

Tendência Temporal de Fatores de Risco e Proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis - VIGITEL 2006 - 2017

Dezembro 2019

Esta é uma publicação do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (NDANT) da Divisão de Vigilância Epidemiológica – DVE / COVISA

A Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças, sendo de suma importância o monitoramento dos seus fatores de risco e proteção por meio de Inquéritos Populacionais.

Neste sentido o VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, que tem como objetivo monitorar anualmente a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para as DCNT é fundamental fonte de informação para o trabalho da vigilância. Trata-se de um inquérito realizado pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2006, em indivíduos com 18 anos de idade e mais, nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.

Sabe-se que um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças. Dentre eles destacam-se a obesidade (também uma doença), consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras, inatividade física, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e tabagismo, sendo esses fatores modificáveis mediante Políticas Públicas intersetoriais e estratégias populacionais.

Neste contexto, a equipe técnica do Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (NDANT) elaborou este boletim que trata da série temporal do VIGITEL 2006-2017 para o Município de São de Paulo (MSP). Este trabalho contempla indicadores que proporcionam o monitoramento de algumas das principais metas nacionais apontadas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil – 2011-2022 (MS, 2011). São elas: deter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; reduzir a prevalência de tabagismo.

Para análise de tendência da série temporal as variações anuais dos indicadores foram estimadas pelo modelo de regressão Prais Winstein, utilizando o Programa Stata 14. Resultados com Intervalos de Confiança (IC) são apresentados na **tabela 1**.

Prevalência de obesidade e excesso de peso

A obesidade é considerada uma doença crônica de caráter multifatorial, bem como fator de risco para outras doenças crônicas. Fatores ambientais, modos e estilos de vida não saudáveis desempenham papel importante em seu desenvolvimento. A obesidade é uma pandemia global, sendo considerada um dos maiores problemas de Saúde Pública da atualidade.

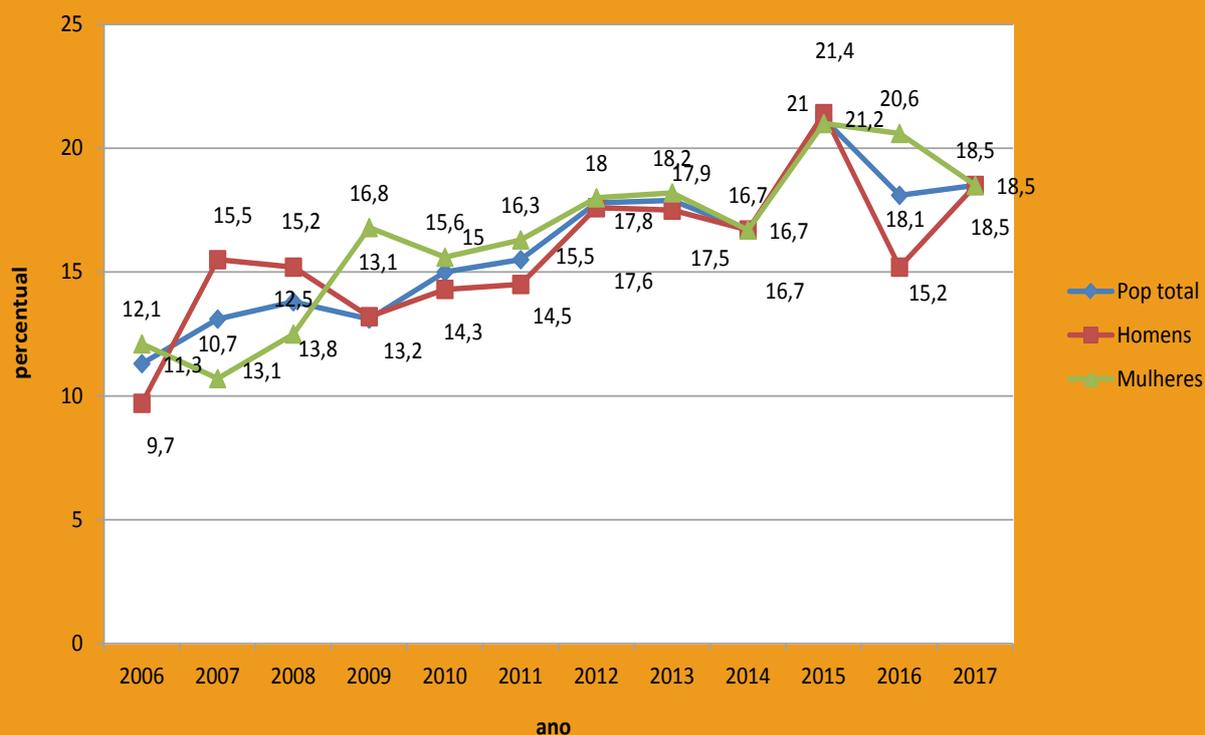
Foram considerados com obesidade os indivíduos com índice de massa corporal (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ e com excesso de peso aqueles com IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ (inclui os indivíduos com sobrepeso e obesidade), calculados a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos. O ponto de corte seguiu o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995).

Em 2006, a prevalência de obesidade entre os paulistanos era de 11,3%, e em 2017 passou para 18,5%. O excesso de peso também aumentou no período citado, em 2006 era de 44,3% e, em 2017 mais da metade dos paulistanos apresentavam esta condição (54,8%) (Gráficos 1 e 2).

A análise de tendência demonstrou que no período de 2006 a 2017, houve um aumento percentual anual de 4,84 na prevalência de obesidade e de 2,15 na prevalência de excesso de peso na população adulta do MSP. (**Tabela 1**)

A análise por sexo revelou aumento da obesidade e do excesso de peso entre homens e mulheres, sendo que para as mulheres o aumento foi maior para os dois indicadores (obesidade: 5,25% x 3,77%; excesso de peso: 2,75% x 1,75%) (**Tabela 1**)

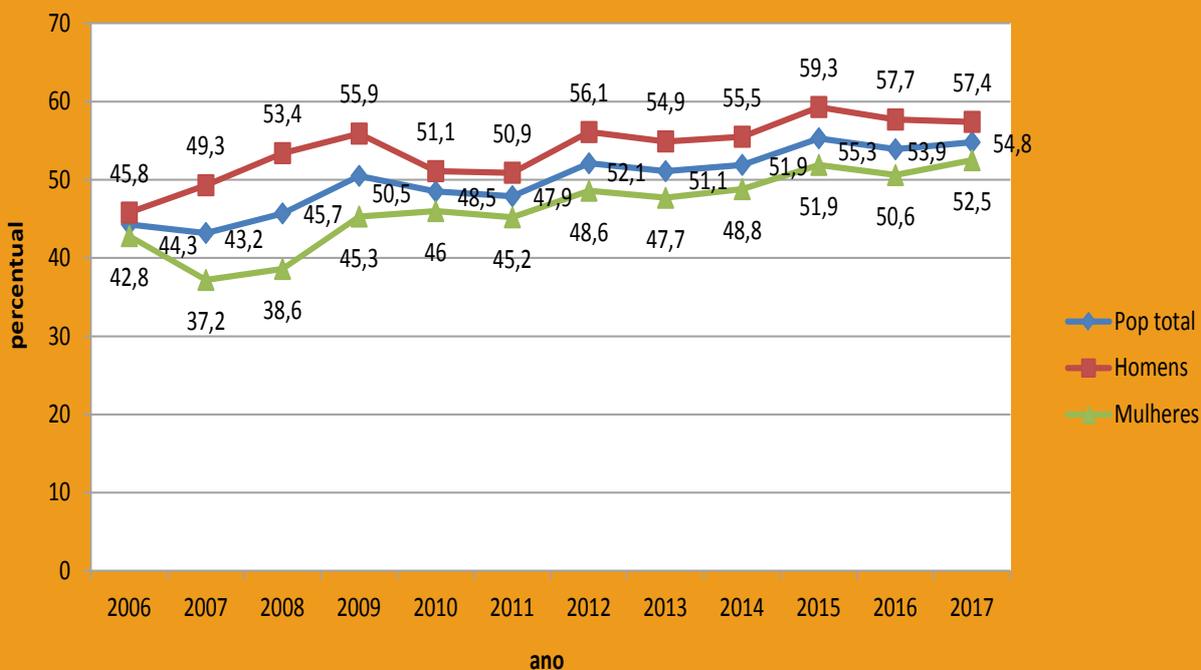
Gráfico 1 – Prevalência de obesidade na população (≥ 18 anos) e segundo sexo. Município de São Paulo, VIGITEL 2006-2017



Fonte: Vigitel

NDANT/DVE/COVISA/SMS-SP

Gráfico 2 – Prevalência de excesso de peso na população (≥ 18 anos) e segundo sexo. Município de São Paulo, VIGITEL 2006-2017.



Fonte: Vigitel

NDANT/DVE/COVISA/SMS-SP

Consumo de Frutas, Legumes e Verduras (FLV)

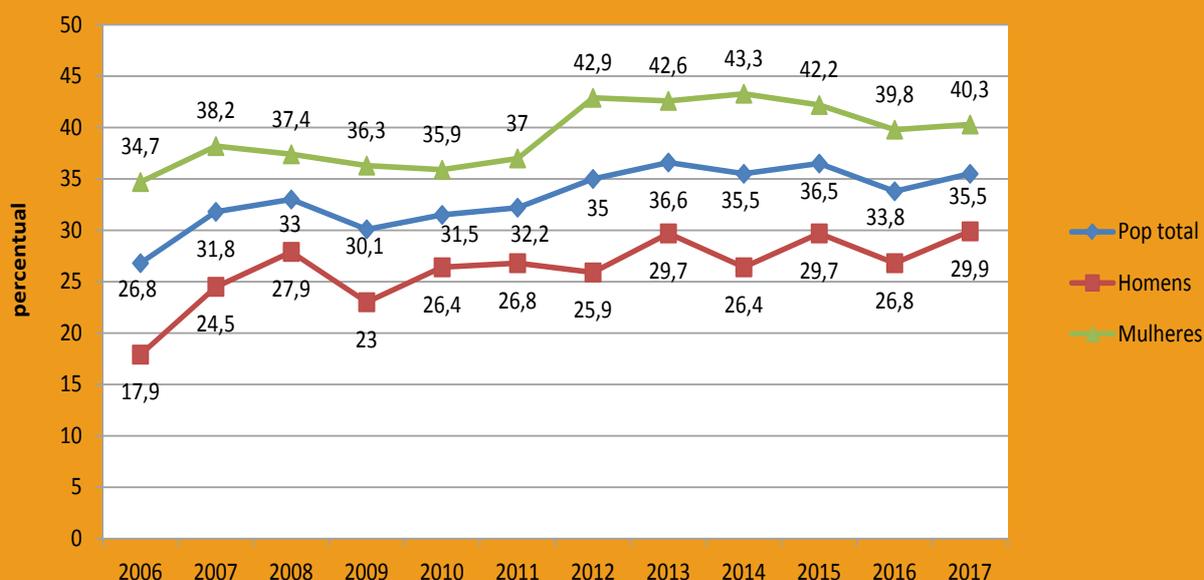
O aumento do consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) é uma das recomendações nutricionais relacionadas à prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis- DCNT (obesidade, câncer, diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares), responsáveis pelas principais causas de morbimortalidade no Brasil. Pesquisas demonstram que as FLV desempenham papel protetor no surgimento das DCNT, essa proteção pode se dar pela combinação de micronutrientes, antioxidantes, substâncias fitoquímicas e fibras presentes nestes alimentos. Estudos indicam ainda que o consumo de FLV está inversamente relacionado ao consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras. A promoção do aumento no consumo médio de FLV em nível populacional tornou-se uma prioridade em Saúde Pública em vários países na última década.

O consumo de FLV é considerado um marcador de alimentação saudável, compondo dois importantes indicadores: “consumo regular de FLV” (número de indivíduos que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana - não considera a quantidade, somente se houve ou não o consumo), e “consumo recomendado de FLV” (consumo de cinco porções diárias de frutas e hortaliças, conforme recomendação da OMS).

Segundo o VIGITEL, em 2006 a prevalência do consumo regular de FLV na população era de 26,8% e em 2017 aumentou para 35,5%. Em 2007 – ano em que foi incluído o indicador “consumo recomendado de FLV”, a prevalência era de 17,6%, e em 2017, uma década depois, apenas 1/4 da população paulistana com 18 anos ou mais (25,7%) consumia FLV conforme a recomendação da OMS. Vale ressaltar que as mulheres apresentaram maior consumo para os dois indicadores. (**Gráficos 3 e 4**).

Ao analisar a série temporal destes indicadores observou-se aumento anual de 2,03% na prevalência do consumo regular de FLV e de 3,5% na prevalência do consumo recomendado de FLV. Em relação ao indicador consumo regular de FLV por sexo, houve um aumento de 2,59% para homens e 1,5% para as mulheres, enquanto que, para o indicador consumo recomendado de FLV, o aumento foi de 3,91% para os homens e 3,17% para mulheres. Apesar de ter ocorrido aumento do consumo de maneira geral, ainda está muito aquém do desejado (**Tabela 1**).

Gráfico 3 – Prevalência do consumo regular de frutas, legumes e verduras na população (≥ 18 anos) e segundo sexo. Município de São Paulo, VIGITEL 2006-2017.

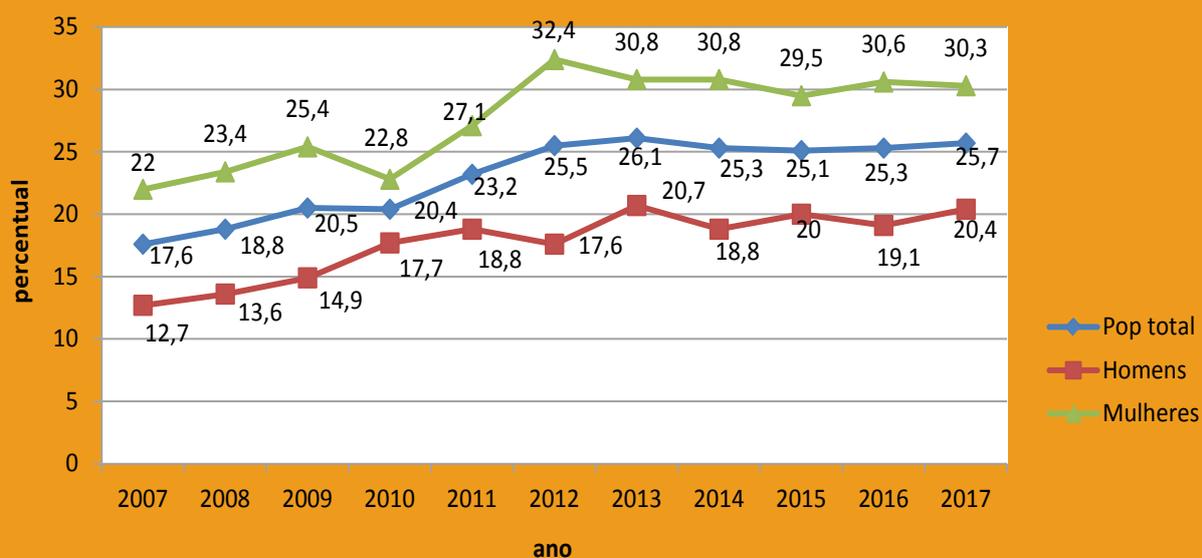


Fonte: Vigitel

ano

NDANT/DVE/COVISA/SMS-SP

Gráfico 4 – Prevalência do consumo recomendado de frutas, legumes e verduras na população (≥ 18 anos) e segundo sexo. Município de São Paulo, VIGITEL 2007-2017.



Fonte: Vigitel

NDANT/DVE/COVISA/SMS-SP

Atividade física no lazer e inatividade física

A relação entre a prática de atividade física (AF) e a saúde em todas as faixas etárias já está bem documentada na literatura, mostrando que existe uma associação inversa entre o nível de AF e o risco de ocorrência de diversas DCNT. A prática de AF em níveis suficientes mostra-se capaz de auxiliar na prevenção de DCNT ou como atenuante de seus efeitos em indivíduos já com as doenças instaladas.

O MS adota para a população brasileira a recomendação da OMS de prática mínima de 150 minutos por semana de atividade de intensidade moderada¹ ou o equivalente a 75 minutos de atividade de intensidade vigorosa².

A prática de atividade física é dividida em domínios: tempo livre (ou lazer), atividade ocupacional, limpeza da própria casa e deslocamento de bicicleta ou caminhada para o trabalho ou escola. São consideradas somente as atividades com no mínimo 10 minutos de duração. Com base nos indicadores constantes no VIGITEL, foram selecionados dois indicadores: “atividade física no tempo livre” (considerado somente o domínio que remete ao lazer) e “fisicamente inativo” (considera os indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses; que não realizaram esforços físicos intensos no trabalho; não se deslocaram para o trabalho/escola caminhando ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 20 minutos no percurso de ida e volta e não foram responsáveis pela limpeza pesada de sua casa).

Em relação ao indicador “atividade física no tempo livre”, foram utilizados na análise os anos de 2011 a 2017, considerando a mudança na classificação deste indicador a partir de 2011. A análise da série temporal do indicador “fisicamente inativo”, considerou o período de 2009 a 2017, devido à pequena alteração na captação do dado (inclusão de 10 minutos no mínimo para deslocamento ativo).

A prevalência de “atividade física no tempo livre” entre os paulistanos em 2011 era de 27,5% e, em 2017 era de 29,9%. Ao analisar este indicador por sexo, verificou-se maior prevalência de “atividade física no tempo livre” entre os homens (**Gráfico 5**). Em relação à prevalência de “fisicamente inativos”, em 2009 era de 16,6% e em 2017, 12,4% dos paulistanos encontravam-se “fisicamente inativos” (**Gráfico 6**).

A análise de tendência temporal demonstrou aumento somente para o indicador “atividade física no tempo livre” para a população de ambos os sexos, se tomada em conjunto, e entre os homens (3,08% e 4,23% respectivamente). O indicador “indivíduos fisicamente inativos” revelou estabilidade, mas vale destacar que este resultado reflete numa parcela dos paulistanos que permanece não atendendo ao menor critério de prática de atividade física (**Tabela 1**).

Gráfico 5 – Prevalência de atividade física no tempo livre* na população (≥ 18 anos) e segundo sexo. Município de São Paulo, VIGITEL 2011-2017.

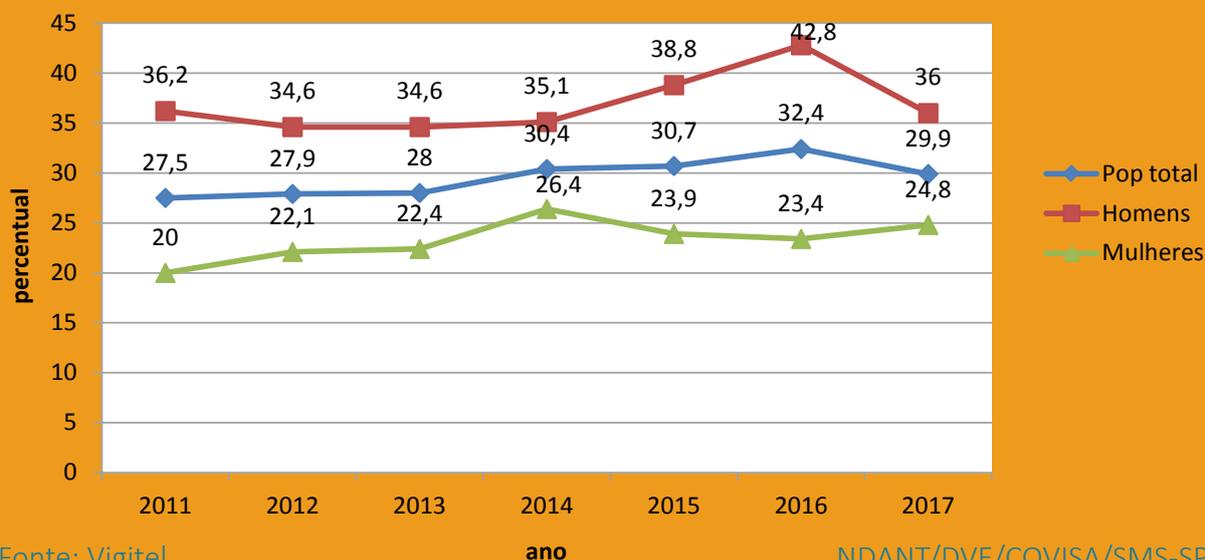
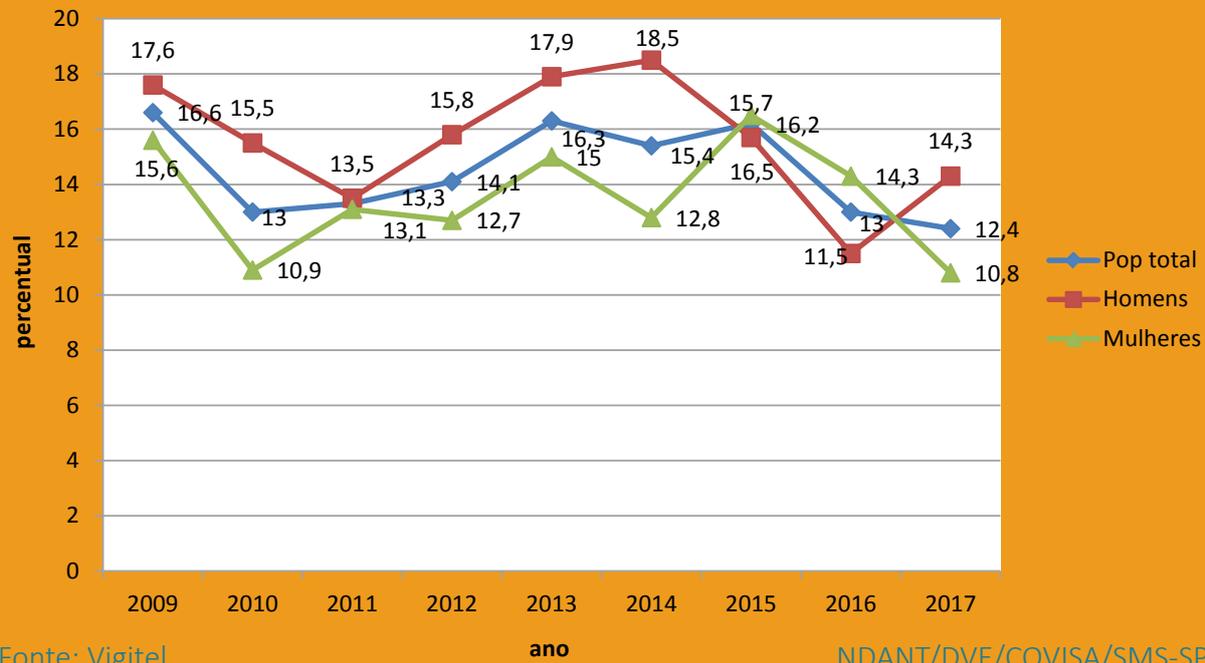


Gráfico 6 – Prevalência de fisicamente inativos na população (≥ 18 anos) e segundo sexo. Município de São Paulo, VIGITEL 2009-2017.



¹ Exemplos de atividade de intensidade moderada: caminhada livre, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol.

² Exemplos de atividade de intensidade vigorosa: corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis.

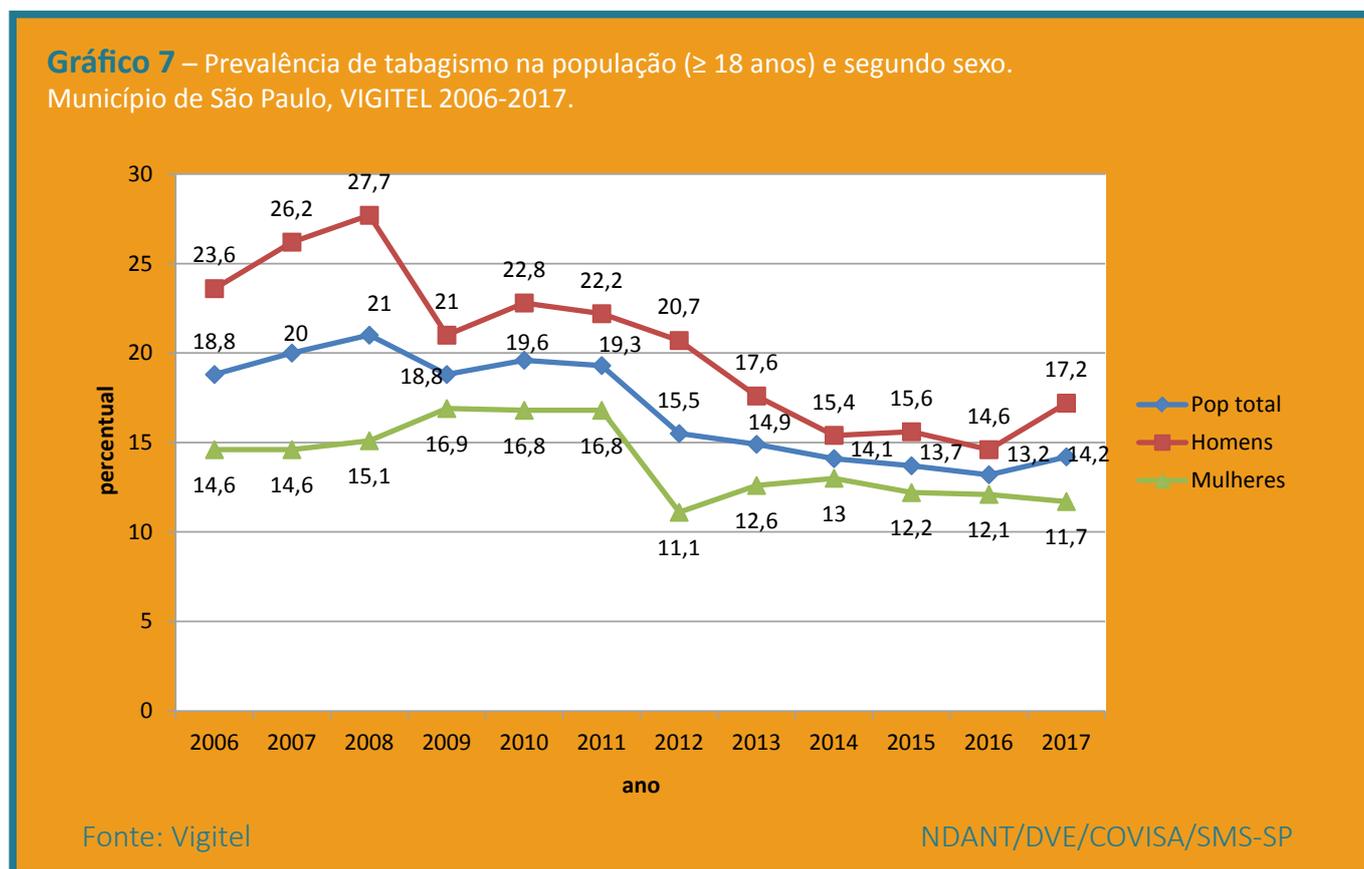
* Adultos que praticam atividades de intensidade moderada por pelo menos 150 minutos semanais ou atividades de intensidade vigorosa por pelo menos 75 minutos semanais.

Tabagismo e consumo abusivo de álcool

O tabagismo é uma dependência física que expõe indivíduos a inúmeras substâncias químicas. É considerado pela OMS a principal causa de morte evitável no mundo.

O uso de tabaco aumenta o risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, hipertensão arterial, câncer, entre outras. Dentre as neoplasias relacionadas ao uso do tabaco, pode-se destacar câncer de pulmão, laringe, boca, cavidade oral, esôfago, fígado, estômago e bexiga. Também causa danos sociais, econômicos e ambientais.

Em 2006, a prevalência de fumantes entre os paulistanos com 18 anos ou mais era de 18,8% e em 2017 essa prevalência caiu para 14,2% (**Gráfico 7**). A análise da série temporal de 2006 a 2017 revelou que, assim como a tendência à diminuição no Brasil, no município de São Paulo, houve uma diminuição percentual anual de 3,83 na prevalência de fumantes. Considerando os sexos, verificou-se redução percentual anual de 5,19 para os homens e 2,73 para as mulheres (**Tabela 1**).

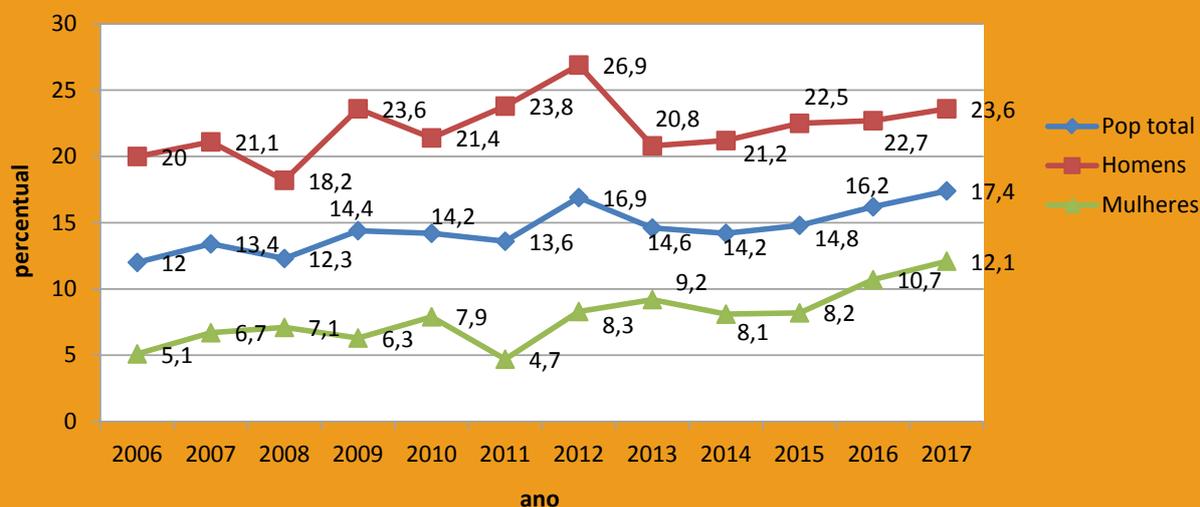


Por outro lado, houve aumento na prevalência do “consumo abusivo de álcool”, em especial entre as mulheres, que em 2006 era de 5,1% e mais que dobrou no período, passando para 12,1% em 2017 (**Gráfico 8**).

O “consumo abusivo de álcool” – quatro ou mais doses para as mulheres ou cinco ou mais doses para homens de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, tem repercussões na saúde física e mental dos indivíduos. Dentre as diversas consequências do seu consumo abusivo, no que diz respeito às DCNT, ressaltam-se as doenças cardiovasculares e neoplasias.

A análise de tendência demonstrou aumento percentual anual de 2,5 na prevalência do consumo abusivo de álcool na população geral. Em homens houve estabilidade, e em mulheres observou-se um resultado alarmante – aumento anual de 5,91% no período analisado. (Tabela 1).

Gráfico 8 – Prevalência de consumo abusivo de álcool na população (≥ 18 anos) e segundo sexo. Município de São Paulo, VIGITEL 2006-2017.



Fonte: Vigitel

NDANT/DVE/COVISA/SMS-SP

Tabela 1 - Indicadores do VIGITEL com valores da variação percentual anual percentual (APC) e Intervalos de Confiança (IC). São Paulo, 2006-2017.

Indicadores	População geral (≥18 anos)		Homens		Mulheres	
	APC	IC	APC	IC	APC	IC
% Obesidade	4,84	3,56 - 6,16	3,77	1,70 - 5,87	5,25	3,08 - 7,47
% Excesso de peso	2,15	1,60 - 2,70	1,75	0,85 - 2,65	2,75	1,8 - 3,7
% Consumo regular de FLV	2,03	0,87 - 3,21	2,59	0,98 - 4,23	1,5	0,08-2,94
% Consumo recomendado de FLV	3,5	1,06 - 6,00	3,91	1,48 - 6,40	3,17	0,52- 5,88
% Atividade Física adequada lazer (tempo livre)	3,08	1,12 - 5,08	4,23	0,60 - 7,99	1,65*	- 2,18 - 5,63
% Fisicamente inativo	- 0,37*	-5,82 - 5,41	-1,50*	-8,06 - 5,52	1,46*	-3,34 - 6,49
% Tabagismo	-3,83	-5,64 - -1,98	-5,19	-6,95 - -3,4	-2,73	-5,13 - -0,27
% Consumo abusivo de álcool	2,5	1,42 - 3,58	1,2*	-0,41 - 2,84	5,91	3,03 - 8,86

APC (anual percentual change) - variação percentual anual

* IC inclui o zero/p>0,05 – não significativo/estabilidade

Considerações

A análise da tendência temporal 2006-2017 dos fatores de risco e proteção para as DCNT selecionados para este boletim, a partir de indicadores do VIGITEL, demonstrou alguns avanços, como a redução do tabagismo, aumento do consumo regular e recomendado de FLV, aumento da atividade física no tempo livre na população de 18 anos ou mais (ambos os sexos quando tomados em conjunto) e entre os homens. Por outro lado, verificou-se crescimento expressivo da obesidade e excesso de peso, aumento no consumo abusivo de álcool, com destaque para o aumento entre as mulheres, e estabilidade da prevalência de indivíduos fisicamente inativos.

Vale lembrar que esses fatores de risco e proteção são modificáveis e estão relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde – DSS (condições socioeconômicas, culturais e ambientais) que influenciam os modos e estilo de vida. Neste sentido, necessitam de estratégias populacionais intersetoriais para o seu enfrentamento, assim como políticas públicas que promovam ambientes mais saudáveis e que protejam a população.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (PAEDCNT, 2011-2022) contêm diretrizes para auxiliar no manejo da complexidade que é lidar com o conjunto das DCNT. Essas políticas devem nortear as ações de saúde, transpondo para os serviços ofertados o tripé: vigilância, cuidado e promoção da saúde.

Em relação ao tabagismo, destaca-se a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT/OMS), Política Nacional de Controle do Tabaco e como consequências a Lei Antifumo de 2009³ (ambientes livres de tabaco), em que o Estado de São Paulo foi pioneiro; aumento de preços e impostos dos produtos de tabaco, restrição ao marketing, advertências nas embalagens. Também, a partir da atenção à saúde no SUS, apoio e assistência para os indivíduos que desejam parar de fumar, entre outras medidas.

Já no caso do álcool, há a restrição na propaganda de destilados e proibição de venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos. O consumo de bebidas alcoólicas tem sido encarado como um problema quando associado à condução de veículos. A “Lei Seca”, lei federal nº 11.705/2008, trata da proibição, controle e fiscalização do uso de bebida alcoólica por motoristas, nas estradas e nas cidades, com utilização de teste de bafômetro. A aplicação da lei exigiu ações educativas, com incentivo ao uso da carona, de táxis ou transportes coletivos e peças de comunicação em vários meios, alertando para o perigo de beber e dirigir. O consumo de álcool também é associado a certos desfechos negativos, muitas vezes relacionados às situações de violência, oriundos da dependência.

Ao que parece, as ações para o controle do alcoolismo estão relacionadas às atitudes dos indivíduos e suas possíveis consequências negativas. O consumo de bebidas alcoólicas, muitas vezes em contexto abusivo, é socialmente aceita. A indústria, em especial a cervejeira, produz publicidade massiva, associando o consumo de bebidas alcoólicas ao “status e bem estar social” (questão superada com o tabaco). Será que esse apelo da propaganda de bebidas alcoólicas relacionado ao bem estar social estaria de alguma forma, afetando mais as mulheres? A possibilidade de frequentar espaços antes restritos aos homens, como bares, casas noturnas, ou o beber em público, pode justificar o aumento do consumo por parte desse grupo? As condições de vida da mulher que hoje acumula mais cargas e tarefas, mas enfrenta a desigualdade dos salários e das posições de trabalho ocupadas, podem responder por esse aumento no uso de bebidas alcoólicas? Quais seriam outros fatores que devemos levantar para melhor compreender essa realidade?

³ A Lei Antifumo do Estado de São Paulo entrou em vigor no dia 7 de agosto de 2009 e proíbe o uso de cigarros e demais produtos fumígenos nos ambientes fechados de uso coletivo (como bar, restaurante, corredores) ou perto de pessoas com problema respiratório ou pulmonar. No Brasil, a lei Antifumo é de 2011.

No que se refere ao campo da alimentação e nutrição, várias políticas tem sido encampadas com o objetivo de promover uma alimentação adequada e saudável, a saber: Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 2014), Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN, 2011), Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (São Paulo, 2016), políticas para incentivo da agricultura urbana e familiar, entre outras. Apesar de todas estas políticas, o consumo recomendado e regular de FLV ainda não atinge nem 50% dos adultos paulistanos, e o excesso de peso e obesidade continuam aumentando.

Para que as pessoas façam escolhas saudáveis, é preciso que as políticas sejam efetivamente implementadas para que todos tenham acesso aos alimentos saudáveis em quantidade, qualidade e preços justos. E paralelamente, são necessárias medidas para conter o consumo do que não é saudável, e para isso, a exemplo do que houve com o tabaco, é importante também avançar na regulação da indústria alimentícia. Entre outras medidas, tem sido sugeridas por especialistas, a taxação de bebidas açucaradas e a restrição de marketing e propagandas, em especial aquelas destinadas ao público infantil além de melhorias na rotulagem dos alimentos, para informar e ajudar os consumidores em suas escolhas alimentares.

Várias possibilidades de atividades físicas já são oferecidas por meio de programas e equipamentos públicos, como as Ruas de Lazer e Centros Esportivos da Secretaria Municipal de Esportes e Lazer; os Pólos de similaridade da Academia da Saúde e Práticas Integrativas e Complementares (PICS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), parques e praças públicas, entre outros. Entretanto, frente à extensão territorial de São Paulo e seu tamanho populacional, muitas pessoas ainda carecem de acesso ao que foi citado. Além disso, são necessários avanços no desenho da cidade, para favorecer os deslocamentos ativos, como melhoria das calçadas, ampliação de ciclovias, iluminação e sinalização adequadas. Para que as pessoas sejam mais ativas, seja durante o lazer ou nos deslocamentos, a cidade precisa oferecer oportunidades seguras.

O Município de São Paulo também tem implementado outros programas que fazem frente ao enfrentamento das DCNT, como o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), o Programa Saúde na Escola e educação alimentar e nutricional nas UBS. Também existem iniciativas de promoção ao aleitamento materno que compõem as ações oferecidas na rede de saúde e mais recentemente pela Coordenadoria de Alimentação Escolar (SME/CODAE) com a campanha CEI Amigo do Peito. E, atualmente, está em revisão a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade.

Diante do exposto, verifica-se que, muito se trabalhou, entretanto ainda há muito trabalho e desafios pela frente. Em 2017, as DCNT foram a maior causa de mortalidade no município de São Paulo (cerca de 70%), não é natural que pessoas cada vez mais jovens estejam adoecendo e morrendo de causas evitáveis. É necessário refletir sobre o papel de cada um de nós enquanto cidadão e/ou profissional atuante nas diferentes redes de atenção.

Que este boletim possa promover reflexão e subsidiar a formulação de novas políticas, bem como o planejamento e maior investimento em ações para a promoção da saúde.

Até a próxima edição!

Equipe NDANT

Expediente

Bruno Covas
Prefeito

Edson Aparecido dos Santos
Secretário Municipal de Saúde

Solange Maria de Saboia e Silva
Coordenadora de Vigilância em Saúde (COVISA)

Selma Anequini Costa
Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE)

Ruy Paulo D' Elia Nunes
Coordenador do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (NDANT)

Equipe técnica (NDANT/COVISA)

Carmen Helena Seoane Leal
Beatriz Yuko Kitagawa
Debora Sipukow Sciamia
Edriana Regina Consorte
Karina Barros Batista Calife
Maria Lúcia Aparecida Scalco
Natália Gaspareto
Renata Scanferla Siqueira Borges
Ruy Paulo D' Elia Nunes

Núcleo Técnico de Comunicação (NTCOM/COVISA)

Ivan Leandro Ferreira
Luis Henrique Moura Ferreira

Agradecemos ao Alessandro Bigoni, aluno de Doutorado do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) pelo apoio e incentivo para a realização desta análise.