamentos saudáveis é fundamental para identificar grupos com necessidades específicas e orientar políticas públicas, estabelecendo o monitoramento adequado destes comportamentos.

Tabela 4. Análise multivariada de características associadas à presença de comportamento saudável em jovens de 18-29 anos de idade. Brasil, 2006. (N=14.154)

Característica	Comportamento saudável	
	RP	(IC 95%)
Faixa etária (anos)		
18 a 24	1	
25 a 29	1,28	(1,02;1,60)
Escolaridade (anos)		
0 a 8	1	
9 a 11	1,51	(1,08;2,10)
≥12	2,32	(1,61;3,32)
Cor de pele		
Branca	1	
Parda	0,70	(0,55;0,87)
Preta	0,70	(0,41;1,17)
Existência de local para praticar esportes		
Não	1	
Sim	1,56	(1,18;2,07)
Excesso de álcool		
Não	1	
Sim	0,71	(0,54;0,93)
Consumo habitual de carne com gordura		
Não	1	
Sim	0,68	(0,53;0,87)
Consumo de leite integral		
Não	1	
Sim	0,72	(0,58;0,90)
Em dieta atual		
Não	1	
Sim	0,51	(0,38;0,70)
Auto-avaliação da saúde		
Excelente	1	
Boa	0,70	(0,55;0,90)
Regular	0,42	(0,30;0,59)
Ruim	0,14	(0,06;0,36)

O declínio das taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares em todo o mundo deve-se à adoção de medidas preventivas e melhor assistência médica.

Entretanto, muito dos determinantes das DCNT escapam à ação médica tradicional. Apenas 4% de mortes prematuras resultam de tratamento médico inadequado. Em contraste, 40% das mortes prematuras são atribuídas a comportamentos individuais, incluindo padrões de dieta, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e drogas ilícitas, além do comportamento sexual.¹⁷

No presente estudo, a pequena proporção de adultos jovens com comportamento saudável mostra a

necessidade de ações que promovam comportamentos e modos de vida saudáveis. Tais ações serão efetivas apenas se combinadas a estratégias coletivas para facilitar o acesso a essas práticas. Muitas das iniciativas de prevenção dependem de políticas que geralmente são externas ao mundo da política de saúde tradicional. Como exemplo, podemos citar a taxação de produtos derivados do tabaco, a regulamentação da indústria

alimentícia, políticas de segurança pública e investimentos que permitam acesso a áreas de lazer e atividade física.¹⁷ Devem também ser consideradas as preferências pessoais de jovens que vivem sob grande influência de uma cultura do prazer rápido, fácil e comprável.¹⁷ O entendimento de questões sociais, culturais e antropológicas é fundamental para o sucesso de estratégias específicas de prevenção voltadas para jovens e escolares.

REFERÊNCIAS

- American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 1998;30(6):992-1008.
- Andersen RE. Exercise, an Active lifestyle and obesity. *Phys Sportsmed.* 1999;27(10):32-41.
- Batty DG, Leon DA. Socio-economic position and coronary heart disease risk factors in children and young people. Evidence from UK epidemiological studies. *Eur J Public Health.* 2002;12(4):263-72. DOI:10.1093/eurpub/12.4.263
- Bernal R, Silva NN. Cobertura de linhas telefônicas residenciais e vícios potenciais em estudos epidemiológicos. *Rev Saude Publica.* 2009;43(3):421-6. DOI:10.1590/S0034-89102009005000024
- Bustos P, Amigo H, Arteaga A, Acosta AM, Rona RJ. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos. *Rev Med Chil.* 2003;131(9):973-80.
- Chen K, Kandel DB. The natural history of drug use from adolescence to mid-thirties in a general population sample. *Am J Public Health.* 1995;85(1):41-7.
- Delnevo CD, Gundersen DA, Hagman BT. Declining estimated prevalence of alcohol drinking and smoking among young adults nationally: artifacts of sample undercoverage? *Am J Epidemiol.* 2008;167(1):15-9. DOI:10.1093/aje/kwm313
- Dinour LM, Bergen D, Yeh MC. The food insecurity-obesity paradox: a review of the literature and the role food stamps may play. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(11):1952-61. DOI:10.1016/j.jada.2007.08.006
- Elo IT, Preston SH. Effects of early-life conditions on adult mortality: a review. *Popul Index.* 1992;58(2):186-212. DOI:10.2307/3644718
- Jaime PC, Machado FMS, Westphal MF, Monteiro CA. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. *Rev Saude Publica.* 2007;41(1):154-7. DOI:10.1590/S0034-89102006005000014
- Hammarström A. Health consequences of youth unemployment. *Public Health.* 1994;108:403-12.
- Kannel WB, Wilson PW. Comparison of risk profiles for cardiovascular events: implications for prevention. *Arc Intern Med.* 1997;42:39-66.
- Keller S, Maddock JE, Hannöver W, Thyrian JR, Basler HD. Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Prev Med.* 2007;46(3):189-95. DOI:10.1016/j.jpmed.2007.09.008
- Martin KS, Ferris AM. Food insecurity and gender are risk factors for obesity. *J Nutr Educ Behav.* 2007;39(1):31-6. DOI:10.1016/j.jneb.2006.08.021
- Mattsson N, Rönnemaa T, Juonala M, Viikari JS, Raitakari OT. The prevalence of the metabolic syndrome in young adults. The cardiovascular Risk in Young Finns Study. *J Intern Med.* 2007;261(2):159-69. DOI:10.1111/j.1365-2796.2006.01752.x
- McCracken M, Jiles R, Blanck HM. Health behaviors of the young adult U.S. population: behavioral risk factor surveillance system, 2003. *Prev Chronic Dis.* 2007;4(2):A25.
- McGinnis MJ, William-Russo P, Knickam JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood).* 2002;21(2):78-93. DOI:10.1377/hlthaff.21.2.78
- Morgen CS, Bové KB, Larsen KS, Ger Kjær SK, Grønbaek M. Association between smoking and the risk of heavy drinking among young women: a prospective study. *Alcohol Alcohol.* 2008;43(3):371-5. DOI:10.1093/alcalc/agn001
- Moura EC, Neto OLM, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(Supl 1):20-37. DOI:10.1590/S1415-790X2008000500003
- Pierce Jr JR, Denison AV, Arif AA, Rohrer JE. Living near a trail is associated with increased odds of walking among patients using community clinics. *J Community Health.* 2006;31(4):289-302. DOI:10.1007/s10900-006-9014-8
- Reine I, Novo M, Hammarström A. Does the association between ill health and unemployment differ between young people and adults? Results from a 14-year follow-up study with a focus on psychological health and smoking. *Public Health.* 2004;118:337-45.
- Ross C. Walking, exercising, and smoking: does neighborhood matter? *Soc Sci Med.* 2000;51(2):265-74. DOI:10.1016/S0277-9536(99)00451-7
- Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinuesa R, Silva Ayçaguer LC, et al. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med.* 2008;121(1):58-65. DOI:10.1016/j.amjmed.2007.08.038
- Solberg LI, Boyle RG, McCarty M, Asche SE, Thoele MJ. Young adult smokers: are they different? *Am J Manag Care.* 2007;13(11):626-32.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):937-52. DOI:10.1016/S0140-6736(04)17018-9

SM Barreto e VMA Passos foram apoiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – nº 300908/95 e 300159/99-4, respectivamente; bolsa de produtividade em pesquisa).

L Giatti foi apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa PRODOC).

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.