

Informe epidemiológico**Fatores de risco e de proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**

Epidemiological report: Risk and protective factors for noncommunicable diseases (NCD)

Luciane Simões Duarte^{ID}, Mirian Matsura Shirassu^{ID}, Marco Antonio de Moraes^{ID}

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças, Centro de Vigilância Epidemiológica, Centro de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, São Paulo, São Paulo, Brasil

Autor para correspondência

Luciane Simões Duarte

E-mail: lucianeduarte@alumni.usp.br

Instituição: Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DVDCNT)

Endereço: Av. Dr. Arnaldo 351, 6º andar, CEP: 01246-000. São Paulo, São Paulo, Brasil

Como citar

Duarte L, Shirassu MM, Moraes MA. Fatores de risco e de proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). BEPA, Bol. epidemiol. paul. 2023; 20: e39522. doi: <https://doi.org/10.57148/bepa.2023.v.20.39522>

Primeira submissão: 09/08/2023 • Aceito para publicação: 23/08/2023 • Publicação: 13/09/2023

Editora-chefe: Regiane Cardoso de Paula

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo.¹ Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crônicas e as diabetes são responsáveis por mais de 80% de todas as mortes prematuras (adultos de 30 a 69 anos de idade).¹ A maioria dessas mortes está relacionada a fatores de risco modificáveis, tais como obesidade, hábito alimentar inadequado, inatividade física, tabagismo e consumo abusivo de bebidas alcoólicas.¹

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT) estabelece dez indicadores para os fatores de risco e de proteção das DCNT, além de metas para serem alcançadas pelo Brasil até 2030, fundamentadas nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).² Os indicadores elencados no plano, são: 1º) Reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%; 2º) Deter o crescimento da obesidade em adultos; 3º) Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%; 4º) Aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%; 5º) Deter o consumo de alimentos ultraprocessados; 6º) Reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas; 7º) Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%; 8º) Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%; 9º) Reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica; e 10º) Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV.²

Os objetivos deste informe epidemiológico são apresentar o monitoramento dos fatores de risco e de proteção das DCNT no estado e capital de São Paulo para o período de 2006 a 2021, e analisar o alcance da meta recomendada no Plano de DANT.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, da situação epidemiológica dos fatores de risco e de proteção das DCNT verificados nos inquéritos em saúde para o estado e capital de São Paulo, no período de 2006 a 2021. Os dados foram obtidos dos inquéritos em saúde Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE), ano de 2015,³ Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), anos de 2006 a 2021,⁴ Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ano de 2019⁵, e Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização.⁶ Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas por meio do Microsoft Office Excel.

O cálculo dos indicadores de fatores de risco e de proteção das DCNT foi desenvolvido segundo recomendação do Plano de DANT.² A seguir, são apresentadas as orientações do cálculo para cada um dos dez indicadores:

1º) Prevalência de obesidade em crianças e adolescentes

Para as crianças, a linha de base (referência) é a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), que realizou antropometria em crianças menores de 5 anos, e o monitoramento deve ser realizado por meio de inquéritos de base populacional futuros.² Contudo, até o momento, não há o desenvolvimento de inquéritos populacionais que permitam a realização do monitoramento.² Para os adolescentes, a linha de base (referência) é a PeNSE, edição 2015, dados da amostra 2 (adolescentes de 13 a 17 anos), e o monitoramento deve ser pautado em edições desse inquérito.² A meta deste indicador é reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%.²

2º) Prevalência da obesidade em adultos

A linha de base (referência) é a prevalência da PNS, edição 2019, e o monitoramento deve ser realizado por meio das prevalências do Vigitel.² Contudo, para os períodos disponíveis, utilizar dados da PNS. Além disso, é possível analisar dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) para o monitoramento da obesidade na população atendida na atenção primária, em todos os ciclos da vida.² Obesidade em adultos é definida segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, e a prevalência foi calculada segundo o indicador do Vigitel: número de indivíduos com obesidade/número de indivíduos entrevistados.² A meta é deter o crescimento da obesidade em adultos, ou seja, manter a prevalência da linha de base, PNS de 2019.²

3º) Prevalência da prática de atividade física no tempo livre

A linha de base (referência) é a prevalência do Vigitel 2019, e o monitoramento deve ser realizado por meio das prevalências posteriores desse inquérito.² Contudo, para os períodos disponíveis, utilizar dados da PNS.² Considera-se prática de atividade física no tempo livre a execução de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou, pelo menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa.² Ressalta-se que, a partir de 2011, o Vigitel adotou a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e passou a não estipular um número mínimo de dias na semana para a prática da atividade física para o indicador prática de atividade física no lazer, logo os anos anteriores do Vigitel, não podem ser utilizados para comparação e monitoramento desse

indicador.⁷ A prevalência foi calculada segundo o indicador do Vigitel: número de indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa/número de indivíduos entrevistados.² A meta é aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%, ou seja, aumento de 3%/ano (ano 2030 menos ano de 2019, linha de base, o que é igual a 11 anos; logo 30% dividido por 11 anos é aproximadamente 3%/ano).²

4º) Prevalência do consumo recomendado de frutas e de hortaliças

A linha de base (referência) é a prevalência do Vigitel 2019, e o monitoramento deve ser realizado por meio das prevalências posteriores desse inquérito.² Contudo, para os períodos disponíveis, utilizar dados da PNS.² O consumo recomendado é de, pelo menos, cinco porções de frutas e hortaliças por dia. O Vigitel Nacional em 2006 avaliou apenas o consumo regular de frutas e hortaliças, ou seja, consumo de frutas e hortaliças de cinco ou mais dias da semana; então o monitoramento deste indicador teve início em 2007.⁸ A prevalência foi calculada segundo o indicador do Vigitel: número de indivíduos com consumo recomendado de cinco porções diárias de frutas e de hortaliças/número de indivíduos entrevistados.² A meta é aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%, ou seja, aumento de 3%/ano (ano 2030 menos ano de 2019, linha de base, o que é igual a 11 anos; logo 30% dividido por 11 anos é aproximadamente 3%/ano).²

5º) Prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados

A linha de base (referência) é a prevalência do Vigitel 2019, e o monitoramento deve ser realizado por meio das prevalências posteriores desse inquérito.² Contudo, para os períodos disponíveis, utilizar dados da PNS.² Entende-se consumo de ultraprocessados como a ingestão de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista.² O Vigitel iniciou o monitoramento desse indicador no ano de 2019.⁹ A prevalência foi calculada segundo o indicador do Vigitel: número de indivíduos que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista/número de indivíduos entrevistados.² A meta é deter o consumo de alimentos ultraprocessados, ou seja, manter a prevalência da linha de base, PNS de 2019.²

6º) Prevalência do consumo regular de bebidas adoçadas

A linha de base (referência) é a prevalência do Vigitel 2019 e o monitoramento deve ser realizado por meio das prevalências desse inquérito.² Contudo, para os períodos disponíveis, utilizar dados da PNS.² Ingestão de bebidas adoçadas equivale ao consumo de refrigerantes

em cinco ou mais dias da semana.² A prevalência foi calculada segundo o indicador do Vigitel: número de indivíduos que costumam consumir refrigerante (ou refresco/suco artificial) em cinco ou mais dias por semana/número de indivíduos entrevistados.² A meta é reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas, ou seja, redução de 3%/ano (ano 2030 menos ano de 2019, linha de base, o que é igual a 11 anos; logo 30% dividido por 11 anos é aproximadamente 3%/ano).²

7º) Prevalência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas

A linha de base (referência) é a prevalência do Vigitel 2019, e o monitoramento deve ser realizado por meio das prevalências posteriores desse inquérito.² Contudo, para os períodos disponíveis, utilizar dados da PNS.² Considera-se consumo abusivo de bebidas alcoólicas, o consumo, nos últimos 30 dias, de mais do que quatro doses (mulher) ou mais do que cinco doses (homem) de bebida alcoólica em um único dia.² A prevalência foi calculada segundo o indicador do Vigitel: número de adultos que consumiram bebida alcoólica de forma abusiva/número de entrevistados.² A meta é reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%, ou seja, redução de 1%/ano (ano 2030 menos ano de 2019, linha de base, o que é igual a 11 anos; logo 10% dividido por 11 anos é aproximadamente 1%/ano).²

8º) Prevalência de tabagismo

A linha de base (referência) é a prevalência do Vigitel 2019, e o monitoramento deve ser realizado por meio das prevalências posteriores desse inquérito.² Contudo, para os períodos disponíveis, utilizar dados da PNS.² Entende-se tabagismo como o hábito de fumar e ele está relacionado com o número de indivíduos fumantes, independentemente da quantidade de cigarros diária. A prevalência foi calculada segundo o indicador do Vigitel: número de indivíduos fumantes/número de indivíduos entrevistados.² A meta é reduzir a prevalência de tabagismo em 40%, ou seja, aumento de 4%/ano (ano 2030 menos ano de 2019, linha de base, o que é igual a 11 anos; logo 40% dividido por 11 anos é aproximadamente 4%/ano).²

9º) Mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica

Essa informação é uma combinação de dados de saúde e de qualidade do ar. Recomenda-se utilizar as estimativas do *Global Burden of Disease (GBD) Collaboration* (GBD Compare).² Espera-se avaliar a magnitude da mortalidade, a quantidade de anos de vida potencialmente perdidos, a fração atribuível na população (FAP), e a síntese de exposição.² A meta é reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica.² Esse indicador não foi avaliado neste informe epidemiológico.

10º) Cobertura vacinal contra o HPV

O cálculo de cobertura vacinal acumulada por coorte de meninas e meninos será feito a partir da identificação de coortes etárias, definidas como o conjunto de pessoas que completam o mesmo número de anos de vida, no mesmo ano calendário.² A análise da cobertura será realizada separadamente para primeira dose e segunda dose, utilizando dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização.⁶ A meta é atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV até 2030.²

Ressalta-se que, os dados do Vigitel são provenientes das capitais brasileiras, no caso deste informe, os dados apresentados são da capital São Paulo.³ Para o inquérito PNS, foi considerado o dado referente ao estado de São Paulo,⁴ enquanto a PeNSE disponibiliza a informação da Grande Região Sudeste.⁵

Resultados

1º) Prevalência da obesidade em crianças e adolescentes

Não há resultados de inquéritos populacionais em criança e em nível nacional, assim não é possível realizar o monitoramento.² Em relação aos adolescentes, somente a PeNSE de 2015 disponibiliza informações antropométricas, porque na última edição de 2019 não houve coleta de antropometria.¹⁰ A PeNSE não disponibiliza dados específicos do estado de São Paulo, mas da região Sudeste.³ Assim, em 2015, 8,3% de adolescentes entre 13 e 17 anos na região Sudeste foram diagnosticados com obesidade; essa prevalência foi maior no sexo masculino no início da adolescência (8,5%), e no sexo feminino no término da adolescência (8,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Monitoramento da prevalência de obesidade em adolescentes (13 a 17 anos) na região Sudeste, PeNSE 2015.

Faixa etária do escolar e Grande Região Sudeste	% Total	% Masculino	% Feminino
13 a 17 anos	8,3	8,3	8,3
13 a 15 anos	8,3	8,5	8,0
16 e 17 anos	8,3	7,9	8,7

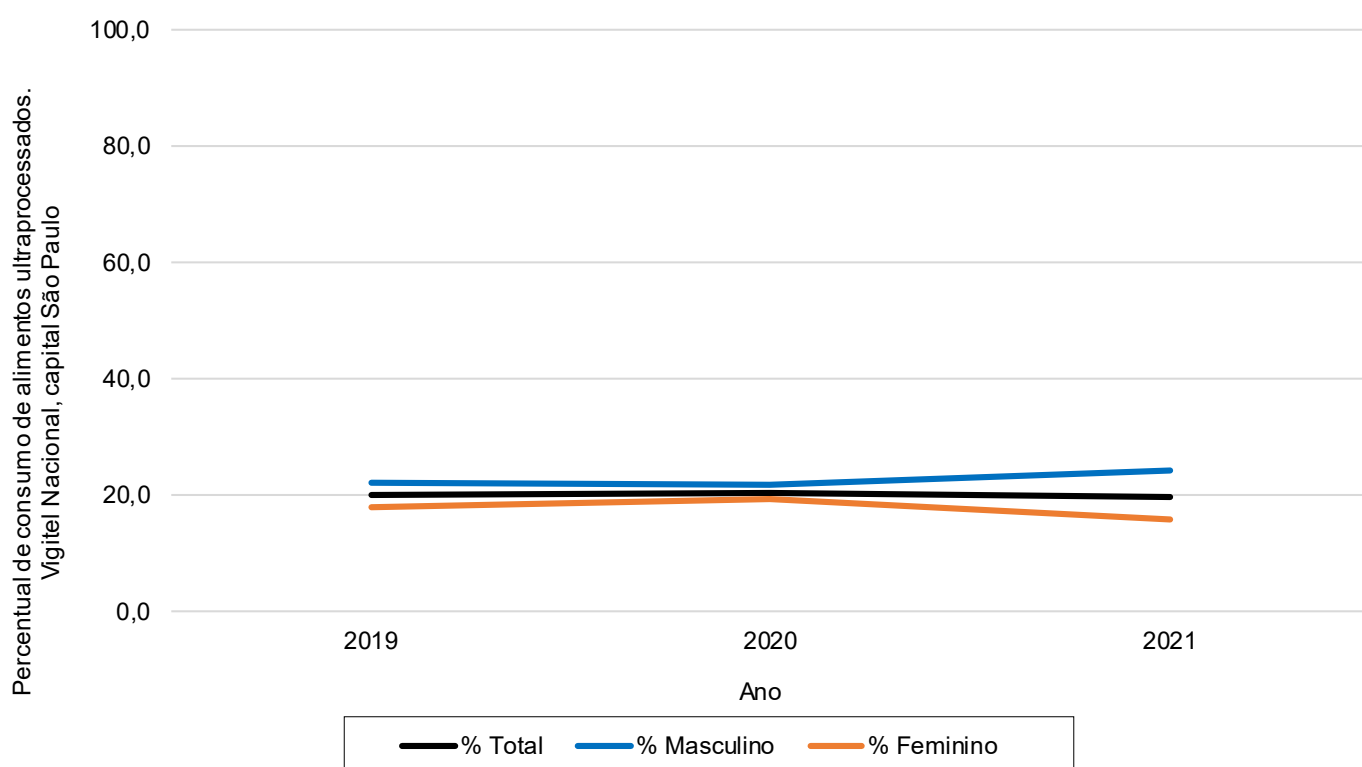
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Amostra 2, 2015.

2º) Obesidade em adultos

A prevalência de adultos com obesidade na capital São Paulo aumentou no período de 2006 a 2021, tanto no sexo masculino quanto no feminino. Contudo, no ano de 2021, verificou-se declínio para o total da população e para ambos os sexos. Essa redução na frequência precisa ser investigada em anos posteriores, pois pode ser consequência da pandemia de Covid-19, que teve início em 2020. Além disso, observa-se que, desde 2015, a prevalência de obesidade no sexo feminino tem aumentado em relação ao sexo masculino (Gráfico 1 e [Tabela 2](#)).

Apesar do crescente aumento nas frequências de obesidade entre adultos na capital São Paulo, esses valores estão abaixo da linha de base para o indicador, que é a PNS de 2019. Nesta última edição da PNS, os valores observados e de referência foram: 25,9% de prevalência de obesidade para o total da população, 21,8% para o sexo masculino e 29,5% para o sexo feminino. Assim, pode-se dizer que a meta foi alcançada, que é deter o crescimento da obesidade em adultos, ou seja, manter a prevalência da linha de base, PNS de 2019.¹¹

Gráfico 1. Monitoramento da prevalência de obesidade em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2006 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

Tabela 2. Prevalência de obesidade em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2006 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.

Ano	% Total	% Masculino	% Feminino
2006	11,0	9,7	12,1
2007	13,1	15,1	10,7
2008	13,8	15,2	12,5
2009	13,1	13,2	12,9
2010	15,0	14,3	15,6
2011	15,5	14,5	16,3
2012	17,8	17,6	18,0
2013	17,9	17,5	18,2
2014	16,7	16,7	16,7
2015	21,2	21,4	21,0
2016	18,1	15,2	20,6
2017	18,5	18,5	18,5
2018	20,0	17,5	22,0
2019	19,9	18,5	21,1
2020	23,6	22,2	24,8
2021	22,5	20,6	24,2

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

3º) Prática de atividade no tempo livre

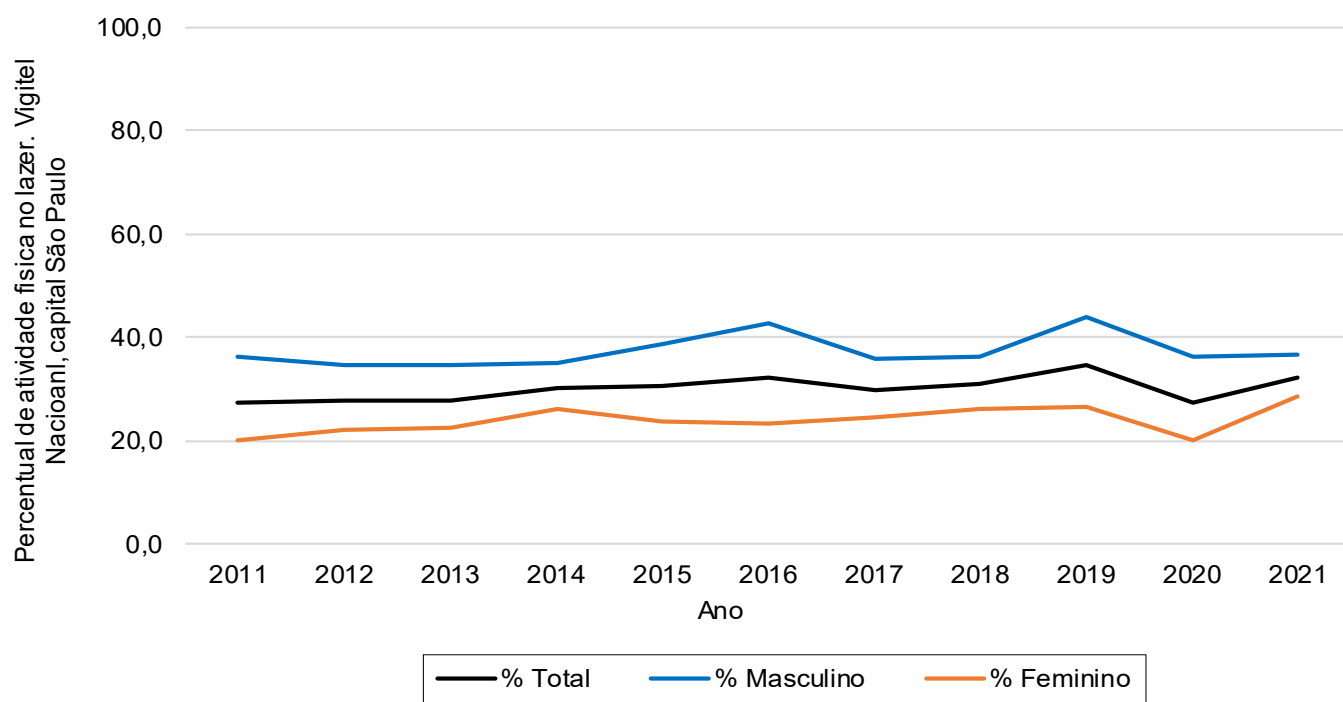
A prevalência de adultos que têm praticado atividade no tempo livre na capital São Paulo tem se mantido estável ao longo do período de 2011 a 2021, mas com alguns picos nos anos de 2016 e 2019. Contudo, no ano de 2020 houve redução acentuada na prevalência, a qual atingiu valores semelhantes aos verificados no início do monitoramento pelo Vigitel, mas isso pode ser decorrência da pandemia da Covid-19, que restringiu o deslocamento físico.

No ano seguinte, em 2021, ocorreu aumento na prevalência, a qual alcançou percentual semelhante ao anterior à pandemia (Gráfico 2 e [Tabela 3](#)).

Apesar do aumento das frequências no ano de 2021, a meta foi alcançada apenas no sexo feminino (prevalência atual: 28,7%; meta: 28,3%). Apesar do declínio da prevalência de atividade física no tempo livre em ambos os sexos, para o sexo masculino, não foi possível alcançar a meta (prevalência atual: 36,6%; meta: 46,2%). Dessa forma, para a população no total, a meta não foi alcançada (prevalência atual: 32,3%; meta: 36,5%) (Gráfico 2 e [Tabela 3](#)).

A pesquisa PNS de 2019 observou para a capital São Paulo prevalência de atividade física no tempo livre de 32,5% para o total da população, 37,4% para o sexo masculino e 28,2% para o sexo feminino.¹¹

Gráfico 2. Monitoramento da prevalência de atividade física no lazer em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2011 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

Tabela 3. Prevalência de atividade física no lazer em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2011 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.

Ano	% Total	Meta Total (aumentar 3%/ano)	% Masculino	Meta Masculino (aumentar 3%/ano)	% Feminino	Meta Feminino (aumentar 3%/ano)
2011	27,5		36,2		20,0	
2012	27,9		34,6		22,1	
2013	28,0		34,6		22,4	
2014	30,4		35,1		26,4	
2015	30,7		38,8		23,9	
2016	32,4		42,8		23,4	
2017	29,9		36,0		24,8	
2018	31,0		36,3		26,4	
2019	34,6	34,6	43,8	43,8	26,8	26,8
2020	27,5	35,5	36,2	45,0	20,2	27,5
2021	32,3	36,5	36,6	46,2	28,7	28,3

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

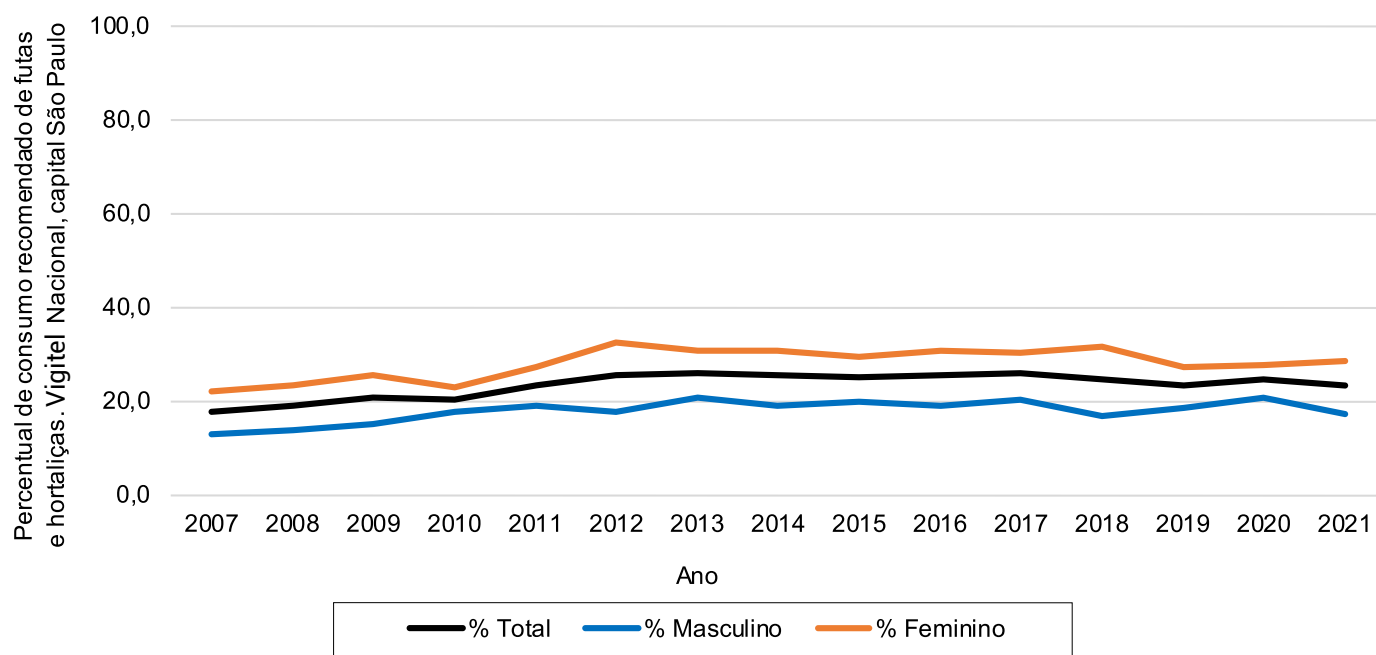
4º) Consumo recomendado de frutas e hortaliças

A prevalência de adultos que têm consumido a quantidade recomendada de frutas e hortaliças na capital São Paulo tem se mantido estável ao longo do período de 2007 a 2021. Contudo, em 2020 houve aumento da prevalência, e isso pode ser devido à pandemia da Covid-19, a qual promoveu a preparação e realização de refeições em casa, devido à restrição do deslocamento físico. No ano seguinte, no qual houve retorno ao trabalho e às atividades escolares, observa-se redução no consumo desses alimentos ([Gráfico 3](#) e [Tabela 4](#)).

A meta não foi alcançada para o total da população (prevalência atual: 23,4%; meta: 24,8%) e para o sexo masculino (prevalência atual: 17,1%; meta: 19,8%); para o sexo feminino, observou-se o alcance da meta (prevalência atual: 28,7%; meta: 28,7%) (Gráfico 3 e [Tabela 4](#)).

A pesquisa PNS de 2019 mostrou para a capital São Paulo, prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças de 15,7% para o total da população, 12,5% para o sexo masculino e 18,4% para o sexo feminino.¹¹

Gráfico 3. Monitoramento da prevalência de consumo de frutas e hortaliças em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2007 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

Tabela 4. Prevalência de consumo de frutas e hortaliças em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2007 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.

Ano	% Total	Meta Total (aumentar 3%/ano)	% Masculino	Meta Masculino (aumentar 3%/ano)	% Feminino	Meta Feminino (aumentar 3%/ano)
2007	17,6		12,7		22,0	
2008	18,8		13,6		23,4	
2009	20,5		14,9		25,4	
2010	20,4		17,7		22,8	
2011	23,2		18,8		27,1	
2012	25,5		17,6		32,4	
2013	26,1		20,7		30,8	
2014	25,3		18,8		30,8	
2015	25,1		20,0		29,5	
2016	25,3		19,1		30,6	
2017	25,7		20,4		30,3	
2018	24,7		16,8		31,4	
2019	23,4	23,4	18,7	18,7	27,3	27,3
2020	24,4	24,1	20,6	19,3	27,6	28,1
2021	23,4	24,8	17,1	19,8	28,7	28,7

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

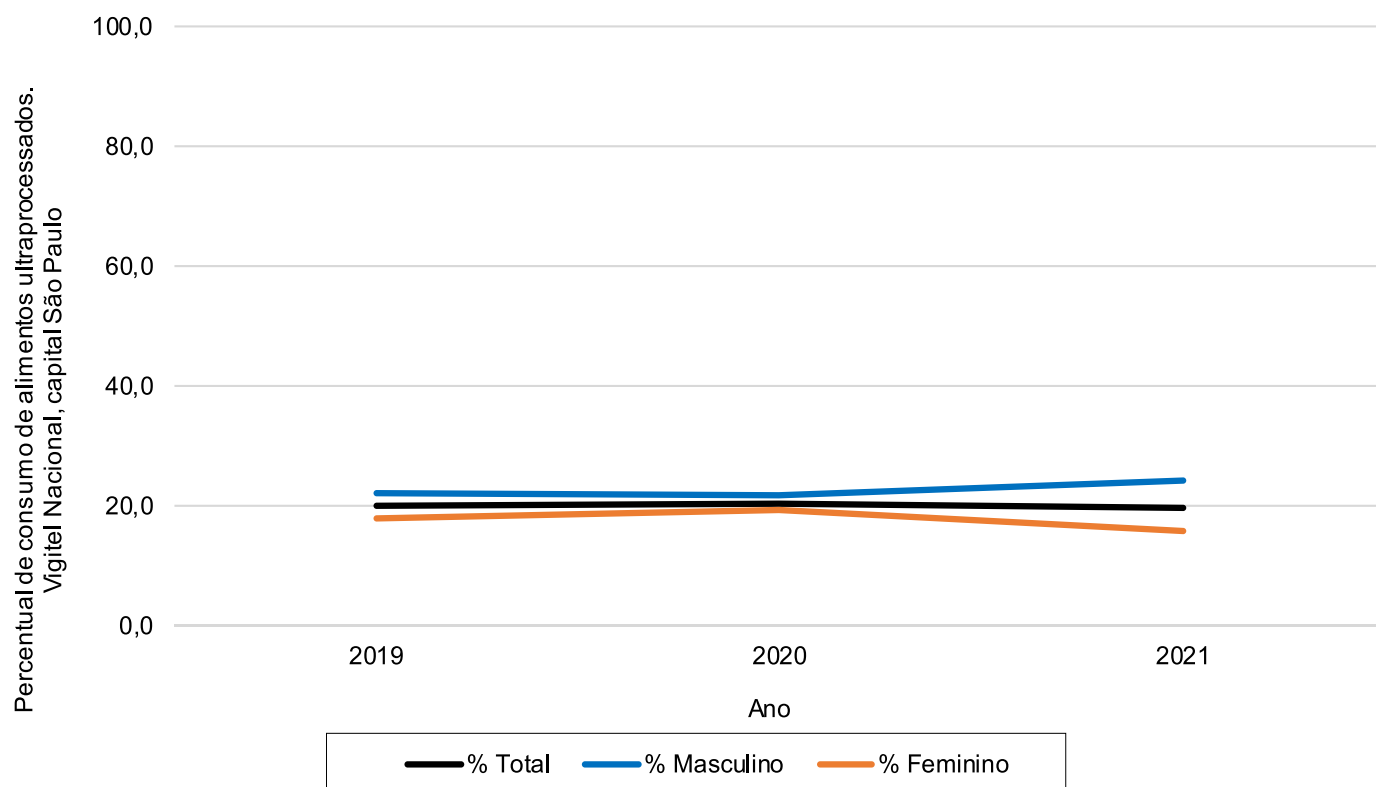
5º) Consumo de alimentos ultraprocessados

Ainda é incipiente o monitoramento do consumo de alimentos ultraprocessados, o qual teve início em 2019. Assim, não é possível avaliar se houve aumento ou redução nesse período tão curto de tempo. Contudo, pode-se verificar aumento no consumo no ano de 2021 (Gráfico 4 e [Tabela 5](#)).

Espera-se deter o consumo do consumo de alimentos ultraprocessados, ou seja, manter a prevalência de consumo referente ao ano de base do Vigitel, neste caso 2019. Assim, observa-se que a meta não foi alcançada para o sexo masculino.

A pesquisa PNS de 2019 observou para a capital São Paulo prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados de 18,7% para o total da população, 20,1% para o sexo masculino e 17,5% para o sexo feminino.¹¹

Gráfico 4. Monitoramento da prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2019 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

Tabela 5. Prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2019 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo

Ano	% Total	% Masculino	% Feminino
2019	19,9	22,2	18,0
2020	20,5	21,7	19,4
2021	19,8	24,4	15,9

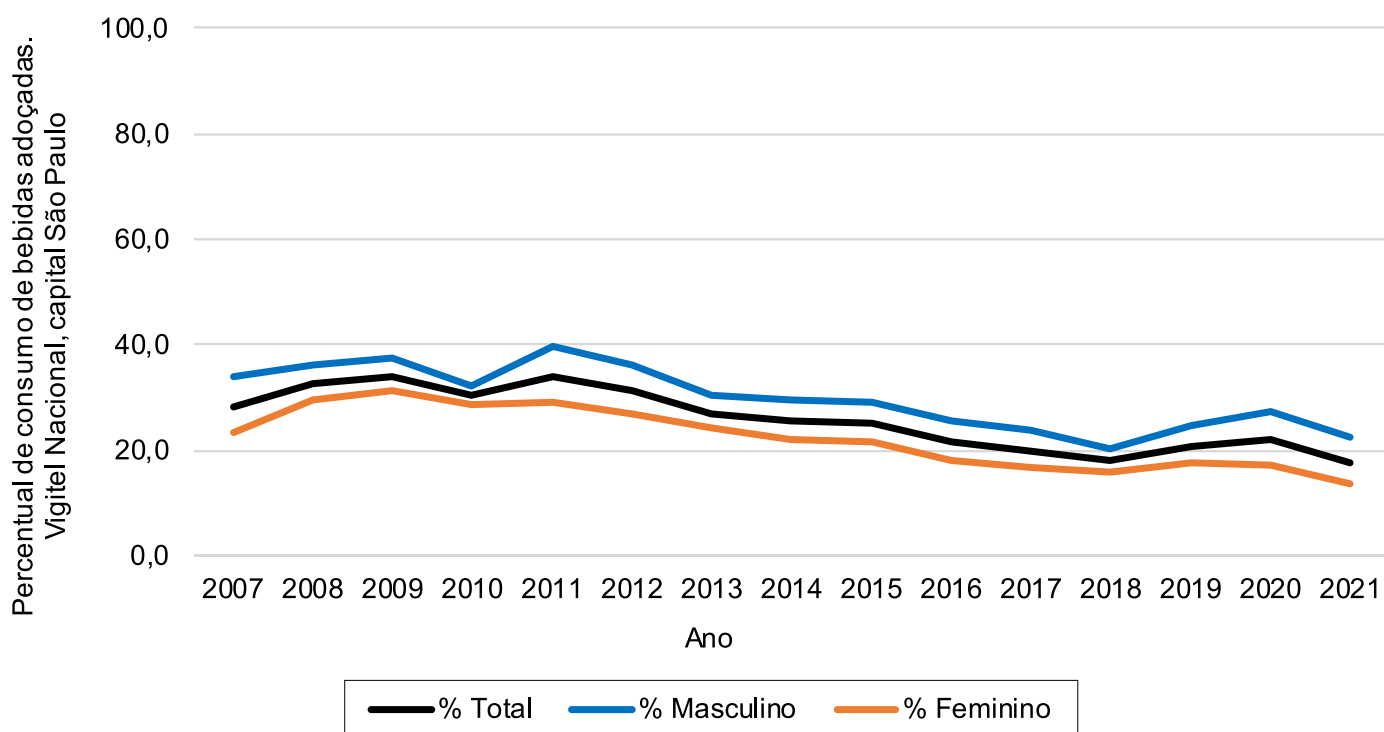
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

6º) Consumo de bebidas adoçadas

A prevalência de adultos que relataram consumir bebidas adoçadas na capital São Paulo diminuiu no período de 2007 a 2021, tanto no sexo masculino quanto no feminino (Gráfico 5 e [Tabela 6](#)). Dessa forma, a meta de redução do consumo de bebidas adoçadas foi alcançada para toda a população, e para ambos os sexos (Gráfico 5 e [Tabela 6](#)).

A pesquisa PNS de 2019 observou para a capital São Paulo prevalência de consumo de bebidas adoçadas de 13,3% para o total da população, 17,3% para o sexo masculino e 9,7% para o sexo feminino.¹¹

Gráfico 5. Monitoramento da prevalência de consumo bebidas adoçadas em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2007 a 2021. Vigilância Nacional, capital São Paulo.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

Tabela 6. Prevalência de consumo de bebidas adoçadas em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2007 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.

Ano	% Total	Meta total (reduzir 3%/ano)	% Masculino	Meta masculino (reduzir 3%/ano)	% Feminino	Meta feminino (reduzir 3%/ano)
2007	28,3		33,9		23,4	
2008	32,7		36,2		29,7	
2009	34,0		37,3		31,1	
2010	30,4		32,3		28,7	
2011	34,1		39,6		29,3	
2012	31,1		36,1		26,7	
2013	27,1		30,3		24,3	
2014	25,4		29,5		21,9	
2015	25,1		29,3		21,6	
2016	21,4		25,5		18,0	
2017	19,8		23,6		16,6	
2018	18,0		20,4		16,0	
2019	20,7	20,7	24,7	24,7	17,4	17,4
2020	21,9	20,1	27,5	24,0	17,1	16,9
2021	17,7	19,5	22,4	23,2	13,7	16,4

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

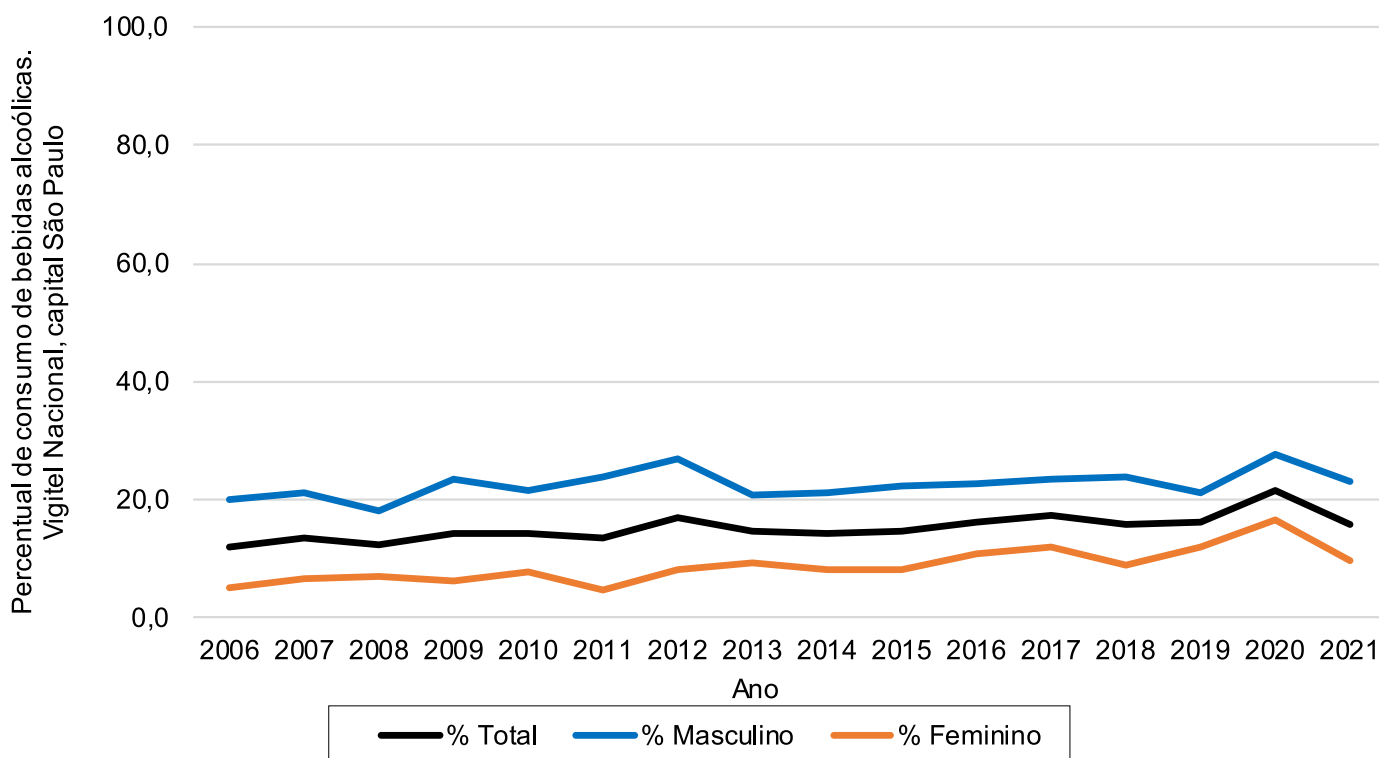
7º) Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

A prevalência de adultos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas na capital São Paulo tem se mantido estável ao longo do período de 2006 a 2021, mas com alguns picos nos anos de 2012 e 2017. Contudo, no ano de 2020 houve aumento acentuado na prevalência, mas isso pode ser decorrência da pandemia de Covid-19, que restringiu o deslocamento físico e permitiu que as pessoas ingerissem mais bebidas alcoólicas em domicílio. No ano seguinte, em 2021, ocorreu diminuição na prevalência, a qual alcançou percentual semelhante ao anterior à pandemia (Gráfico 6 e [Tabela 7](#)).

Com essa diminuição na prevalência observada no ano de 2021 foi possível atingir a meta na população total (prevalência atual: 15,8%; meta: 16,0%) e no sexo feminino (prevalência atual: 9,8%; meta: 11,9%), exceto no sexo masculino (prevalência atual: 23,0%; meta: 20,8%) (Gráfico 6 e [Tabela 7](#)).

A pesquisa PNS de 2019 observou para a capital São Paulo prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas de 17,5% para o total da população, 27,1% para o sexo masculino e 9,0% para o sexo feminino.¹¹

Gráfico 6. Monitoramento da prevalência de consumo de bebidas alcoólicas em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2007 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

Tabela 7. Monitoramento da prevalência de consumo de bebidas alcoólicas em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2007 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.

Ano	% Total	Meta Total (reduzir 1%/ano)	% Masculino	Meta Masculino (reduzir 1%/ano)	% Feminino	Meta Feminino (reduzir 1%/ano)
2006	12,0		20,0		5,1	
2007	13,4		21,1		6,7	
2008	12,3		18,2		7,1	
2009	14,4		23,6		6,3	
2010	14,2		21,4		7,9	
2011	13,6		23,8		4,7	
2012	16,9		26,9		8,3	
2013	14,6		20,8		9,2	
2014	14,2		21,2		8,1	
2015	14,8		22,5		8,2	
2016	16,2		22,7		10,7	
2017	17,4		23,6		12,1	
2018	15,8		23,8		9,0	
2019	16,3	16,3	21,2	21,2	12,1	12,1
2020	21,7	16,1	27,6	21,0	16,7	12,0
2021	15,8	16,0	23,0	20,8	9,7	11,9

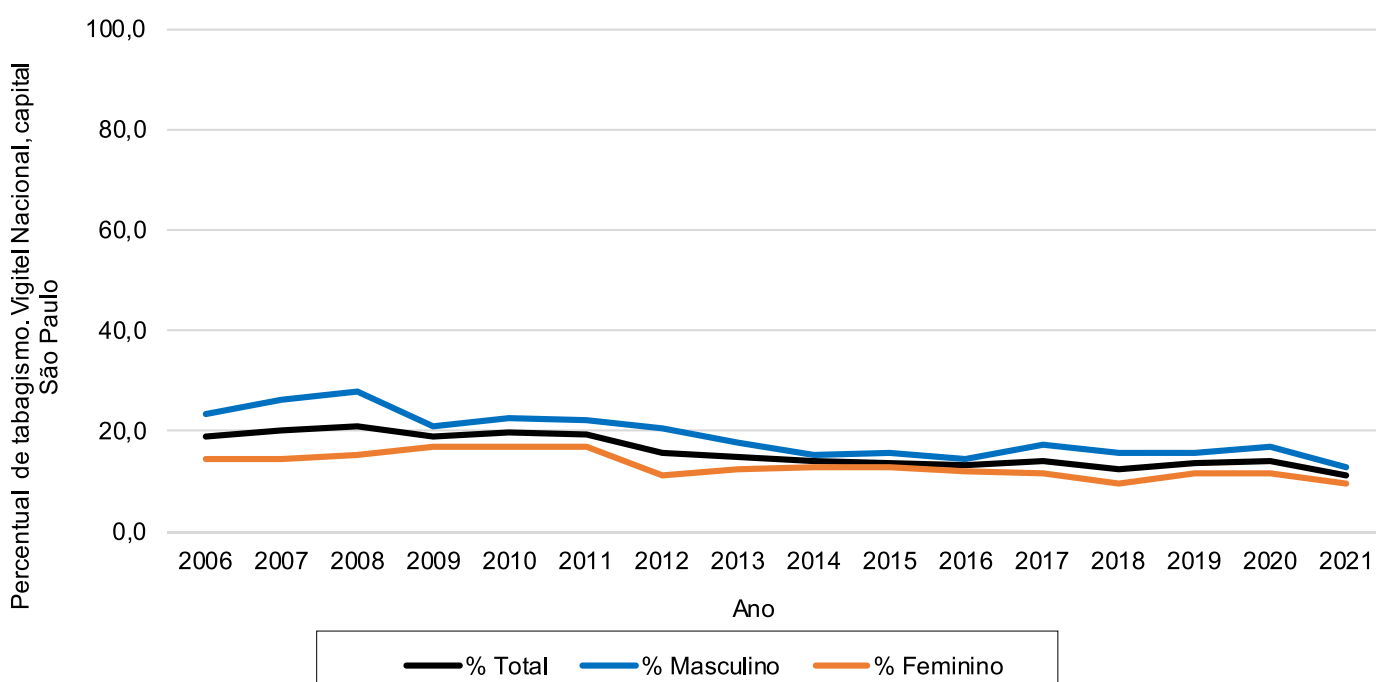
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

8º) Tabagismo

A prevalência de adultos que relataram tabagismo na capital São Paulo diminuiu no período de 2006 a 2021, tanto no sexo masculino quanto no feminino (Gráfico 7 e [Tabela 8](#)). Dessa forma, a meta de redução tabagismo foi alcançada para toda a população, e para ambos os sexos (Gráfico 8 e [Tabela 9](#)).

A pesquisa PNS de 2019 observou para a capital São Paulo prevalência de tabagismo de 14,4% para o total da população, 17,7% para o sexo masculino e 11,5% para o sexo feminino.¹¹

Gráfico 7. Monitoramento da prevalência de tabagismo em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2007 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

Tabela 8. Prevalência de tabagismo em adultos (18 anos ou mais) na capital São Paulo segundo sexo, 2007 a 2021. Vigitel Nacional, capital São Paulo.

Ano	% Total	Meta total (reduzir 4%/ano)	% Masculino	Meta masculino (reduzir 4%/ano)	% Feminino	Meta feminino (reduzir 4%/ano)
2006	18,8		23,6		14,6	
2007	20,0		26,2		14,6	
2008	21,0		27,7		15,1	
2009	18,8		21,0		16,9	
2010	19,6		22,8		16,8	
2011	19,3		22,2		16,8	
2012	15,5		20,7		11,1	
2013	14,9		17,6		12,6	
2014	14,1		15,4		13,0	
2015	13,7		15,6		12,9	
2016	13,2		14,6		12,1	
2017	14,2		17,2		11,7	
2018	12,5		15,6		9,8	
2019	13,5	13,5	15,6	15,6	11,7	11,7
2020	14,2	13,0	17,0	15,0	11,8	11,2
2021	11,2	12,4	13,0	14,4	9,7	10,8

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).

9º) Mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica

Não é possível calcular o indicador 9, conforme descrito na seção de [métodos](#).

10º) Cobertura vacinal contra o HPV

No estado de São Paulo em 2022, a cobertura da vacina contra o HPV entre as meninas era de 79,1% para a primeira dose (9 a 14 anos) e de 60,0% para a segunda dose (9 a 15 anos) e; entre os meninos era de 43,7% para a primeira dose (9 a 14 anos) e 28,6% para a segunda (9 a 15 anos).⁶ Esses valores encontram-se bem abaixo da meta de 80% recomendada no Plano de DANT.²

Conclusões

Verifica-se o cumprimento das metas recomendadas no Plano de DANT para os fatores de risco, consumo de alimentos ultraprocessados, consumo de bebidas adoçadas, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, exceto para o sexo masculino, e tabagismo. Contudo, há necessidade de inquéritos futuros para avaliar alterações de comportamentos em decorrência da pandemia de Covid-19 e de transformações sociais e econômicas na população.

Referências

1. World Health Organization. Fact sheets. Detail. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. [citado 25 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118p.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Inquéritos de Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares – PeNSE [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 25 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/pesquisa-nacional-de-saude-dos-escolares-pense>
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Inquéritos de Saúde. Vigilatel [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 25 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/vigitel>
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Inquéritos de Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 25 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/pesquisa-nacional-de-saude>
6. Divisão de Imunização. Cobertura da vacina contra HPV - solicitação da DVDCNT [Internet]. Mensagem para: Luciane Simões Duarte [citado 22 de maio de 2023]. [1 parágrafo].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigilatel Brasil 2011: 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, 2012. 132p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigilatel 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, 2009. 136p.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137p.
10. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 162 p.
11. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.

Contribuição dos autores

Luciane Simões Duarte: concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão a ser publicada. Mirian Matsura Shirassu: revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão a ser publicada. Marco Antonio de Moraes: revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão a ser publicada.

Aprovação dos autores

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Conflito de interesses

Os autores relatam que não há conflitos financeiros, de interesse comercial e/ou associativo, ou conflitos que possam influir ou impedir as avaliações dos editores.

Financiamento

Não houve financiamento para o desenvolvimento do Informe epidemiológico.