Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Estilo de vida saudável em São Paulo

Tatiane Kosimenko Ferrari

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão César

São Paulo
2014

Estilo de vida saudável em São Paulo

Tatiane Kosimenko Ferrari

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão César

São Paulo
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Chester Luiz Galvão Cesar, pela oportunidade, orientação e confiança.

Às professoras: Dra. Isabela Judith Martins Bensenor, Dra. Dirce Maria Lobo Marchioni e Dra. Regina Mara Fisberg, pelas sugestões e críticas que qualificaram este trabalho.

Aos meus pais, Amauri Acacio Ferrari e Lidia Kosimenko Ferrari, por serem meus exemplos de vida e meus maiores incentivadores.

Ao meu namorado, José Figueiredo Júnior, por ser a minha melhor companhia em todos os momentos.

Aos pesquisadores do ISA, pelo planejamento e execução das pesquisas, o que permitiu a utilização dos dados e a realização da minha dissertação.

Muito obrigada a todos!

“Se você pode sonhar, você pode fazer. ”

Walt Disney

Ferrari TK. Estilo de vida saudável em São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2014.

Introdução: Estudos epidemiológicos têm comprovado a associação que as doenças cardiovasculares mantêm com um conjunto relativamente pequeno de fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, o consumo de álcool, a dieta inadequada e a inatividade física. **Objetivos:** Analisar o estilo de vida saudável e não saudável da população adolescente, adulta e idosa do município de São Paulo, de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e com a quantidade e o tipo de domínios não cumpridos. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, de base populacional, realizado em 2008 e que utilizou dados do Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (ISA-Capital 2008). As informações foram obtidas por meio de um questionário estruturado e entrevistas domiciliares realizadas por pessoas treinadas e supervisionadas durante toda a realização do inquérito. A população do estudo foi obtida por amostragem probabilística complexa, por conglomerados, em dois estágios: setores censitários e domicílios. Das 3271 pessoas entrevistadas, 1652 indivíduos adolescentes (12–19; $\bar{x}$=15,3 anos), adultos (20–59; $\bar{x}$=38,7 anos) e idosos (60 ou mais; $\bar{x}$=70,8 anos) de ambos os sexos possuíam dados de avaliação da atividade física, tabagismo, consumo alimentar, consumo abusivo e dependência de álcool. O estilo de vida foi determinado pela avaliação de cinco domínios: atividade física, consumo alimentar, tabagismo, consumo abusivo e dependência de álcool, de acordo com as respectivas recomendações. Os indivíduos foram classificados em: estilo de vida saudável ou não saudável. Aqueles classificados como não saudável também foram categorizados de acordo com a quantidade e o tipo de domínios não cumpridos. Foram calculadas as estimativas de prevalência e o teste qui-quadrado, com p<0,05. **Resultados:** A prevalência de estilo de vida saudável foi de 36,9% entre os idosos, 15,4% entre os adultos e 9,8% entre os adolescentes (p=0,000). Entre os idosos (p=0,0001) e adultos (p=0,0015), o sexo feminino teve uma prevalência maior de estilo de vida saudável, quando comparado com o sexo masculino. Nos adultos, houve uma diferença na escolaridade em anos de estudo, sendo maior para 12 anos ou mais (p=0.0019); e na morbidade de 15 dias, sendo maior entre os que referiram morbidade (p=0,0006). Entre os indivíduos com estilo de vida não saudável, 51,5% dos idosos, 32,2% dos adultos e 57,9% dos adolescentes não cumpriram um domínio, sendo que não atingiram a recomendação para uma dieta adequada. **Conclusões:** A prevalência de estilo de vida saudável foi maior entre os idosos, seguida pelos adultos e adolescentes. Entre os idosos e os adultos, o estilo de vida saudável foi maior no sexo feminino do que no sexo masculino. Em todas as faixas etárias, o consumo alimentar foi o principal domínio responsável pelo estilo de vida não saudável neste município, evidenciando a importância de estratégias de intervenção para a promoção do estilo de vida saudável e, principalmente, da dieta adequada.

Descritores: estilo de vida; hábito de fumar; alcoolismo; consumo alimentar; atividade física; doenças cardiovasculares.

Ferrari TK. Healthy lifestyle in Sao Paulo. [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2014.

Background: Epidemiological studies have confirmed the association that cardiovascular disease maintain with a relatively small cluster of modifiable risk factors, like smoking, alcohol consumption, poor diet and physical inactivity. **Objective:** To analyze the healthy and unhealthy lifestyle of adolescents, adults and elderly population in São Paulo city, according to demographic and socioeconomic variables, and according to the number and type of no met domains. **Methods:** It is a cross-sectional study, population-based, conducted in 2008, which used data from the Health Survey of São Paulo (ISA Capital - 2008). The information was obtained through a structured questionnaire and household interviews conducted by trained and supervised people during the whole survey. The study population was obtained by complex probability sampling, by clusters, in two stages: census tracts and household. From 3271 surveyed people, 1652 adolescents (12–19; $\bar{x}$=15.3 years), adults (20–59; $\bar{x}$=38.7 years) and elderly (60 or more; $\bar{x}$=70.8 years) subjects of both sexes had data for assessment of physical activity, smoking, dietary intake, alcohol abuse and alcohol dependence. The lifestyle was determined by the valuation of five domains: physical activity, smoking, dietary intake, alcohol abuse and alcohol dependence, according to the respective recommendations. The subjects were classified as healthy or unhealthy lifestyle. Those classified as unhealthy lifestyle were also categorized according to the number and type of no met domains. The prevalence estimates and the chi-square were calculated, with $p<0.05$. **Results:** The prevalence of healthy lifestyle was 36.9% among the elderly, 15.4% among the adults and 9.8% among adolescents (p=0.000). Among the elderly (p=0.0001) and adults (p=0.0015), females had a higher prevalence of healthy lifestyle when compared with males. In adults, there was a difference in education in years of study, higher for 12 or more years (p=0.0019); and in morbidity of 15 days, higher among those who reported morbidity (p=0.0006). Among individuals with unhealthy lifestyle, 51.5% of elderly, 32.2% of adults, and 57.9% of adolescents have not served one domain, which have not attained the recommendation for an adequate diet. **Conclusions:** The prevalence of healthy lifestyle was higher among elderly, followed by adults and adolescents. Among elderly and adults, the healthy lifestyle was higher in females than males. In all age groups, food intake was the main domain responsible for the unhealthy lifestyle in this city. It shows the importance of intervention strategies to promote healthy lifestyle and, especially, the proper diet.

Keywords: life style; smoking; alcoholism; diet; food consumption; physical activity; cardiovascular diseases.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO..... 01
1.1 FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS..... 05
1.1.1 Tabagismo..... 06
1.1.2 Inatividade física..... 10
1.1.3 Consumo abusivo e dependência de álcool..... 12
1.1.4 Dieta inadequada..... 13
2. JUSTIFICATIVA..... 16
3. OBJETIVOS..... 19
3.1 OBJETIVO GERAL..... 19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 19
4. MÉTODOS..... 20
4.1 DELINEAMENTO GERAL..... 20
4.2 INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 2008..... 20
4.3 AMOSTRAGEM DO ISA CAPITAL – 2008 21
4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO..... 22
4.5 VARIÁVEL DEPENDENTE..... 23
4.5.1 Atividade física..... 25
4.5.2 Consumo alimentar..... 26
4.5.3 Tabagismo..... 29
4.5.4 Consumo abusivo e dependência de álcool..... 30
4.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES..... 31
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS..... 33
4.8 ASPECTOS ÉTICOS..... 33
5. RESULTADOS..... 35
6. DISCUSSÃO..... 61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 74
8. REFERÊNCIAS..... 76
ANEXOS..... 85
Anexo 1: Parecer Consubstanciado do CEP..... 85
CURRÍCULO LATTES..... 87
CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR..... 88

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 100 anos, os países industrializados observaram uma grande transformação em seu perfil epidemiológico, conceituada como transição epidemiológica e caracterizada pela gradual e progressiva queda das doenças infecciosas e parasitárias e pela ascensão das doenças crônico-degenerativas, particularmente, das doenças cardiovasculares (DCV) (ARAUJO, 2012). Nos países que não foram beneficiados pelos aspectos positivos da Revolução Industrial e nos quais só tardiamente tiveram início as tentativas de desenvolvimento econômico autônomo, também se verificaram, nas últimas cinco décadas, mudanças importantes nos padrões de morbidade (ARAUJO, 2012), sendo que as DCV e as neoplasias malignas passaram a assumir maior importância como causas de morte.

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (OMRAM, 2001; SANTOS-PRECIADO et al., 2003). Este processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; e

transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM et al., 2004).

As últimas décadas têm representado um período de mudanças importantes nas condições de vida e de saúde da população brasileira, que está mais velha, com um padrão de trabalho e lazer modificados e com profundas transformações na qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos (MONTEIRO et al., 2000). Neste sentido, as mudanças nos perfis epidemiológico e demográfico das populações tiveram como consequência uma maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente às DCV (LESSA, 2006).

As doenças crônicas são definidas como doenças que acompanham os indivíduos por um longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível (BARROS et al., 2006). As DCNT, incluindo as DCV, estão relacionadas com fatores de risco modificáveis e não modificáveis, constituindo uma das principais causas de mortalidade e incapacidade em quase todos os países, independentemente do desenvolvimento econômico (ALWAN et al., 2010). Os principais fatores de risco não modificáveis para as DCV são: o sexo, com predominância nos homens; a idade avançada, principalmente para as mulheres; a raça, sendo que os negros possuem maior susceptibilidade de desenvolver doenças cerebrovasculares e isquêmicas coronarianas, por motivos ainda não suficientemente explicados; a hereditariedade, sendo que pessoas com

histórias familiares até o 2º grau de doenças coronarianas possuem um risco maior de desenvolver a doença. Já entre os principais fatores de risco modificáveis estão: o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo e a alimentação inadequada (SBC, 2007; POLANCZYK, 2005). Estes indicadores de risco atuam em conjunto, e quanto maior a quantidade de fatores presentes, maior será a probabilidade de desencadear doenças coronarianas (LIMA et al., 2009).

A epidemia das DCV, que atinge todas as regiões do mundo, é impulsionada por fatores como o envelhecimento demográfico, a rápida urbanização não planejada, a globalização e o estilo de vida não saudável (WHO, 2009). Embora muitas condições crônicas se desenvolvam lentamente, as mudanças no estilo de vida e no comportamento estão ocorrendo em uma velocidade muito rápida (ALWAN et al., 2010).

Tanto estudos epidemiológicos transversais, quanto estudos longitudinais, têm comprovado a associação que as doenças cardiovasculares mantêm com um conjunto de fatores de risco, onde se destacam o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, o excesso de peso, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, o baixo consumo de frutas e hortaliças e a inatividade física (WHO, 2009). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o principal fator de risco para a mortalidade a nível mundial é a pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes), seguida pelo uso do tabaco (9%), o aumento da glicose no sangue (6%), a inatividade física (6%) e o excesso de peso (5%) (WHO, 2011c).

Com o impacto do aumento das DCNT e com o envelhecimento das populações, as mortes anuais relacionadas às DCNT tendem a aumentar em todo o mundo, sendo que o maior acréscimo é esperado principalmente nas regiões de baixa e média renda (WHO, 2011b). As projeções da OMS mostram que as DCNT serão responsáveis por um aumento significativo no número de mortes na próxima década, aumentando em 15% entre 2010 e 2020 (WHO, 2011b; MATHERS e LONCAR, 2006).

Atualmente, as DCNT já são as principais causas de morte no mundo, matando mais pessoas anualmente do que todas as outras causas combinadas, sendo que cerca de um quarto do total das mortes relacionadas às DCNT antecedem os 60 anos de idade (ALWAN et al., 2010; WHO, 2011b, 2011c). Das 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008, 36 milhões (63%) foram devido às DCNT, incluindo principalmente as DCV, cânceres, diabetes e doenças pulmonares crônicas (WHO, 2011b, 2011c). As DCV foram responsáveis pela maior proporção de mortes por DCNT (39%) abaixo dos 70 anos de idade (WHO, 2011b).

No Brasil, estima-se que as DCNT foram responsáveis por 74% de todas as mortes em 2010 (WHO, 2011c), constituindo a principal causa de morte entre os adultos e sendo responsável pela maior parte das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar (MS, 2008). Já as DCV, foram responsáveis por 33% de todas as mortes ocorridas no Brasil em 2008, constituindo as principais causas de morte entre as DCNT e respondendo por cerca de 250.000 óbitos por ano (WHO, 2011c). Além disso, as DCV

constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e são responsáveis pela principal alocação de recursos públicos em hospitalizações no Brasil, fazendo com que o ônus econômico das DCV venha crescendo exponencialmente nas últimas décadas (LIMA et al., 2009).

Embora as DCNT estejam atingindo proporções epidêmicas, inclusive em idades precoces, elas poderiam ser significativamente reduzidas através da diminuição de seus fatores de risco, detecção precoce e tratamentos adequados (MATHERS e LONCAR, 2006). Muitos cuidados de saúde relacionados às DCV são intervenções de baixo custo, especialmente em comparação com os procedimentos caros, que podem ser necessários quando a detecção e o tratamento são tardios e o paciente alcança estágios avançados da doença.

No Brasil, os fatores de risco modificáveis são responsáveis por 80% das causas das DCV (LIMA et al., 2009). Sendo assim, uma grande porcentagem destas doenças, principalmente em idades precoces, seria evitável através da redução dos seus quatro principais fatores de risco modificáveis: o tabagismo, a inatividade física, a dieta inadequada, o consumo abusivo e a dependência de álcool (WHO, 2009).

1.1 FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

Um fator de risco é definido a partir da combinação da ideia de causa direta de determinada enfermidade com os conceitos de probabilidade, predição e prognóstico (GORDIS, 2009). Portanto, são fatores que, quando presentes, aumentam a chance de uma determinada doença se desenvolver.

As DCV têm origem multifatorial, sendo que os fatores de risco participam de sua gênese. Os fatores de risco para as DCV podem ser não modificáveis e irreversíveis, como idade, sexo e heterogeneidade; ou modificáveis e reversíveis, estando relacionados com o estilo de vida (BOTREL et al., 2000).

Dentre os principais fatores de risco modificáveis relacionados com a maioria das DCV e provenientes do estilo de vida, destacam-se o tabagismo, a inatividade física, o consumo abusivo e/ou dependência de álcool e a dieta inadequada (WHO, 2009).

1.1.1 Tabagismo

O tabagismo está associado à alta morbidade e mortalidade, sendo considerado pela OMS a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo (CASTRO et al., 2007). Em 2020, as mortes relacionadas ao tabagismo são projetadas para aumentar para 7,5 milhões

(MATHERS e LONCAR, 2006), respondendo por 10% de todas as mortes neste mesmo ano.

Os riscos para a saúde resultantes do tabagismo são provenientes não só do consumo direto do tabaco, mas também da exposição indireta à fumaça (WHO, 2010b). Quase 6 milhões de pessoas morrem a cada ano devido ao uso do tabaco e à exposição indireta à fumaça, o que representa 6% de todas as mortes entre as mulheres e 12% de todas as mortes entre os homens no mundo (WHO, 2009). Destas mortes, pouco mais de 600 mil são atribuíveis à exposição indireta ao fumo e mais de 5 milhões ao uso direto do fumo (WHO, 2009; OBERG et al., 2011).

O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por DCV, doenças respiratórias e cânceres – incluindo os cânceres de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo de útero (OBERG et al., 2011).

É estimado que o tabagismo causa cerca de 71% de todas as mortes por câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e quase 10% das DCV (OBERG et al., 2011). Além disso, o tabagismo também é um importante fator de risco para as doenças transmissíveis, como a tuberculose e as infecções respiratórias (LIN et al., 2007).

Além das consequências negativas relacionadas com a saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças

associadas ao tabagismo consomem de 6 a 15% do gasto total com saúde (OLIVEIRA, 2008).

Após o reconhecimento mundial de que a expansão da epidemia do tabaco tornou-se um problema globalizado, os países membros das Nações Unidas estabeleceram e elaboraram o primeiro tratado internacional em saúde pública da história da humanidade: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). O objetivo do tratado é proteger a população mundial e as gerações futuras das consequências geradas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco. A partir de então, o controle do tabaco passou a ser encarado como uma questão ética e de responsabilidade social dos governos com suas populações (OLIVEIRA, 2008). O Brasil foi o segundo país a assinar o tratado, desempenhando uma posição de destaque no processo de negociação para a constituição da CQCT (MS, 2001).

O governo brasileiro, ainda preocupado com prejuízos ocasionados pelo uso do fumo na saúde da população, elaborou um Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), apesar de compreender que o Brasil é um país em desenvolvimento e grande produtor de tabaco (PONTES, 2008). Num primeiro momento as ações voltaram-se para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo crianças e adolescentes; e em seguida envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar (MS, 2001).

Atualmente, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e em parceria com ONGs e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, vem investindo esforços na socialização dos conhecimentos sobre cessação do fumo (MS, 2001). Da mesma forma, um processo de sensibilização de gestores de saúde no nível estadual e municipal tem contribuído para o crescente interesse no programa pelas diversas instâncias governamentais da área da saúde (OLIVEIRA, 2008). Esse processo contribuiu para uma significativa mudança de paradigma, onde o tabagismo passou progressivamente de um comportamento elegante e charmoso para um comportamento indesejável (MS, 2001).

Diversas medidas intersetoriais vêm sendo adotadas no país, destacando-se as leis que proíbem a propaganda dos produtos de tabaco em televisão, revistas, jornais e outdoors; as que proíbem fumar em ambientes públicos fechados; as que regulam os produtos de tabaco quanto aos seus conteúdos e emissões; as que regulam as atividades de promoção e as atividades de venda dos mesmos; implementação de ações educativas em escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde e de ações para aumentar o acesso da população ao tratamento da dependência da nicotina no sistema de saúde pública nacional (SUS); além da adoção de medidas e estratégias para controlar o mercado ilegal de cigarros, que tem aumentado no Brasil (CAVALCANTE, 2005).

1.1.2 Inatividade física

A inatividade física é o quarto principal fator de risco para a mortalidade (WHO, 2009). Das 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008, aproximadamente 5,3 milhões são atribuíveis à inatividade física (LEE et al., 2012), sendo que três em cada dez indivíduos com 15 anos ou mais (cerca de 1,5 bilhões de pessoas) não atingem as atuais recomendações de atividade física (HALLAL et al., 2012).

No mundo todo, estima-se que a inatividade física é responsável por 6% dos casos de doenças coronarianas, 7% dos casos de diabetes do tipo 2, 10% dos casos de câncer de mama, e 10% dos casos de câncer do cólon. Além disso, a inatividade física é responsável por 9% dos casos de mortalidade prematura (LEE et a., 2012).

Diversos fatores comportamentais e ambientais, como o rápido desenvolvimento da sociedade, afetam os níveis populacionais de atividade física (PRATT et al., 2012), sendo que a rápida urbanização, a mecanização e o aumento do uso de transportes motorizados causaram mudanças globais na atividade física (ASSAH et al., 2011; SULLIVAN et al., 2011).

Se a inatividade física não for eliminada, mas diminuir de 10 a 25%, cerca de 533 mil a 1,3 milhões de mortes poderiam ser evitadas a cada ano, respectivamente (LEE et al., 2012). Além disso, estima-se que a eliminação

da inatividade física aumentaria a expectativa de vida da população mundial em 0,68 anos (LEE et al., 2012).

Homens e mulheres de todas as idades, grupos socioeconômicos e etnias são mais saudáveis se atingem a recomendação de saúde pública de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física (AF) aeróbica de intensidade moderada, como uma caminhada rápida (USDHHS, 2008). As atividades de fortalecimento muscular também são recomendadas para a melhoria da saúde (USDHHS, 2008).

A participação em 150 minutos de AF moderadas por semana é estimada para reduzir o risco de doenças isquêmicas do coração em aproximadamente 30%, o risco de diabetes em 27% e o risco de câncer do cólon e da mama em 21 e 25%, respectivamente (WHO, 2009, 2010c; HASKELL et al., 2007). Além disso, a AF reduz o risco de acidente vascular cerebral, hipertensão, depressão e é um fator determinante para o gasto de energia, sendo fundamental para o equilíbrio energético e para o controle de peso (WHO, 2010c).

Devido à relação dose-resposta entre AF e saúde, as pessoas que desejam melhorar a sua aptidão física, reduzir os riscos de DCV e incapacidades ou prevenir o ganho de peso podem beneficiar-se ao ultrapassar os valores mínimos recomendados de AF (HASKELL et al., 2007).

1.1.3 Consumo abusivo e dependência de álcool

O consumo abusivo de álcool é reconhecido como um importante problema de saúde pública (WHO, 2011a) e um fator de risco para as mortes prematuras em todo o mundo (WHO, 2009). O consumo abusivo e prejudicial foi responsável por 2,3 milhões de mortes no mundo em 2004, o que equivale a 3,8% de todas as mortes no mundo. Mais da metade dessas mortes ocorreram como resultado de DCNT, incluindo câncer, DCV e cirrose hepática (WHO, 2011a).

No Brasil, um estudo conduzido em 1999, no Estado de São Paulo, apontou que 6,6% da população entre 12 e 65 anos de idade sofria de dependência de álcool (GALDURÓZ et al., 2003b). Dois anos depois, a mesma população foi pesquisada e foi constatado um aumento estatisticamente significativo para 9,4% de dependentes (GALDURÓZ et al., 2003a).

O consumo abusivo e a dependência de álcool estão associados com múltiplas consequências adversas para a saúde, como doenças cardíacas e cerebrovasculares (WHO, 2011a), eventos fatais e transtornos psiquiátricos (PALJARVI et al., 2005), traumas (FRENCH et al., 2005), violência doméstica (CUNRADI et al., 2002), quedas (MUKAMAL et al., 2004), várias neoplasias (POLEDNAK, 2005), doenças sexualmente transmissíveis

(COOK e CLARK, 2005), cirrose hepática (RAMSTEDT, 2003), dentre outros.

Apesar das evidências consistentes sobre o efeito benéfico do uso moderado de álcool sobre as DCV (WILKINS, 2002; STANDRIDGE et al., 2004; BURGER et al., 2004) e do seu possível efeito sobre a redução da mortalidade geral (DOLL, et al. 2005), as consequências danosas são muitas e parecem estar mais relacionadas ao consumo abusivo ocasional (REHM et al., 2001).

1.1.4 Dieta inadequada

É amplamente aceito que a dieta pode influenciar o estado de saúde do indivíduo. A epidemiologia nutricional tem mostrado forte associação entre alguns padrões de consumo alimentar – como o aumento no consumo de gordura, o excesso de açúcar e o consumo insuficiente de frutas e hortaliças – e a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as DCV (BAZZANO et al., 2003; BARRETO et al., 2005).

Nas últimas décadas, vários países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, vêm passando por uma transição nutricional (MONTEIRO et al., 1995; MONTEIRO et al., 2000). As evidências sobre a evolução da disponibilidade de alimentos no Brasil indicam que a transição alimentar no país tem sido,

de modo geral, favorável do ponto de vista dos problemas associados à subnutrição (aumento na disponibilidade de calorias *per capita* e aumento da participação de alimentos de origem animal na alimentação) e desfavorável no que se refere à obesidade e às demais DCNT (aumento da participação na ingestão de gorduras em geral, gorduras de origem animal e açúcar; e diminuição no consumo de cereais, leguminosas e frutas, verduras e legumes) (BARRETO et al., 2005).

A alimentação inadequada – rica em gorduras, com alimentos altamente refinados e processados e pobre em frutas, legumes e verduras – está associada ao aparecimento de diversas doenças como aterosclerose, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, doença isquêmica do coração, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus e câncer (BAZZANO et al., 2003; RIBOLI e NORAT, 2003). Por outro lado, uma dieta variada, pobre em gorduras e rica em vitamina C, fibras e β-caroteno, com consumo adequado de frutas e legumes reduz o risco de DCV, câncer de estômago e câncer colorretal (BAZZANO et al., 2003; RIBOLI e NORAT, 2003; ROLLS et al., 2006).

As frutas e hortaliças são alimentos importantes, pois são fontes de micronutrientes, fibras e de outros componentes com propriedades funcionais (ROLLS et al., 2004). Além disso, são alimentos de baixa densidade energética, ou seja, possuem poucas calorias em relação ao volume da alimentação consumida, o que favorece a manutenção do peso corporal (VAN DUYN e PIVONKA, 2000).

Outro fator determinante para os níveis de pressão arterial e o risco cardiovascular global é a quantidade de sal consumido na dieta (WHO, 2010a). A OMS recomenda o consumo máximo de sal inferior a 5 gramas por dia para a prevenção de DCV em adultos e crianças (WHO, 2007). No entanto, os dados de vários países indicam que a maioria das populações está consumindo muito mais sal do que isso (BROWN et al., 2009), sendo que o consumo do brasileiro está em 12 gramas diárias, valor que ultrapassa o dobro do recomendado (MS, 2011).

2. JUSTIFICATIVA

Enquanto a magnitude da epidemia das DCV aumentou nos últimos anos, o conhecimento e a compreensão de seu controle e prevenção também aumentaram (WHO, 2011b). As evidências mostram que as DCV são, em grande parte, evitáveis. Os países podem reverter o avanço dessas doenças, diminuir a incidência em idades precoces e obter ganhos rápidos se forem adotadas medidas adequadas nos cuidados de vigilância, promoção da saúde e prevenção de doenças (ALWAN et al., 2010; WHO, 2011c).

A prevenção e o controle dos fatores de risco modificáveis são fundamentais para evitar o crescimento epidêmico dessas doenças e suas graves consequências para a qualidade de vida dos indivíduos, pois além de causarem mortes prematuras, elas geram efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e para o sistema de saúde no país (MS, 2008). Além disso, torna-se importante adiar o surgimento das doenças crônicas e, principalmente, suas sequelas e prejuízos funcionais, mantendo-se fixa e expectativa de vida e reduzindo o intervalo de tempo vivido entre o início das doenças e a morte (FRIES, 1980).

Além de causarem danos irreversíveis, estas doenças apresentam um longo período assintomático e fatores de risco comuns que podem ser prevenidos. Por esses motivos, torna-se importante estabelecer um sistema

de vigilância que monitore seus fatores de risco e proteção, visando apoiar ações de promoção e prevenção (MALTA et al., 2008; MS, 2008).

Estudos mostram que ações de controle dos fatores de risco modificáveis dessas doenças, combinadas com educação comunitária e monitoramento de indivíduos com alto risco, contribuem para uma queda substancial na mortalidade em quase todos os países desenvolvidos (LEE et al., 2012; ALWAN et al., 2010; PASSOS et al., 2006; BAZZANO et al., 2003; BEAGHOLE et al., 2001). Portanto, tanto no planejamento de ações de promoção de saúde quanto no estabelecimento de políticas e programas que visem à redução da morbimortalidade precoce por DCV, é essencial o conhecimento da situação de saúde, da evolução e das tendências em diferentes comunidades e grupos da população.

Uma vez que os fatores de risco modificáveis relacionados ao estilo de vida respondem por grande parte de todas as mortes no mundo, a mensuração e o monitoramento destes fatores relacionados ao estilo de vida tornam-se essenciais para o planejamento de estratégias e ações para o controle do estilo de vida não saudável, prevenção de doenças e promoção da saúde. Neste sentido, os inquéritos de saúde populacionais têm sido uma importante ferramenta para a vigilância em saúde, pois são fontes de informações sobre a morbidade referida e o estilo de vida da população, características não captadas pelos sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e internações (SIH) (MALTA et al., 2008).

Apesar dos fatores de risco modificáveis relacionados ao estilo de vida serem potencialmente relevantes na definição do perfil epidemiológico da população e estarem associados à diminuição da mortalidade precoce por DCV, eles não vêm sendo monitorados de modo que possam ser avaliados de forma global. Muitos estudos avaliam estes fatores de risco individualmente (ASSAH et al., 2011; BAZZANO et al., 2003; BURGER et al., 2004; DOLL et al., 2005; FLORINDO et al., 2009; LEVY-COSTA et al., 2005; LIN et al., 2007; NEUTZLING et al., 2010; OBERG ET AL., 2011), mas são escassos os estudos que analisam as interações entre os mesmos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o estilo de vida da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o estilo de vida saudável e o estilo de vida não saudável da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas;

Descrever o estilo de vida não saudável da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo, de acordo com a quantidade e o tipo de domínios não cumpridos. Ou seja, de acordo com o cumprimento das recomendações para atividade física, consumo alimentar, tabagismo, consumo abusivo e dependência de álcool.

4. MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO GERAL

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, que utilizou dados da pesquisa *Inquérito Domiciliar de Saúde* no Município de São Paulo (ISA-Capital 2008), realizado no período de Setembro de 2008 à Fevereiro de 2009.

4.2 INQUÉRITO DOMICILIAR DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ISA-CAPITAL 2008)

O ISA-Capital estudou grupos temáticos, sendo que para cada um deles foram formuladas questões, em sua maioria fechadas. Os principais conjuntos temáticos são: condições de vida, morbidade referida, doenças crônicas, utilização de serviços de saúde e estilo de vida.

As informações foram obtidas por meio de um questionário estruturado em 21 blocos temáticos com a maioria das questões fechadas, aplicado diretamente à pessoa sorteada ou à mãe (ou responsável) para os

menores de 12 anos[a], garantindo maior confiabilidade das informações. As entrevistas domiciliares foram realizadas por pessoas treinadas e supervisionadas durante toda a duração do inquérito. Todos os entrevistadores foram avaliados e reciclados durante todo o período da pesquisa. Para assegurar o controle de qualidade na coleta de dados, foram realizadas novas entrevistas por telefone ou diretamente no domicílio para os entrevistados sem telefone, a partir de uma amostra aleatória de 5% do total das entrevistas.

4.3 AMOSTRAGEM DO ISA CAPITAL – 2008

A população do estudo refere-se àquela residente em área urbana do município de São Paulo. Ou seja, residentes em setores de situação urbana classificados como: área urbanizada, não urbanizada e urbanizada isolada. E dos tipos: comum e especial subnormal (favela), segundo o IBGE.

A amostra do ISA-Capital 2008 foi obtida por amostragem probabilística complexa, por conglomerados, em dois estágios: setores censitários e domicílios[b]. A partir dos objetivos do projeto, foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos sexo e idade: menores de um

[a] USP/FSP - Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública. Inquéritos de Saúde no Município de São Paulo – ISA Capital 2008: Questionário completo. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/isa-sp/pdf/questionarioisa2008.pdf. Acesso em: 20.01.2013.

[b] IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – Síntese de Indicadores 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

ano, de 1 a 11 anos de idade, mulheres de 12 a 19; 20 a 59 e 60 ou mais, e homens, nas mesmas faixas etárias[c].

O planejamento foi feito para que cada subgrupo populacional tivesse pelo menos 300 entrevistas. Esse tamanho permitiria estimar proporções de 50% (P=0,50 - que corresponde ao maior tamanho mínimo de amostra para estimativas de proporções), com erros de amostragem de sete pontos percentuais (d=0,07), com um nível de confiança de 95% e com efeitos do delineamento de 1,5.

Da amostra do ISA-Capital 2008, composta por 3271 pessoas entrevistadas, 197 eram menores de 1 ano, 383 entre 1 e 11 anos e 2691 maiores de 12 anos de idade.

A avaliação do consumo alimentar foi realizada em uma subamostra. Para essa avaliação, dos 2691 indivíduos elegíveis (maiores de 12 anos de idade), obtiveram-se informações de 1662 indivíduos (560 adolescentes, 585 adultos e 517 idosos).

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para a população do presente estudo, das 3271 pessoas entrevistadas no ISA Capital – 2008, foram selecionados os indivíduos de

[c] Alves MCGP, Escuder MML. Plano de amostragem do ISA Capital – 2008. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/isa-sp/pdf/planoamostral2008.pdf. Acesso em: 10.01.2013.

ambos os sexos, adolescentes (12 – 19 anos), adultos (20 – 59 anos), idosos (60 anos ou mais) e que possuíam dados para avaliação da AF, tabagismo, consumo alimentar e consumo abusivo e dependência de álcool, totalizando 1652 indivíduos.

A determinação da faixa etária (12 anos e mais) se deu uma vez que os instrumentos *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*, *CAGE* e Recordatórios de 24 horas, utilizados para a avaliação do nível de atividade física (NAF), do consumo de álcool e do consumo alimentar, respectivamente, só foram aplicados nessa população.

4.5 VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável dependente utilizada foi o estilo de vida, determinado pela interação de cinco domínios: atividade física, consumo alimentar, tabagismo, consumo abusivo de álcool e dependência de álcool. Os indivíduos foram classificados em duas categorias: estilo de vida não saudável ou estilo de vida saudável, sendo que o estilo de vida saudável foi caracterizado pelos indivíduos ativos, com dieta adequada (terceiro tercil), não fumantes ou ex-fumantes, com consumo não abusivo de álcool e não dependentes de álcool (*CAGE* negativo) (Figura 1). Os indivíduos classificados como estilo de vida não saudável também foram classificados em categorias intermediárias, de

acordo a quantidade e o tipo de domínios não cumpridos de forma adequada (Figura 2).

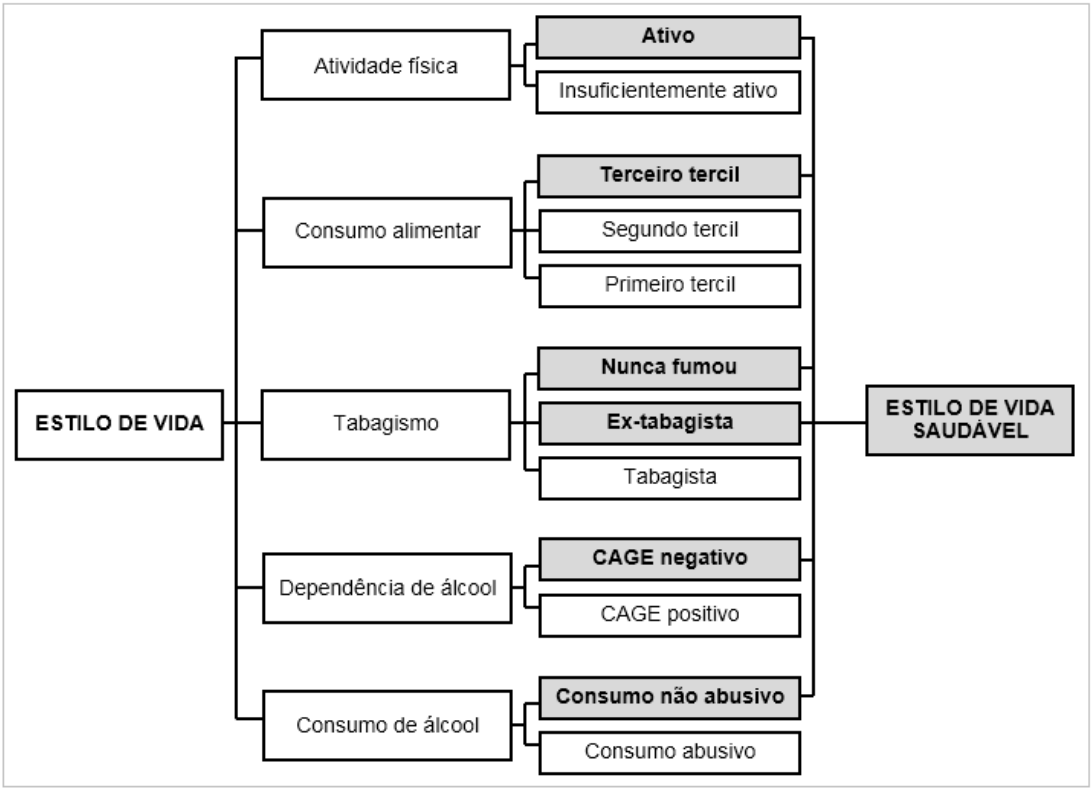

Figura 1. Caracterização do estilo de vida saudável.

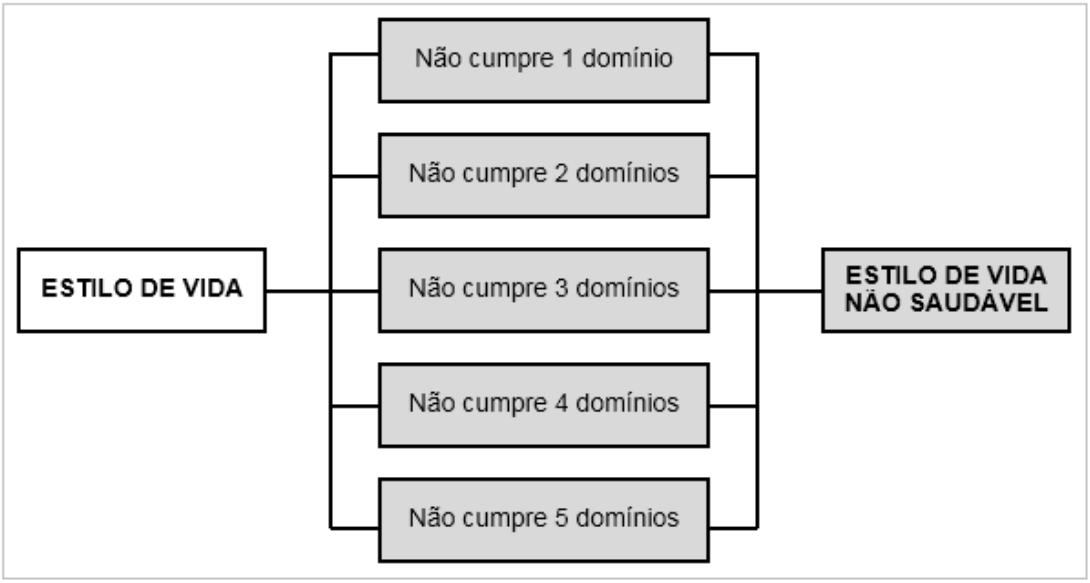

Figura 2. Caracterização progressiva do estilo de vida não saudável.

4.5.1 Atividade física

Para a avaliação da AF, foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ)[d], versão longa, já validado em populações do Brasil e de diversos outros países (HALLAL e VICTORA, 2004; CRAIG et al., 2003). As questões são referentes ao tipo de AF realizada (caminhada, intensidade moderada e intensidade vigorosa), a frequência e a duração total das atividades em cada um dos quatro domínios investigados: AF no lazer, no trabalho, no transporte e no ambiente doméstico. As perguntas estão relacionadas ao tempo gasto fazendo AF na última semana.

O escore de prática de AF em minutos por semana foi calculado para a AF total (soma dos minutos por semana em cada um dos quatro domínios da atividade física), a partir da soma do número de minutos de caminhadas e atividades moderadas, mais duas vezes o número de minutos de atividades vigorosas (FLORINDO et al., 2009; HALLAL et al., 2003).

A partir do escore de prática de AF total em minutos por semana, optou-se por utilizar o ponto de corte de 150 minutos semanais. Foram considerados insuficientemente ativos os indivíduos que relataram prática de atividade física total semanal por tempo inferior a 150 minutos e ativos os indivíduos que relataram prática de atividade física total semanal por tempo igual ou superior a 150 minutos. Esta categorização foi escolhida a partir das

[d] International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Disponível em: http://www.ipaq.ki.se. Acesso em: 29.01.2013.

diretrizes mais recentes para a prática de atividade física em adultos e idosos (FLORINDO et al., 2009; USDHHS, 2008).

O *IPAQ* é parte do Bloco L do questionário do ISA Capital - 2008, constituindo a área temática estilo de vida e compondo as questões de L07 até L21.

4.5.2 Consumo alimentar

O consumo alimentar foi medido a partir do Método Recordatório de 24 horas (R24h). O R24h possui baixo custo, rápida aplicação (que pode ser pessoalmente, por telefone ou pela internet), e tende a não alterar a ingestão do entrevistado (RUTISHAUSERV, 2002; FISBERG et al., 2005). Por meio dele o indivíduo é questionado sobre os alimentos e bebidas consumidos no período anterior à entrevista, geralmente o dia anterior - do momento em que acordou até a hora em que foi dormir (FISBERG et al., 2005; TUCKER, 2007).

Foi utilizado o método *Multiple-Pass Method (MPM)*, por meio do qual o entrevistado é orientado por cinco etapas (listagem rápida; listagem de alimentos comumente esquecidos; definição do horário e refeição; ciclo de detalhamento e revisão; e revisão final) (MOSHFEGH et al., 2008). Esse método contribui para que o indivíduo se recorde dos alimentos e bebidas

consumidos no dia anterior à entrevista e os relate de maneira detalhada, reduzindo os erros na medida dietética (RAPER et al., 2004). Para padronização na coleta de dados, foi utilizado um formulário para aplicação do R24h e um manual explicativo para o seu preenchimento.

Os alimentos citados foram quantificados em gramas, de acordo com PINHEIRO et al. (2000) e FISBERG et al. (2002). As medidas caseiras foram transformadas em unidades de medidas e o valor nutritivo foi calculado pelo software *Nutrition Data System for Research (NDS, versão 2007, Nutrition Coordinating center [NCC], University of Minnesota, Minneapolis).* A principal fonte de valores nutricionais dos alimentos foi a tabela de composição nutricional do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA, 2010), além de informações fornecidas por fabricantes de alimentos, da literatura científica e de outras tabelas de alimentos publicadas. Os dados de todas as fontes de informações de nutrientes foram avaliados anteriormente em amostras de confiabilidade antes de sua inclusão no software de banco de dados. O R24h é parte do Bloco L do questionário do ISA Capital - 2008, constituindo a área temática estilo de vida.

Para a avaliação da qualidade da dieta foi utilizado o Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) (PREVIDELLI et al., 2011), de acordo com as recomendações do Guia Alimentar de 2006[e], da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2004), do *Institute of Medicine* (IMNA,

[e] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

2004), do *Healthy Eating Index 2005* (HEI-2005)[f] e da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2007).

O IQD-R é um escore obtido através de uma pontuação que representa aspectos de uma dieta saudável. O IQD-R possui 12 componentes, dos quais nove são grupos alimentares, dois são nutrientes e o último representa a soma do valor energético proveniente da ingestão de gordura sólida, álcool e açúcar de adição (componente Gord_AA) (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição dos componentes, valores de referência e pontuação máxima do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R).

	Componentes	**Valores de referência**	**Pontuação máxima**
1	Frutas totais (incluindo 100% suco)	1,0 porção/1000 kcal	5
2	Frutas inteiras (excluindo o suco)	0,5 porção/1000 kcal	5
3	Vegetais totais	1,0 porção/1000 kcal	5
4	Vegetais verdes-escuros e alaranjados e leguminosas	0,5 porção/1000 kcal	5
5	Cereais totais	2,0 porção/1000 kcal	5
6	Cereais integrais	1,0 porção/1000 kcal	5
7	Leite e derivados	1,5 porção/1000 kcal	10
8	Carnes e leguminosas	1,0 porção/1000 kcal	10
9	Óleos	0,5 porção/1000 kcal	10
10	Gordura saturada	<7% do valor energético total	10
11	Sódio	<700 mg	10
12	Calorias provenientes de gorduras sólidas, bebidas alcoólicas e açúcares adicionados	≤10% do valor energético total	20

Extraído de: PREVIDELLI et al., 2011.

[f] Guenther PM, Reedy J, Krebs-Smith SM, Reeve BB, Basiotis PP. Development and evaluation of the Healthy Eating Index-2005: technical report. Alexandria: Center for Nutrition Policy and Promotion, U.S. Department of Agriculture; 2007. Disponível em: http://www.cnpp.usda.gov/HealthyEatingIndex.htm. Acesso em: 20.01.2013.

Definiu-se o número de porções diárias recomendadas dos grupos de alimentos para 1.000 kcal, buscando-se manter a correspondência com o preconizado no Guia Alimentar 2006[e]. Cada componente é avaliado e pontuado de zero à dez, sendo que os valores intermediários são calculados na proporção em que são consumidos. Para a ingestão maior ou igual às porções recomendadas dos grupos de alimentos por 1.000 kcal atribuiu-se pontuação máxima (cinco ou 10 pontos) e zero para ausência do consumo, sendo que os valores intermediários foram calculados proporcionalmente à quantidade consumida.

O IQD-R é obtido através da soma de todos os componentes e varia de 0 até 100 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor a qualidade da dieta (PREVIDELLI et al., 2011). No presente estudo, os indivíduos foram categorizados em tercis, de acordo com a distribuição dos escores da qualidade da dieta.

4.5.3 Tabagismo

Para a avaliação do tabagismo foram realizadas doze perguntas sobre o hábito de fumar, o tipo de tabaco, as quantidades diárias e a exposição ao fumo.

Foram considerados tabagistas aqueles que referiram já terem fumado alguma vez, ao menos um cigarro por dia, todos os dias, durante pelo menos um mês, e fumarem atualmente. Como ex-tabagistas foram considerados os que referiram não fumar atualmente, porém em algum período da vida terem fumado ao menos um cigarro por dia, todos os dias, durante pelo menos um mês.

As questões relacionadas ao tabagismo fazem parte do Bloco L do questionário do ISA Capital - 2008, constituindo a área temática estilo de vida e compondo as questões de L22 até L33.

4.5.4 Consumo abusivo e dependência de álcool

Para a avaliação da dependência e do consumo abusivo de álcool foram utilizados o questionário *CAGE* e uma questão sobre a frequência diária do consumo de bebidas alcoólicas, respectivamente.

Para a avaliação da dependência de álcool foi utilizado o questionário *CAGE* (MAYFIELD et al., 1974), capaz de detectar uma possível dependência de álcool em estudos clínicos e populacionais. O *CAGE* é constituído por quatro questões referentes ao anagrama: (***C****ut down* - redução da ingesta / ***A****nnoyed by criticism* - irritação / ***G****uilty* - culpa / ***E****ye-opener* – identificação de ressaca). No Brasil, sua validação foi feita por

MASUR e MONTEIRO (1983), observando-se sensibilidade de 88,0% e especificidade de 83,0%. São considerados como casos suspeitos de dependência de álcool os indivíduos que respondem afirmativamente a duas ou mais perguntas, caracterizando *CAGE* positivo.

Para a avaliação do consumo abusivo de álcool foi utilizada uma questão sobre a frequência diária do consumo de bebidas alcoólicas. O ponto de corte para definir consumo abusivo foi de 30 gramas/dia de etanol ou mais para o sexo masculino, e 24 gramas/dia ou mais para o sexo feminino (MOREIRA et al., 1996).

As questões relacionadas ao consumo de álcool fazem parte do Bloco L do questionário do ISA Capital - 2008, constituindo a área temática estilo de vida e compondo as questões de L34 até L42.

4.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes estudadas estão descritas e categorizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis independentes utilizadas no estudo. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Variável	Categorização
Sexo	Masculino Feminino

Quadro 1 – Variáveis independentes utilizadas no estudo. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Variável	Categorização
Faixa etária	Adolescentes (12 a 19 anos) Adultos (20 a 59 anos) Idosos (60 anos e mais)
Escolaridade em anos de estudo	0 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 anos e mais
Situação conjugal	Casado /União estável Solteiro Separado / Desquitado Viúvo
Raça / Cor	Branca Preta Parda Outras
Religião	Sem religião Católica Protestante / Evangélica Espírita Crê em Deus Outras
Atividade remunerada	Trabalha Desempregado(a) Aposentado(a) / Pensionista Dona de casa Estudante Outros
Renda familiar mensal em salários mínimos *per capita*	< 1 salário mínimo 1 a 4 salários mínimos 5 salários mínimos e mais
Escolaridade do chefe da família	0 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 anos e mais
Morbidade de 15 dias	Sim Não
Número de doenças crônicas	0 1 2 a 3 4 e mais
Deficiência física	Sim Não

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados do ISA Capital – 2008 foram codificados diretamente nos questionários e digitados em máscara de *EpiInfo*. Na análise geral dos dados, os programas de processamento e análise incorporaram os fatores de ponderação da amostra, baseados no sexo e idade dos entrevistados e na fração amostral do setor censitário.

Para a análise dos dados, foram calculadas as estimativas de prevalência de indivíduos com estilo de vida saudável e estilo de vida não saudável, segundo algumas variáveis demográficas e socioeconômicas e as estimativas de prevalência de indivíduos com estilo de vida não saudável, de acordo com a quantidade e tipo de domínios não cumpridos. A significância estatística foi calculada pelo teste qui-quadrado para heterogeneidade (BERQUÓ et al., 1981). O nível de significância estatística adotado foi de $p \leq 0,05$.

Foi utilizado o pacote estatístico *Stata (Stata, versão 10, StataCorp, College Station, Texas, EUA)*, que permite incorporar os aspectos referentes ao delineamento complexo da amostra – estratos, conglomerados e ponderações – por meio do módulo *survey*.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual eram explicados os objetivos da pesquisa e as informações que seriam solicitadas, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato das informações obtidas.

O projeto de pesquisa principal – ISA Capital 2008 – foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob o parecer nº 13/01 (protocolo nº 381). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob o parecer nº 498.688.

5. RESULTADOS

A amostra do estudo, descrita na Tabela 2, é composta por 1652 indivíduos, sendo 515 idosos (60 ou mais; $\bar{x}$=70,8 anos), 582 adultos (20–59; $\bar{x}$=38,7 anos) e 555 adolescentes (12–19; $\bar{x}$=15,3 anos).

Entre os idosos, 59,7% eram do sexo feminino e 40,3% eram do sexo masculino; 32,1% referiram ter de 0-3 anos de estudo, 32,7% referiram ter de 4-7 anos de estudo, 26,0% referiram ter de 8-11 anos de estudo e 9,2% referiram ter 12 anos ou mais de estudo; 57,9% eram casados ou possuíam união estável, 7,1% eram solteiros, 9,2% eram separados ou desquitados, 24,8% eram viúvos e 1,0% não responderam ou não souberam responder; 70,1% eram brancos, 6,5% eram pretos, 20,7% eram pardos e 2,7% representavam outras cores; 4,4% relataram não ter religião, 67,5% eram católicos, 15,0% eram protestantes ou evangélicos, 3,8% eram espíritas, 0,9% relataram somente crer em Deus e 8,4% relataram outras religiões; 6,43% referiram trabalhar, 0,31% eram desempregados, 19,23% eram aposentados ou pensionistas, 7,5% eram donas de casa e 66,63% referiram outras atividades remuneradas; 24,0% relataram renda familiar mensal menor que 1 salário mínimo, 61,2% relataram entre 1 e 4 salários mínimos e 14,8% relataram 5 salários mínimos ou mais; 23,6% declararam de 0-3 anos de estudo para o chefe da família, 32,9% declararam de 4-7 anos de estudo para o chefe da família, 28,2% declararam de 8-11 anos de estudo para o

chefe da família, 14,3% declararam 12 anos de estudo ou mais para o chefe da família e 1,0% não responderam ou não souberam responder; 23,4% referiram morbidade nos últimos 15 dias e 76,6% não referiram morbidade; 9,4% não relataram doença crônica, 16,2% relataram uma doença crônica, 36,7% relataram duas ou três doenças crônicas e 37,7% relataram 4 ou mais doenças crônicas; 68,6% declararam não possuir deficiência física e 31,4% declararam possuir deficiência física.

Entre os adultos, 55,3% eram do sexo feminino e 44,7% eram do sexo masculino; 6,6% referiram ter de 0-3 anos de estudo, 17,1% referiram ter de 4-7 anos de estudo, 52,8% referiram ter de 8-11 anos de estudo e 23,5% referiram ter 12 anos ou mais de estudo; 71,0% eram casados ou possuíam união estável, 11,7% eram solteiros, 10,8% eram separados ou desquitados, 5,2% eram viúvos e 1,3% não responderam ou não souberam responder; 57,9% eram brancos, 7,6% eram pretos, 32,4% eram pardos e 2,1% representavam outras; 6,5% relataram não ter religião, 53,7% eram católicos, 22,2% eram protestantes ou evangélicos, 8,4% eram espíritas, 3,2% relataram somente crer em Deus e 6,0% relataram outras religiões; 35,7% referiram trabalhar, 4,4% eram desempregados, 1,7% eram aposentados ou pensionistas, 8,8% eram donas de casa, 1,9% eram estudantes e 47,5% referiram outras atividades remuneradas; 16,8% relataram renda familiar mensal menor que 1 salário mínimo, 60,2% relataram entre 1 e 4 salários mínimos e 23,0% relataram 5 salários mínimos ou mais; 9,7% declararam de 0-3 anos de estudo para o chefe da família,

19,6% de 4-7 anos de estudo para o chefe da família, 48,5% referiram de 8-11 anos de estudo para o chefe da família, 20,9% declararam 12 anos de estudo ou mais para o chefe da família e 1,3% não responderam ou não souberam responder; 16,2% referiram morbidade nos últimos 15 dias e 83,8% não referiram morbidade; 27,7% não relataram doença crônica, 26,6% relataram uma doença crônica, 29,0% relataram duas ou três doenças crônicas e 16,7% relataram 4 ou mais doenças crônicas; 87,9% declararam não possuir deficiência física e 12,1% declararam possuir deficiência física.

Entre os adolescentes, 49,4% eram do sexo feminino e 50,6% eram do sexo masculino; 73,3% eram casados ou possuíam união estável, 4,9% eram solteiros, 14,1% eram separados ou desquitados, 6,3% eram viúvos e 1,4% não responderam ou não souberam responder; 56,9% eram brancos, 9,8% eram pretos, 32,1% eram pardos e 1,2% representavam outras cores; 14,1% relataram não ter religião, 48,2% eram católicos, 19,9% eram protestantes ou evangélicos, 3,5% eram espíritas, 7,6% relataram somente crer em Deus e 6,7% relataram outras religiões; 21,3% relataram renda familiar mensal menor que 1 salário mínimo, 60,6% relataram entre 1 e 4 salários mínimos e 18,1% relataram 5 salários mínimos ou mais; 9,9% declararam de 0-3 anos de estudo para o chefe da família, 22,3% declararam de 4-7 anos de estudo para o chefe da família, 44,5% declararam de 8-11 anos de estudo para o chefe da família, 21,8% declararam 12 anos de estudo ou mais para o chefe da família e 1,5% não

responderam ou não souberam responder; 17,2% referiram morbidade nos últimos 15 dias e 82,8% não referiram morbidade; 38,2% não relataram doença crônica, 26,3% relataram uma doença crônica, 27,0% relataram duas ou três doenças crônicas e 8,5% relataram 4 ou mais doenças crônicas; 92,5% declararam não possuir deficiência física e 7,5% declararam possuir deficiência física. A escolaridade em anos de estudo e a atividade remunerada não foram analisadas, pois não se aplicam para esta faixa etária.

No que diz respeito aos fatores de risco modificáveis relacionados ao estilo de vida, 89,2% dos idosos, 77,2% dos adultos e 77,2% dos adolescentes eram ativos; 52,2% dos idosos, 33,4% dos adultos e 14,6% dos adolescentes estavam classificados no terceiro tercil do consumo alimentar, representando uma dieta adequada; 56,7% dos idosos, 58,0% dos adultos e 92,9% dos adolescentes nunca fumaram; 33,3% dos idosos, 16,5% dos adultos e 2,6% dos adolescentes eram ex-tabagistas; 96,4% dos idosos, 95,5% dos adultos e 97,7% dos adolescentes não eram dependentes de álcool; e 85,0% dos idosos, 62,0% dos adultos e 81,2% dos adolescentes referiram um consumo não abusivo de álcool.

Tabela 2 – Descrição da amostra de acordo com a faixa etária, variáveis demográficas, variáveis socioeconômicas, atividade física, consumo alimentar, tabagismo, consumo e dependência de álcool. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

	Proporção (%)			
	Idosos (n=515)	Adultos (n=582)	Adolescentes (n=555)	Total (n=1652)
Sexo				
Feminino	59,7	55,3	49,4	54,4
Masculino	40,3	44,7	50,6	45,6
Escolaridade em anos de estudo				
0 – 3 anos	32,1	6,6	-	11,1
4 – 7 anos	32,7	17,1	-	19,9
8 – 11 anos	26,0	52,8	-	48,0
12 anos ou mais	9,2	23,5	-	21,0
Situação conjugal				
Casado(a)/União estável	57,9	71,0	73,3	69,8
Solteiro(a)	7,1	11,7	4,9	9,4
Separado(a)/Desquitado(a)	9,2	10,8	14,1	11,4
Viúvo (a)	24,8	5,2	6,3	8,1
ns/nr	1,0	1,3	1,4	1,3
Raça/ Cor				
Branca	70,1	57,9	56,9	59,2
Preta	6,5	7,6	9,8	8,0
Parda	20,7	32,4	32,1	30,8
Outras	2,7	2,1	1,2	2,0
Religião				
Sem religião	4,4	6,5	14,1	8,1
Católica	67,5	53,7	48,2	54,1
Protestante/ Evangélica	15,0	22,2	19,9	20,6
Espírita	3,8	8,4	3,5	6,6
Crê em Deus	0,9	3,2	7,6	4,0
Outras	8,4	6,0	6,7	6,6
Atividade remunerada				
Trabalha	6,4	35,7	-	30,5
Desempregado(a)	0,3	4,4	-	3,7
Aposentado(a)/Pensionista	19,2	1,7	-	4,8
Dona de casa	7,5	8,8	-	8,5
Estudante	-	1,9	-	1,6
Outros	66,6	47,5	-	50,9
Renda familiar mensal				
< 1 salário mínimo	24,0	16,8	21,3	18,9
1 a 4 salários mínimos	61,2	60,2	60,6	60,4

Tabela 2 – Descrição da amostra de acordo com a faixa etária, variáveis demográficas, variáveis socioeconômicas, atividade física, consumo alimentar, tabagismo, consumo e dependência de álcool. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

	Proporção (%)			
	Idosos (n=515)	Adultos (n=582)	Adolescentes (n=555)	Total (n=1652)
5 salários mínimos ou mais	14,8	23,0	18,1	20,7
Escolaridade do chefe da família				
0 – 3 anos	23,6	9,7	9,9	11,6
4 – 7 anos	32,9	19,6	22,3	22,0
8 – 11 anos	28,2	48,5	44,5	44,8
12 anos ou mais	14,3	20,9	21,8	20,3
ns/nr	1,0	1,3	1,5	1,3
Morbidade de 15 dias				
Sim	23,4	16,2	17,2	17,4
Não	76,6	83,8	82,8	82,6
Número de doenças crônicas				
0	9,4	27,7	38,2	27,9
1	16,2	26,6	26,3	25,2
2 – 3	36,7	29,0	27,0	29,5
4 ou mais	37,7	16,7	8,5	17,4
Deficiência física				
Não	68,6	87,9	92,5	86,5
Sim	31,4	12,1	7,5	13,5
Atividade física global				
Ativo	89,2	77,2	77,2	78,8
Insuficientemente ativo	10,8	22,8	22,8	21,2
Consumo alimentar				
Terceiro tercil	52,2	33,4	14,6	31,2
Segundo tercil	33,1	36,0	31,5	34,5
Primeiro tercil	14,7	30,6	53,9	34,3
Tabagismo				
Nunca fumou	56,7	58,0	92,9	66,5
Ex-tabagista	33,3	16,5	2,6	15,3
Tabagista	10,0	25,5	4,5	18,2
Dependência de álcool				
CAGE negativo	96,4	95,5	97,7	96,2
CAGE positivo	3,6	4,5	2,3	3,8
Consumo de álcool				
Consumo não abusivo	85,0	62,0	81,2	69,9

Tabela 2 – Descrição da amostra de acordo com a faixa etária, variáveis demográficas, variáveis socioeconômicas, atividade física, consumo alimentar, tabagismo, consumo e dependência de álcool. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

	Proporção (%)			
	Idosos (n=515)	Adultos (n=582)	Adolescentes (n=555)	Total (n=1652)
Consumo abusivo	15,0	38,0	18,8	30,1

A Tabela 3 mostra que houve uma diferença estatisticamente significante na prevalência de estilo de vida saudável e estilo de vida não saudável entre os idosos, adultos e adolescentes do Município de São Paulo em 2008 (p=0,000). A maior prevalência de estilo de vida saudável foi encontrada entre os idosos (36,9%), seguida pelos adultos (15,4%) e adolescentes (9,8%).

Tabela 3 – Prevalência de estilo de vida saudável e estilo de vida não saudável em idosos, adultos e adolescentes do Município de São Paulo. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

	Prevalência (%)			
Indicador de estilo de vida	Idosos	Adultos	Adolescentes	Total
Estilo de vida saudável	36,9*	15,4*	9,8*	16,8
Estilo de vida não saudável	63,1	84,6	90,2	83,2
Valor de p*	0,000			

* Valor de p para o teste qui-quadrado.

A Tabela 4 mostra que houve uma diferença estatisticamente significante na prevalência de estilo de vida saudável em idosos segundo o sexo (p=0,0001). A prevalência de estilo de vida saudável foi de 43,8% no sexo feminino e 26,7% no sexo masculino.

Em relação ao grau de escolaridade, a prevalência de estilo de vida saudável foi de 44,9% entre os idosos com 0-3 anos de estudo, 37,2% entre 4-7 anos de estudo, 32,7% entre 8-11 anos de estudo e 20,1% entre 12 anos de estudo ou mais.

Já em relação à escolaridade do chefe da família, a prevalência de estilo de vida saudável na população idosa foi de 45,1% entre os que estudaram de 0 a 3 anos, 38,3% entre os que estudaram de 4 a 7 anos, 32,8% entre os que estudaram de 8 a 11 anos e 28,3% entre os que estudaram 12 anos ou mais (Tabela 4).

Em relação à situação conjugal, a prevalência de estilo de vida saudável na população idosa foi de 34,8% entre os casados ou em união estável, 33,1% entre os solteiros, 41,8% entre os separados ou desquitados e 41,2% entre os viúvos. Quanto à raça ou cor, a prevalência de estilo de vida saudável na população idosa foi de 33,0% entre os brancos, 54,8% entre os pretos, 45,2% entre os pardos e 31,2% entre os demais (Tabela 4).

No que diz respeito à religião, a prevalência de estilo de vida saudável na população idosa foi de 21,9% entre os sem religião, 35,9% entre os católicos, 48,3% entre os protestantes/evangélicos, 23,4% entre os espíritas, 35,2% entre os que somente creem em Deus e 39,3% entre os outros (Tabela 4).

Em relação à atividade remunerada, a prevalência de estilo de vida saudável na população idosa foi de 45,0% entre os que trabalham, 0% entre

os desempregados, 37,9% entre os aposentados/pensionistas, 52,1% entre as donas de casa e 34,4% entre os outros (Tabela 4).

No que diz respeito à renda familiar mensal, a prevalência de estilo de vida saudável na população idosa foi de 41,8% entre os que possuem renda menor do que 1 salário mínimo, 35,4% entre os que possuem renda entre 1 e 4 salários mínimos e 35,2% entre os que possuem renda de 5 salários mínimos ou mais (Tabela 4).

Em relação à morbidade de 15 dias, 44,2% dos idosos que relataram alguma morbidade nos últimos 15 dias apresentaram estilo de vida saudável. Já os idosos que não relataram alguma morbidade nos últimos 15 dias, apresentaram 34,7% de prevalência de estilo de vida saudável (Tabela 4).

No que diz respeito ao número de doenças crônicas, a prevalência de estilo de vida saudável na população idosa foi de 27,9% entre os que relataram nenhuma doença crônica, 32,8% entre os que relataram uma doença crônica, 37,1% entre os que relataram 2 ou 3 doenças crônicas e 40,8% entre os que relataram 4 doenças crônicas ou mais (Tabela 4).

Em relação à deficiência física, a prevalência de estilo de vida saudável na população idosa foi de 37,0% entre os que não apresentaram nenhuma deficiência física e 36,8% entre os que apresentaram alguma deficiência física (Tabela 4).

Tabela 4 – Prevalência de estilo de vida saudável e estilo de vida não saudável em idosos do Município de São Paulo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Variáveis e categorias	Prevalência (%)		Valor de p*
	Estilo de vida saudável	Estilo de vida não saudável	
Sexo			0,0001
Feminino	43,8	56,2	
Masculino	26,7	73,3	
Escolaridade em anos de estudo			0,0245
0 – 3 anos	44,9	55,1	
4 – 7 anos	37,2	62,8	
8 – 11 anos	32,7	67,3	
12 anos ou mais	20,1	79,9	
Situação conjugal			0,6301
Casado(a)/União estável	34,8	65,2	
Solteiro(a)	33,1	66,9	
Separado(a)/Desquitado(a)	41,8	58,2	
Viúvo(a)	41,2	58,8	
Raça/ Cor			0,0235
Branca	33,0	67,0	
Preta	54,8	45,2	
Parda	45,2	54,8	
Outras	31,2	68,8	
Religião			0,1939
Sem religião	21,9	78,1	
Católica	35,9	64,1	
Protestante/Evangélica	48,3	51,7	
Espírita	23,4	76,6	
Crê em Deus	35,2	64,8	
Outras	39,3	60,7	
Atividade remunerada			0,2194
Trabalha	45,0	55,0	
Desempregado(a)	0	100,0	
Aposentado(a)/Pensionista	37,9	62,1	
Dona de casa	52,1	47,9	
Estudante	-	-	
Outros	34,4	65,6	
Renda familiar mensal			0,5032
< 1 salário mínimo	41,8	58,2	
1 a 4 salários mínimos	35,4	64,6	
5 salários mínimos ou mais	35,2	64,8	
Escolaridade do chefe da família			0,2017

Tabela 4 – Prevalência de estilo de vida saudável e estilo de vida não saudável em idosos do Município de São Paulo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Variáveis e categorias	Prevalência (%)		Valor de p*
	Estilo de vida saudável	Estilo de vida não saudável	
0 – 3 anos	45,1	54,9	
4 – 7 anos	38,3	61,7	
8 – 11 anos	32,8	67,2	
12 anos ou mais	28,3	71,7	
Morbidade de 15 dias			0,0936
Sim	44,2	55,8	
Não	34,7	65,3	
Número de doenças crônicas			0,3353
0	27,9	72,1	
1	32,8	67,2	
2 – 3	37,1	62,9	
4 ou mais	40,8	59,2	
Deficiência física			0,9738
Não	37,0	63,0	
Sim	36,8	63,2	

* Valor de p para o teste qui-quadrado.

A Tabela 5 mostra que houve uma diferença estatisticamente significante na prevalência de estilo de vida saudável em adultos segundo o sexo (p=0,0015), escolaridade em anos de estudo (p=0,0019) e morbidade de 15 dias (p=0,0006). A prevalência de estilo de vida saudável foi de 19,4% no sexo feminino e 10,3% no sexo masculino. Em relação ao grau de escolaridade, a prevalência de estilo de vida saudável foi de 23,1% entre os adultos com 0-3 anos de estudo, 11,1% entre 4-7 anos de estudo, 11,4% entre 8-11 anos de estudo e 25,2% entre 12 anos de estudo ou mais. No que diz respeito à morbidade de 15 dias, 28,1% dos adultos que relataram alguma morbidade nos últimos 15 dias apresentaram estilo de vida saudável.

Já os adultos que não relataram alguma morbidade nos últimos 15 dias, apresentaram 12,9% de prevalência de estilo de vida saudável.

Já em relação à escolaridade do chefe da família, a prevalência de estilo de vida saudável na população adulta foi de 21,6% entre os que estudaram de 0 a 3 anos, 9,2% entre os que estudaram de 4 a 7 anos, 12,4% entre os que estudaram de 8 a 11 anos e 25,1% entre os que estudaram 12 anos ou mais (Tabela 5).

Em relação à situação conjugal, a prevalência de estilo de vida saudável na população adulta foi de 15,9% entre os casados ou em união estável, 16,6% entre os solteiros, 8,1% entre os separados ou desquitados e 20,0% entre os viúvos. Quanto à raça ou cor, a prevalência de estilo de vida saudável na população adulta foi de 15,8% entre os brancos, 11,3% entre os pretos, 14,9% entre os pardos e 26,5% entre os demais (Tabela 5).

No que diz respeito à religião, a prevalência de estilo de vida saudável na população adulta foi de 0% entre os sem religião e entre os que somente creem em Deus, 14,6% entre os católicos, 19,2% entre os protestantes/evangélicos, 26,2% entre os espíritas e 18,3% entre os outros (Tabela 5).

Em relação à atividade remunerada, a prevalência de estilo de vida saudável na população adulta foi de 15,3% entre os que trabalham, 7,3% entre os desempregados, 44,7% entre os aposentados/pensionistas, 27,4% entre as donas de casa, 6,4% entre os estudantes e 13,3% entre os outros (Tabela 5).

No que diz respeito à renda familiar mensal, a prevalência de estilo de vida saudável na população adulta foi de 11,7% entre os que possuem renda menor do que 1 salário mínimo, 13,7% entre os que possuem renda entre 1 a 4 salários mínimos e 22,6% entre os que possuem renda de 5 salários mínimos ou mais (Tabela 5).

No que diz respeito ao número de doenças crônicas, a prevalência de estilo de vida saudável na população adulta foi de 11,7% entre os que relataram nenhuma doença crônica, 14,3% entre os que relataram uma doença crônica, 18,8% entre os que relataram 2 ou 3 doenças crônicas e 17,4% entre os que relataram 4 doenças crônicas ou mais (Tabela 5).

Em relação à deficiência física, a prevalência de estilo de vida saudável na população adulta foi de 14,6% entre os que não apresentaram nenhuma deficiência física e 20,9% entre os que apresentaram alguma deficiência física (Tabela 5).

Tabela 5 – Prevalência de estilo de vida saudável e estilo de vida não saudável em adultos do Município de São Paulo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

	Prevalência (%)		
Variáveis e categorias	Estilo de vida saudável	Estilo de vida não saudável	Valor de p*
Sexo			0,0015
Feminino	19,4	80,6	
Masculino	10,3	89,7	
Escolaridade em anos de estudo			0,0019
0 – 3 anos	23,1	76,9	
4 – 7 anos	11,1	88,9	
8 – 11 anos	11,4	88,6	
12 anos ou mais	25,2	74,8	

Tabela 5 – Prevalência de estilo de vida saudável e estilo de vida não saudável em adultos do Município de São Paulo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Variáveis e categorias	Prevalência (%)		Valor de p*
	Estilo de vida saudável	Estilo de vida não saudável	
Situação conjugal			0,5536
Casado(a)/União estável	15,9	84,1	
Solteiro(a)	16,6	83,4	
Separado(a)/Desquitado(a)	8,1	91,9	
Viúvo (a)	20,0	80,0	
Raça/ Cor			0,7174
Branca	15,8	84,2	
Preta	11,3	88,7	
Parda	14,9	85,1	
Outras	26,5	73,5	
Religião			0,0804
Sem religião	0	100,0	
Católica	14,6	85,4	
Protestante/Evangélica	19,2	80,8	
Espírita	26,2	73,8	
Crê em Deus	0	100,0	
Outras	18,3	81,7	
Atividade remunerada			0,0052
Trabalha	15,3	84,7	
Desempregado(a)	7,3	92,7	
Aposentado(a)/Pensionista	44,7	55,3	
Dona de casa	27,4	72,6	
Estudante	6,4	93,6	
Outros	13,3	86,7	
Renda familiar mensal			0,1066
< 1 salário mínimo	11,7	88,3	
1 a 4 salários mínimos	13,7	86,3	
5 salários mínimos ou mais	22,6	77,4	
Escolaridade do chefe da família			0,0092
0 – 3 anos	21,6	78,4	
4 – 7 anos	9,2	90,8	
8 – 11 anos	12,4	87,6	
12 anos ou mais	25,1	74,9	
Morbidade de 15 dias			0,0006
Sim	28,1	71,9	
Não	12,9	87,1	
Número de doenças crônicas			0,3381

Tabela 5 – Prevalência de estilo de vida saudável e estilo de vida não saudável em adultos do Município de São Paulo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Variáveis e categorias	Prevalência (%)		Valor de p*
	Estilo de vida saudável	Estilo de vida não saudável	
0	11,7	88,3	
1	14,3	85,7	
2 – 3	18,8	81,2	
4 ou mais	17,4	82,6	
Deficiência física			0,1429
Não	14,6	85,4	
Sim	20,9	79,1	

* Valor de p para o teste qui-quadrado.

A Tabela 6 mostra que não houve diferença estatisticamente significante na prevalência de estilo de vida saudável em adolescentes segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas. A prevalência de estilo de vida saudável foi de 9,3% no sexo feminino e 10,4% no sexo masculino.

Em relação à escolaridade do chefe da família, a prevalência de estilo de vida saudável na população adolescente foi de 16,5% entre os que estudaram de 0 a 3 anos, 13,3% entre os que estudaram de 4 a 7 anos, 7,8% entre os que estudaram de 8 a 11 anos e 8,2% entre os que estudaram 12 anos ou mais (Tabela 6).

Em relação à situação conjugal, a prevalência de estilo de vida saudável na população adolescente foi de 9,8% entre os casados ou em união estável, 6,9% entre os solteiros, 9,8% entre os separados ou desquitados e 15,0% entre os viúvos. Quanto à raça ou cor, a prevalência de

estilo de vida saudável na população adolescente foi de 11,9% entre os brancos, 3,7% entre os pretos, 8,4% entre os pardos e 0% entre os demais (Tabela 6).

No que diz respeito à religião, a prevalência de estilo de vida saudável na população adolescente foi de 10,2% entre os sem religião, 9,4% entre os católicos, 12,4% entre os protestantes/evangélicos, 24,9% entre os espíritas, 1,9% entre os que somente creem em Deus e 5,4% entre os outros (Tabela 6).

No que diz respeito à renda familiar mensal, a prevalência de estilo de vida saudável na população adolescente foi de 9,4% entre os que possuem renda menor do que 1 salário mínimo, 10,2% entre os que possuem renda entre 1 a 4 salários mínimos e 9,1% entre os que possuem renda de 5 salários mínimos ou mais (Tabela 6).

Em relação à morbidade de 15 dias, 7,4% dos adolescentes que relataram alguma morbidade nos últimos 15 dias apresentaram estilo de vida saudável. Já os adolescentes que não relataram alguma morbidade nos últimos 15 dias, apresentaram 10,3% de prevalência de estilo de vida saudável (Tabela 6).

No que diz respeito ao número de doenças crônicas, a prevalência de estilo de vida saudável na população adolescente foi de 10,9% entre os que relataram nenhuma doença crônica, 8,6% entre os que relataram uma doença crônica, 10,4% entre os que relataram 2 ou 3 doenças crônicas e 7,2% entre os que relataram 4 doenças crônicas ou mais (Tabela 6).

Em relação à deficiência física, a prevalência de estilo de vida saudável na população adolescente foi de 10,3% entre os que não apresentaram nenhuma deficiência física e 3,2% entre os que apresentaram alguma deficiência física (Tabela 6).

Tabela 6 – Prevalência de estilo de vida saudável e estilo de vida não saudável em adolescentes do Município de São Paulo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Variáveis e categorias	Prevalência (%)		Valor de p*
	Estilo de vida saudável	Estilo de vida não saudável	
Sexo			0,7190
Feminino	9,3	90,7	
Masculino	10,4	89,6	
Situação conjugal			0,7314
Casado(a)/União estável	9,8	90,2	
Solteiro(a)	6,9	93,1	
Separado(a)/Desquitado(a)	9,8	90,2	
Viúvo (a)	15,0	85,0	
Raça/ Cor			0,2573
Branca	11,9	88,1	
Preta	3,7	96,3	
Parda	8,4	91,6	
Outras	0	100,0	
Religião			0,2109
Sem religião	10,2	89,8	
Católica	9,4	90,6	
Protestante/Evangélica	12,4	87,6	
Espírita	24,9	75,1	
Crê em Deus	1,9	98,1	
Outras	5,4	94,6	
Renda familiar mensal			0,9413
< 1 salário mínimo	9,4	90,6	
1 a 4 salários mínimos	10,2	89,8	
5 salários mínimos ou mais	9,1	90,9	
Escolaridade do chefe da família			0,2141
0 – 3 anos	16,5	83,5	
4 – 7 anos	13,3	86,7	

Tabela 6 – Prevalência de estilo de vida saudável e estilo de vida não saudável em adolescentes do Município de São Paulo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Variáveis e categorias	Prevalência (%)		Valor de p*
	Estilo de vida saudável	Estilo de vida não saudável	
8 – 11 anos	7,8	92,2	
12 anos ou mais	8,2	91,8	
Morbidade de 15 dias			0,3906
Sim	7,4	92,6	
Não	10,3	89,7	
Número de doenças crônicas			0,8017
0	10,9	89,1	
1	8,6	91,4	
2 – 3	10,4	89,6	
4 ou mais	7,2	92,8	
Deficiência física			0,0794
Não	10,3	89,7	
Sim	3,2	96,8	

* Valor de p para o teste qui-quadrado.

A Tabela 7 mostra que 69,4% dos idosos com estilo de vida não saudável não cumpriram 1 domínio, 23,6% não cumpriram 2 domínios, 6,1% não cumpriram 3 domínios e 0,9% não cumpriram 4 domínios.

Dos 69,4% dos idosos que não cumpriram 1 domínio, 51,5% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada; 6,4% não atingiram a recomendação de atividade física; 6,3% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool; 4,11% eram tabagistas; e 1,1% eram dependentes de álcool.

Dos 23,6% dos idosos que não cumpriram 2 domínios, 7,1% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool; 7,0% não atingiram a

recomendação para uma dieta adequada e eram tabagistas; 5,0% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e não atingiram a recomendação de atividade física; 2,6% não atingiram a recomendação de atividade física e ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool; 1,2% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e eram dependentes de álcool; 0,3% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e eram tabagistas; 0,2% não atingiram a recomendação de atividade física e eram tabagistas; e 0,2% eram tabagistas e dependentes de álcool.

Dos 6,1% dos idosos que não cumpriram 3 domínios, 2,2% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada, ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e eram tabagistas; 0,9% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada, ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e eram dependentes de álcool; 0,8% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação de atividade física e eram dependentes de álcool; 0,7% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada, não atingiram a recomendação de atividade física e eram tabagistas; 0,6% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, eram tabagistas e dependentes de álcool; 0,6% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação de atividade física e não atingiram a recomendação para uma dieta adequada; e 0,3% ultrapassaram a recomendação máxima de

consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação de atividade física e eram tabagistas.

Dos 0,9% dos idosos que não cumpriram 4 domínios, 0,6% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação de atividade física, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e eram dependentes de álcool; e 0,3% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada, eram tabagistas e dependentes de álcool.

Tabela 7 – Prevalência de estilo de vida não saudável em idosos do Município de São Paulo, segundo o número e tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Número de domínios não cumpridos	Domínios					Prevalência (%)
	DAL	TAB	AF	IQDR	CAL	
1					×	6,3
				×		51,5
			×			6,4
		×				4,1
	×					1,1
2				×	×	7,1
			×		×	2,6
		×			×	0,3
	×				×	1,2
			×	×		5,0
		×		×		7,0
		×	×			0,2
	×	×				0,2
3	×	×			×	0,6
	×		×		×	0,8
	×			×	×	0,9
		×	×	×		0,7
		×	×		×	0,3
			×	×	×	0,6

Tabela 7 – Prevalência de estilo de vida não saudável em idosos do Município de São Paulo, segundo o número e tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Número de domínios não cumpridos	Domínios					Prevalência (%)
	DAL	TAB	AF	IQDR	CAL	
		×		×	×	2,2
4	×	×		×	×	0,3
	×		×	×	×	0,6

DAL: dependência de álcool; TAB: tabagismo; AF: atividade física; IQDR: índice de qualidade da dieta; CAL: consumo abusivo de álcool.
✓: domínio cumprido; ×: domínio não cumprido.

A Tabela 8 mostra que 44,6% dos adultos com estilo de vida não saudável não cumpriram 1 domínio, 31,1% não cumpriram 2 domínios, 18,9% não cumpriram 3 domínios, 4,8% não cumpriram 4 domínios e 0,6% não cumpriram nenhum domínio.

Dos 44,6% dos adultos que não cumpriram 1 domínio, 32,2% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada; 5,8% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool; 4,0% não atingiram a recomendação de atividade física; e 2,6% eram tabagistas.

Dos 31,1% dos adultos que não cumpriram 2 domínio, 11,3% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e não atingiram a recomendação para uma dieta adequada; 6,7% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e não atingiram a recomendação de atividade física; 5,5% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e eram tabagistas; 3,6% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e eram tabagistas; 2,9% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e não atingiram a

recomendação de atividade física; 0,9% não atingiram a recomendação de atividade física e eram tabagistas; e 0,2% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e eram dependentes de álcool.

Dos 18,9% dos adultos que não cumpriram 3 domínio, 8,2% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e eram tabagistas; 4,7% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e não atingiram a recomendação de atividade física; 2,9% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada, não atingiram a recomendação de atividade física e eram tabagistas; 1,5% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e eram dependentes de álcool; 0,9% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação de atividade física e eram tabagistas; 0,5% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, eram tabagistas e dependentes de álcool; e 0,2% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada, não atingiram a recomendação de atividade física e eram dependentes de álcool.

Dos 4,8% dos adultos que não cumpriram 4 domínio, 2,5% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada, não atingiram a recomendação de atividade física e eram tabagistas; 1,7% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a

recomendação para uma dieta adequada, eram tabagistas e dependentes de álcool; 0,4% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada, não atingiram a recomendação de atividade física e eram dependentes de álcool; 0,2% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada, não atingiram a recomendação de atividade física, eram tabagistas e dependentes de álcool.

Tabela 8 – Prevalência de estilo de vida não saudável em adultos do Município de São Paulo, segundo o número e tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Número de domínios não cumpridos	Domínios					Prevalência (%)
	DAL	TAB	AF	IQDR	CAL	
1					×	5,8
				×		32,2
			×			4,0
		×				2,6
2				×	×	11,3
			×		×	2,9
		×			×	3,6
	×				×	0,2
			×	×		6,7
		×		×		5,5
		×	×			0,9
3	×	×			×	0,5
	×		×	×		0,2
	×			×	×	1,5
		×	×	×		2,9
		×	×		×	0,9
			×	×	×	4,7
		×		×	×	8,2
4	×	×	×	×		0,2
	×	×		×	×	1,7
	×		×	×	×	0,4
		×	×	×	×	2,5
5	×	×	×	×	×	0,6

Tabela 8 – Prevalência de estilo de vida não saudável em adultos do Município de São Paulo, segundo o número e tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

(Continuação)

Número de domínios não cumpridos	Domínios					Prevalência (%)
	DAL	TAB	AF	IQDR	CAL	

DAL: dependência de álcool; TAB: tabagismo; AF: atividade física; IQDR: índice de qualidade da dieta; CAL: consumo abusivo de álcool.
✓: domínio cumprido; ×: domínio não cumprido.

A Tabela 9 mostra que 61,6% dos adolescentes com estilo de vida não saudável não cumpriram 1 domínio, 30,0% não cumpriram 2 domínios, 6,9% não cumpriram 3 domínios e 1,5% não cumpriram 4 domínios.

Dos 61,6% dos adolescentes que não cumpriram 1 domínio, 57,9% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada; 2,7% não atingiram a recomendação de atividade física; e 1,0% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool.

Dos 30,0% dos adolescentes que não cumpriram 2 domínio, 16,7% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e não atingiram a recomendação de atividade física; 10,6% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e não atingiram a recomendação para uma dieta adequada; 1,6% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e eram tabagistas; 0,5% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e eram tabagistas; 0,4% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool e não atingiram a recomendação de atividade física; e 0,2% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e eram dependentes de álcool.

Dos 6,9% dos adolescentes que não cumpriram 3 domínio, 3,8% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação de atividade física e não atingiram a recomendação para uma dieta adequada; 1,2% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e eram dependentes de álcool; 1,1% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e eram tabagistas; 0,4% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação de atividade física e eram dependentes de álcool; 0,3% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação de atividade física e eram tabagistas; e 0,1% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada eram tabagistas e dependentes de álcool.

Dos 1,5% dos adolescentes que não cumpriram 4 domínio, 0,8% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação de atividade física, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e eram tabagistas; 0,4% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação para uma dieta adequada, eram tabagistas e dependentes de álcool; e 0,3% ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool, não atingiram a recomendação de atividade física,

não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e eram dependentes de álcool.

Tabela 9 – Prevalência de estilo de vida não saudável em adolescentes do Município de São Paulo, segundo o número e tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2008, São Paulo, Brasil.

Número de domínios não cumpridos	Domínios					Prevalência (%)
	DAL	TAB	AF	IQDR	CAL	
1					×	1,0
				×		57,9
			×			2,7
2				×	×	10,6
			×		×	0,4
		×			×	0,5
			×	×		16,7
		×		×		1,6
	×			×		0,2
3	×	×		×		0,1
	×		×		×	0,4
	×			×	×	1,2
		×	×		×	0,3
			×	×	×	3,8
		×		×	×	1,1
4	×	×		×	×	0,4
	×		×	×	×	0,3
		×	×	×	×	0,8

DAL: dependência de álcool; TAB: tabagismo; AF: atividade física; IQDR: índice de qualidade da dieta; CAL: consumo abusivo de álcool.
✓: domínio cumprido; ×: domínio não cumprido.

6. DISCUSSÃO

Os objetivos deste estudo foram analisar o estilo de vida saudável e não saudável da população do município de São Paulo, de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e com a quantidade e o tipo de domínios não cumpridos. Para determinar e classificar o estilo de vida como saudável ou não saudável, foi utilizada a avaliação e interação de cinco domínios: atividade física, consumo alimentar, tabagismo, consumo abusivo e dependência de álcool. O estilo de vida saudável foi caracterizado pelos indivíduos ativos, com dieta adequada (terceiro tercil), não fumantes ou ex-fumantes, com consumo não abusivo de álcool e não dependentes de álcool (*CAGE* negativo) (Figura 1).

Estes domínios foram escolhidos, pois são os principais fatores de risco modificáveis que estão fortemente relacionados com as DCNT, sendo responsáveis pela maioria das causas das DCV no Brasil (LIMA et al., 2009; WHO, 2009, 2011b, 2011c; OBERG et al., 2011; LEE et al., 2012; LEVY-COSTA et al., 2005).

No que diz respeito à AF total no município de São Paulo, o presente estudo mostrou que 89,2% dos idosos, 77,2% dos adultos e 77,2% dos adolescentes eram ativos.

Por outro lado, a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico de 2012 (VIGITEL

2012), que tem o objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNT no Brasil por inquérito telefônico, mostrou que a proporção de indivíduos que atingiram a recomendação adequada de AF no lazer foi de 47,6% entre 18 e 24 anos, 39,1% entre 25 e 34 anos, 31% entre 35 e 44 anos, 25,8% entre 45 e 54 anos, 25,2% entre 55 e 64 anos e 23,6% entre 65 anos e mais (MS, 2013a).

Já ao avaliar a AF total, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE) de 2012, que avaliou adolescentes do 9º ano do ensino fundamental, mostrou que a proporção de indivíduos que atingiram a recomendação de AF foi de 55% no Brasil, 55,1% no Sudeste e 58,7% no estado de São Paulo (MS, 2013b).

Assim sendo, estes resultados mostraram que, em todas as faixas etárias, a proporção de indivíduos que atingiram a recomendação de atividade física foi maior na população do presente estudo. Essas diferenças podem ocorrer porque o presente estudo avaliou a atividade física total, ou seja, a soma da atividade física no lazer, transporte, trabalho e atividades domésticas. Enquanto isso, o VIGITEL avaliou apenas a atividade física no lazer e o PNSE avaliou a atividade física total, porém, a partir de três domínios que diferem do presente estudo (deslocamento para a escola, aulas de educação física e outras atividades físicas extraescolares). Além disso, o nível de atividade física avaliado através do IPAQ longo permite a utilização de diferentes métodos para estabelecer os pontos de corte para as

classificações (MATSUDO, et al., 2001; USDHHS, 2008; FLORINDO et al., 2009; HALLAL et al., 2003).

Em relação ao consumo alimentar, o presente estudo mostrou que 52,2% dos idosos, 33,4% dos adultos e 14,6% dos adolescentes estavam classificados no terceiro tercil do consumo alimentar, representando uma dieta adequada.

Apesar de só avaliar um componente do consumo alimentar para classificar a dieta, o VIGITEL (2012) mostrou que a proporção de indivíduos com consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 17,7% entre 18 e 24 anos, 20,4% entre 25 e 34 anos, 22,5% entre 35 e 44 anos, 24,2% entre 45 e 54 anos, 28,5% entre 55 e 64 anos e 28,4% entre 65 anos e mais (MS, 2013a).

Já um estudo que avaliou os hábitos alimentares de escolares de Pelotas entre 13 e 14 anos, mostrou que a proporção de adolescentes com consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 5,3% (NEUTZLING et al., 2010).

Dessa forma, apesar de utilizarem metodologias diferentes, estes resultados mostraram que, em todas as faixas etárias, a proporção de indivíduos que atingiram a recomendação para uma dieta adequada foi maior na população do presente estudo. Porém, os diferentes métodos de avaliação podem interferir nestes resultados, principalmente ao avaliarem a ingestão de frutas e hortaliças, componentes que apresentam baixo

consumo em diversos estudos (ASSUMPÇÃO et al., 2012; LEVY et al., 2010; MORIMOTO et al., 2008).

Além disso, assim como no presente estudo, outras pesquisas demonstraram que a qualidade da dieta varia de acordo com a faixa etária, sendo melhor entre os indivíduos mais velhos (MORIMOTO, et al, 2008; GUO et al., 2004; RAFFERTY et al., 2002). Esta influência da idade sobre a qualidade da dieta pode refletir uma mudança de consciência sobre a saúde com o aumento da idade, interferindo diretamente nas escolhas alimentares pelo grupo de maior idade (MORIMOTO, et al, 2008).

Quanto ao tabagismo no município de São Paulo, o presente estudo mostrou que 10,0% dos idosos, 25,5% dos adultos e 4,5% dos adolescentes eram tabagistas; e 33,3% dos idosos, 16,5% dos adultos e 2,6% dos adolescentes eram ex-tabagistas.

Por outro lado, a pesquisa do VIGITEL 2012 mostrou que a proporção de indivíduos tabagistas foi de 8,5% entre 18 e 24 anos, 11,7% entre 25 e 34 anos, 12,9% entre 35 e 44 anos, 16% entre 45 e 54 anos, 15% entre 55 e 64 anos e 7,6% entre 65 anos e mais. Já a proporção de indivíduos ex-tabagistas foi de 8,7% entre 18 e 24 anos, 13% entre 25 e 34 anos, 16,5% entre 35 e 44 anos, 30,4% entre 45 e 54 anos, 39,1% entre 55 e 64 anos e 33,6% entre 65 anos e mais (MS, 2013a).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE) de 2012 mostrou que a proporção de adolescentes tabagistas do 9º ano do ensino

fundamental foi de 5,1% no Brasil, 5,5% no Sudeste e 7,3% no estado de São Paulo (MS, 2013b).

Assim sendo, estes resultados mostraram que a proporção de indivíduos tabagistas foi maior entre os idosos e adultos do presente estudo, mas menor entre os adolescentes. A prevalência de ex-tabagistas foi semelhante entre os idosos e os adultos.

No que diz respeito ao consumo de álcool no município de São Paulo, o presente estudo mostrou que 3,6% dos idosos, 4,5% dos adultos e 2,3% dos adolescentes eram dependentes de álcool; e 15,0% dos idosos, 38,0% dos adultos e 18,8% dos adolescentes referiram um consumo abusivo de álcool.

Por outro lado, a pesquisa do VIGITEL 2012 mostrou que a proporção de indivíduos com consumo abusivo de álcool foi de 21,8% entre 18 e 24 anos, 24,7% entre 25 e 34 anos, 20% entre 35 e 44 anos, 16,6% entre 45 e 54 anos, 11,9% entre 55 e 64 anos e 5% entre 65 anos e mais (MS, 2013a).

Já um estudo que avaliou o consumo abusivo de álcool em adolescentes brasileiros em 2006, mostrou que a proporção de consumo abusivo de álcool foi de 24,2% (PINSKY, 2009).

Dessa forma, estes resultados mostraram que a proporção de indivíduos com consumo abusivo de álcool foi maior entre os idosos e adultos da população do presente estudo e menor entre os adolescentes.

Antigamente, era aceita uma abordagem de saúde pública em que o indivíduo era o responsável pelos seus comportamentos de risco individuais,

independentemente de outros fatores. Geralmente, as pesquisas estavam focadas em indivíduos que, posteriormente, seriam alvos para a mudança de comportamento através de campanhas públicas, mídia e programas educacionais consistentes com os modelos psicológicos que dominam essa abordagem individual (COCKERHAM, 2007).

Atualmente, as teorias de estilo de vida saudável sugerem que as orientações para a saúde são moldadas por importantes fatores sociais, culturais, econômicos, históricos e políticos (COCKERHAM, 2000). Portanto, a ideia de que o estilo de vida saudável é somente uma escolha individual tornou-se enfraquecida e a existência de políticas públicas relacionadas à saúde tornou-se um determinante para o estilo de vida saudável (COCKERHAM, 2007). Neste contexto, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (MS, 2004b).

Sendo assim, no Brasil, o Ministério da Saúde criou o Pacto pela Saúde junto com o Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS (MS, 2006b). Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, o Pacto pela Saúde é revisado anualmente com base nos princípios constitucionais do SUS e com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica

no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (MS, 2006b).

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e resultados derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. É uma ação prioritária no campo da saúde que deve ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados (MS, 2006d). As prioridades do Pacto pela Vida são: saúde do idosos; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias; atenção básica à saúde; e promoção da saúde

Considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para a Promoção da Saúde em concordância com os princípios do SUS e considerando o Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 (MS, 2006c). A PNPS tem o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – estilo de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, e acesso a bens e serviços essenciais (MS, 2006d). Entre as prioridades da PNPS estão: alimentação saudável; práticas corporais e atividade física; prevenção e controle do

tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura da paz; e promoção do desenvolvimento sustentável (MS, 2006d).

A partir das prioridades da PNPS, o Ministério da Saúde vem implantando algumas políticas públicas no Brasil que estão relacionadas ao estilo de vida e, consequentemente, aos fatores de risco modificáveis relacionados às DCV. Entre estas políticas estão o Programa Academia da Saúde (MS, 2014), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (MS, 2012), o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (INCA, 2007) e a Política de Atenção Integral em Álcool e Outras Drogas (MS, 2004a).

O Programa Academia da Saúde, lançado em 2011, tem o objetivo de promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável e modos saudáveis de vida por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais (MS, 2014). O Programa se configura como um ponto de atenção no território, complementar ao cuidado integral e fortalecedor das ações de promoção, articulado com as Estratégias de Saúde da Família (ESF), com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com a vigilância em saúde, especialmente relacionados às DCV e demais DCNT (MS, 2014). Todas as iniciativas vinculadas a esse Programa que combina a atuação das áreas de vigilância e atenção à saúde devem ter a promoção da saúde como eixo principal. As ações propostas nessa

perspectiva mais ampliada de saúde incluem não somente atividades físicas e práticas corporais, mas também práticas integrativas e complementares, práticas artísticas, educação em saúde e alimentação saudável – todas desenvolvidas em um espaço físico denominado de polo, construído exclusivamente para tal fim (MS, 2014).

A PNAN, aprovada no ano de 1999, tem como objetivo a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis; a vigilância alimentar e nutricional; e a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (MS, 2012). Para alcançar estes objetivos são determinadas algumas linhas de ações: organização da atenção nutricional; promoção da alimentação adequada e saudável; vigilância alimentar e nutricional; gestão das ações de alimentação e nutrição; participação e controle social; qualificação da força de trabalho; controle e regulação dos alimentos; pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição; e cooperação e articulação para a segurança alimentar e nutricional (MS, 2012).

O PNCT, criado em 1989, é uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os objetivos da PNCT são a prevenção da iniciação, a promoção da cessação e a proteção ao tabagismo passivo em ambientes livres (INCA, 2007). Para alcançar estes objetivos são realizadas ações de educação e informação; aumento do acesso ao tratamento do fumante no SUS; criação de redes de cooperação e parcerias

através da descentralização; criação de legislações e regulamentação dos produtos de tabaco; realização de vigilância e monitoramento das tendências de consumo; e mobilização e controle social (INCA, 2007).

A Política de Atenção Integral em Álcool e Outras Drogas, criada em 2002, está baseada no Relatório sobre a Saúde mental (OMS, 2001) e tem o objetivo de promover assistência em nível de cuidados primários; disponibilizar medicamentos de uso essencial em saúde mental; promover cuidados comunitários; educar a população; envolver comunidades, famílias e usuários; estabelecer políticas, programas e legislações específicas; desenvolver recursos humanos; atuar de forma integrada com outros setores; monitorar a saúde mental na comunidade; e apoiar pesquisar na área (MS, 2004a).

Além das políticas públicas implantadas pelo Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde (WHO, 2004). Esta estratégia tem como objetivo reduzir os fatores de risco de doenças não transmissíveis associadas a uma alimentação pouco saudável e a falta de atividade física, mediante uma ação de saúde pública essencial e medidas de promoção da saúde e prevenção da morbidade; promover a consciência e o conhecimento geral acerca da influência da alimentação saudável e da atividade física em saúde, assim como do potencial positivo das intervenções de prevenção; e fomentar o estabelecimento, o fortalecimento e a aplicação de políticas e

planos de ação mundial, regionais, nacionais e comunitários direcionados a melhorar a alimentação e aumentar a atividade física (WHO, 2004).

Apesar de políticas públicas relacionadas à saúde e ao estilo de vida já existirem e serem implantadas no Brasil atualmente (MS, 2014, 2012, 2004a; INCA, 2007), os resultados do presente estudo mostraram que, ao avaliar a interação dos cinco domínios já citados anteriormente, a prevalência de estilo de vida saudável foi de 36,9% entre os idosos, 15,4% entre os adultos e 9,8% entre os adolescentes.

Apesar da falta de estudos que utilizam a mesma metodologia para classificar o estilo de vida limitar a comparação com outros estudos, é possível dizer que a prevalência de estilo de vida saudável no Município de São Paulo é baixa, uma vez que só contempla 36,9% dos idosos, 15,4% dos adultos e 9,8% dos adolescentes.

Entre os idosos e os adultos, o estilo de vida saudável foi significativamente maior no sexo feminino do que no sexo masculino. Nos adultos, houve uma diferença significante na escolaridade em anos de estudo, sendo maior para 12 anos ou mais; e na morbidade de 15 dias, sendo maior entre os que referiram morbidade.

Além disso, ao analisar o estilo de vida não saudável, de acordo com a quantidade e o tipo de domínios não cumpridos, os resultados mostraram que entre os idosos com estilo de vida não saudável, 51,5% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada; e 7,1 não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e ultrapassaram a recomendação

máxima de consumo diário de álcool. Entre os adultos com estilo de vida não saudável, 32,2% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada; e 11,3% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e ultrapassaram a recomendação máxima de consumo diário de álcool. Já entre os adolescentes com estilo de vida não saudável, 57,9% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada; e 16,7% não atingiram a recomendação para uma dieta adequada e não atingiram a recomendação mínima de atividade física semanal.

Entre os indivíduos com estilo de vida não saudável, 51,5% dos idosos, 32,2% dos adultos e 57,9% dos adolescentes não cumpriram um domínio, sendo que não atingiram a recomendação para uma dieta adequada. Desta forma, o consumo alimentar foi o principal domínio responsável pelo estilo de vida não saudável em todas as faixas etárias, seguido pela combinação de consumo alimentar e consumo de álcool entre os idosos e os adultos e pela combinação de consumo alimentar e atividade física entre os adolescentes, redimensionando o consumo alimentar como um elemento essencial para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sendo assim, os resultados do presente estudo evidenciam que a maior parte da população tem um estilo de vida não saudável, mostrando a importância da manutenção das políticas públicas relacionadas à saúde e ao estilo de vida já existentes e suportando a necessidade do planejamento de novas estratégias e ações para o controle do estilo de vida não saudável, principalmente relacionadas ao consumo alimentar e colocando a promoção

da alimentação saudável como uma estratégia central para a diminuição da morbimortalidade precoce por doenças cardiovasculares.

Uma alimentação saudável pressupõe o enfoque prioritário de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais, inerentes ao consumo de alimentos locais, minimamente processados, culturalmente referenciados, acessíveis e de elevado valor nutritivo, bem como a adoção de padrões alimentares mais variados em todas as fases do ciclo de vida (WHO, 2004). Já a efetividade de políticas de promoção de vida saudável requer a participação dos diversos setores e atores sociais responsáveis e comprometidos com a saúde e a qualidade de vida da população brasileira, mobilizando o poder público e o segmento da produção, transformação e comercialização de alimentos (BARRETO et al., 2005).

No que diz respeito às limitações do estudo, deve-se considerar a falta de padronização das metodologias utilizadas para coletas de dados em inquéritos populacionais e a falta de estudos que utilizam uma metodologia para classificar o estilo de vida, dificultando a comparação com resultados de outros estudos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis relacionados com o estilo de vida, como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o consumo abusivo de álcool (WHO, 2009). Desde a década de 60, as DCV lideram as causas de óbito no país (BARRETO et al., 2003). Porém, a mortalidade precoce decorrente destas doenças poderia ser evitada ou significativamente reduzida através da diminuição dos fatores de risco modificáveis relacionados ao estilo de vida (MATHERS e LONCAR, 2006). Assim, a mensuração e o monitoramento destes fatores de risco tornam-se essenciais para o planejamento de estratégias e ações de controle do estilo de vida não saudável, prevenindo doenças, promovendo a saúde e adiando a mortalidade.

A prevalência de estilo de vida saudável da população do município de São Paulo foi baixa, sendo maior entre os idosos, seguida pelos adultos e adolescentes. Entre os idosos e os adultos, o estilo de vida saudável foi significativamente maior no sexo feminino do que no sexo masculino. Nos adultos, houve uma diferença significante na escolaridade em anos de estudo, sendo maior para 12 anos ou mais; e na morbidade de 15 dias, sendo maior entre os que referiram morbidade.

Em todas as faixas etárias, o consumo alimentar foi o principal domínio responsável pelo estilo de vida não saudável, seguido pela combinação de consumo alimentar e consumo de álcool entre os idosos e os adultos e pela combinação de consumo alimentar e atividade física entre os adolescentes, mostrando a importância da manutenção e criação de estratégias de intervenção para a promoção de uma alimentação saudável neste município em todas as faixas etárias.

São necessárias políticas públicas relacionadas à atividade física, ao tabagismo, ao consumo abusivo e dependência de álcool, mas principalmente, ao consumo alimentar, sendo que estas políticas de promoção do estilo de vida saudável deveriam ser implementadas o mais precocemente possível na população.

Apesar da importância e da necessidade de investimentos em estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, ainda é importante destacar que o aumento da expectativa de vida decorrente dos esforços para adiar o surgimento das DCV está associado com a redução de suas sequelas e prejuízos funcionais (FRIES, 1980), mas também com um aumento na prevalência de distúrbios mentais (GRUEMBERG, 1977).

8 REFERÊNCIAS

Alwan A, MacLean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, Bettcher D. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. Lancet. 2010; 376(9755):1861-8.

Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2012; 21(4):533-8.

Assah FK, Ekelund U, Brage S, Mbanya JC, Wareham NJ. Urbanization, physical activity, and metabolic health in sub-Saharan Africa. Diabetes Care. 2011; 34(2):491-6.

Assumpção D, Barros MBA, Fisberg RM, Carandina L, Goldbaum M, Cesar CLG. Qualidade da dieta de adolescentes: estudo de base populacional em Campinas, SP. Rev Bras Epidemiol. 2012; 15(3): 605-16.

Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schimidt MI, et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2005; 14(1):41-68.

Barreto SM, Passos VM, Cardoso AR, Lima-Costa MF. Quantifying the risk of coronary artery disease in a community: the Bambuí project. Arq Bras Cardiol. 2003; 81(6):549-561.

Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciên Saúde Colet. 2006; 11(4):911-26.

Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. Curr Atheroscler Rep. 2003; 5(6):492-9.

Beaghole R, Saracci R, Panico S. Cardiovascular diseases: causes, surveillance and prevention. Int J Epidemiol. 2001; 30:S1-S4.

Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. 2.ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.; 1981.

Botrel TEA, Costa RD, Costa MD, Costa AM. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. Rev Bras Clin Terap. 2000; 26(3):87-90.

Brown IJ, Tzoulaki I, Candeias V, Elliott P. Salt intakes around the world: implications for public health. Int J Epidemiol. 2009; 38(3):791-813.

Burger M, Mensink G, Bronstrup A, Thierfelder W, Pietrzik K. Alcohol consumption and its relation to cardiovascular risk factors in Germany. Eur J Clin Nutr. 2004; 58(4):605-14.

Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, Miguel AC, Arujo RB. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. Rev Psiq Clín. 2007; 34(2):61-7.

Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev Psiquiatr Clín. 2005; 32(5):283-300.

Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth Ml, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc. 2003; 35(8):1381-95.

Cockerham WC. Social Causes of Health and Disease. Cambridge: Polity; 2007.

Cockerham WC. The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles. In: Bird CE, Conrad P, Fremont AM. Handbook of Medical Sociology. 5.ed. New Jersey: Prentice Hall; 2000. p.159-172.

Cook RL, Clark DB. Is there an association between is there an association between alcohol consumption and sexually transmitted diseases? A systematic review. J Sex Transm Dis. 2005; 32(3):156-64.

Cunradi CB, Caetano R, Schafer J. Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. Alcohol Clin Exp Res. 2002; 26(4):493-500.

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to alcohol consumption: a prospective study among male British doctors. Int J Epidemiol. 2005; 34(1):199-204.

Fisberg RM, Martini LA, Slater B. Métodos de Inquéritos alimentares. In: Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA. Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas. Barueri: Manole; 2005. p.1-31.

Fisberg RM, Villar BS. Manual de receitas e medidas caseiras para cálculo de inquéritos alimentares. São Paulo: Signus; 2002.

Florindo AA, Guimarães VV, Cesar CL, Barros MB, Alves MC, Goldbaum M. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical

activity: prevalence and associated factors. J Phys Act Health. 2009; 6(5):625-32.

French TM, Salomé HJ, Matzger H, Weisner C. Alcohol consumption, risk of injury, and high-cost medical care. J Behav Health Serv Res. 2005; 32(4):368-80.

Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. NEJM. 1980; 17:130-5.

Galduróz JCF, Noto AR, Napp SA, Carlini EA. Comparisons of the results of two household surveys on drug abuse in the state of São Paulo in the years 1999 and 2001. J Bras Psiquiatr. 2003a; 52(1):43-51.

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini ELA. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. Med J. 2003b; 121(6):231-7.

Gordis L. Epidemiology. 4.ed. Philadelphia: Saunders; 2009.

Gruemberg EM. The failure of success. Milbank Mem Q. 1977; 55(1):3-24.

Guo X, Warden BA, Paeratakul S, Bray GA. Healthy eating index and besity. Eur J Clin Nutr. 2004; 58:1580-6.

Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. Lancet. 2012; 380(9838):247-57.

Hallal PC, Victora CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Med Sci Sports Exerc. 2004; 36(3):556.

Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Med Sci Sports Exerc. 2003; 35(11):1894-900.

Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powel KE, Blais SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc. 2007; 39(8):1423-34.

Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, Rimm E, Colditz GA, Rosner BA, et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. N Engl J Med. 1997; 337(21):1491-9.

IMNA - Institute of Medicine of the National Academies. Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. Washington: The National Academy Press; 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Síntese de Indicadores 2005. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.

INC - Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo – Um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro: INC; 2007.

Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012; 380(9838):219-29.

Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para complexa tarefa da vigilância. Ciên Saúde Colet. 2006; 9(4):931-946.

Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Sardinha LMV, Gomes FS et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. Ciên Saúde Colet. 2010; 15(S2):3085-97.

Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes N dos S, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev Saúde Pública. 2005; 39(4):530-40.

Lima FET, Araújo TL, Moreira TMM, Lopes MVO, Medeiros AM. Características sociodemográficas de pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Fortaleza - CE. Rev RENE. 2009; 10(3):37-43.

Lin H, Ezzati M, Megan M. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. PLOS Med. 2007; 4(1):1-17.

Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais N, Otaliba L. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(1):159-67.

Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Braz J Med Biol Res. 1983; 16(3):215-8.

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLOS Med. 2006; 3(11):e442.

Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2001; 6:5-18.

Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry. 1974; 131(10):1121-3.

MS - Ministério da Saúde. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Relatório. Brasília; 2004a.

MS - Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Epidemiol Serv Saúde. 2006a; 15(1):47-65.

MS - Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Relatório. Brasília; 2008.

MS - Ministério da Saúde. Plano de ações e estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022. Relatório. Brasília; 2011.

MS - Ministério da Saúde. Plano nacional de saúde 2004-2007. Relatório. Brasília; 2004b.

MS - Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Relatório. Brasília; 2012.

MS - Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Concolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido pacto. Diário Oficial da União. 23 fev 2006b; Seção 1.

MS - Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de Março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União. 31 mar 2006c; Seção 1.

MS - Ministério da Saúde. Programa Academia da Saúde. Relatório. Brasília; 2014.

MS - Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas pro inquérito telefônico – VIGITEL Brasil 2012. Relatório. Brasília; 2013a.

MS - Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolae – PNSE 2012. Relatório. Rio de Janeiro; 2013b.

MS - Ministério da Saúde, Instituo Nacional do Câncer, Coordenaçãoo de Prevenção e Vigilância. Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Relatório. Rio de Janeiro; 2001.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Relatório. Brasília; 2006d.

Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin Bm. The nutritional transition in Brasil. Eur J Clin Nutr, 1995; 45:105:113.

Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro, CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p.247-255.

Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. J Stud Alcohol. 1996; 57(3):253-9.

Morimoto JM, Latorre MRDO, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Goldbaum M, Fisberg RM. Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):169-178.

Moshfegh AJ, Rhodes DG, Baer DJ, Murayi T, Clemens JC, Rumpler WV, et al. The US Department of Agriculture automated multiple-pass method reduces bias in the collection of energy intakes. Am J Clin Nutr. 2008; 88(2):324-32.

Mukamal KJ, Mittleman MA, Longstreth WT, Newman AB, Fried LP, Siscovick DS. Self-reported alcohol consumption and falls in older adults: cross-sectional and longitudinal analyses of the Cardiovascular Health Study. J Am Geriatr Soc. 2004; 52(7):1174-9.

Neutzling MB, Assunção MCF, Malcon MC, Hallal PC, Menezes AMB. Hábitos alimentares de escolares adolescentes de Pelotas, Brasil. Rev Nutr. 2010; 23(3):379-388.

Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet. 2011; 377(9760):139-46.

Oliveira JDF. Avaliação da qualidade de vida de um grupo de tabagistas participantes de um programa interdisciplinar em centro de saúde: a questão da atividade física [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade de Campinas; 2008.

Omram AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Bull World Health Organ. 2001; 79(2):161-170.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Relatório. Genebra; 2001.

Paljärvi T, Mäkelä P, Poikolainen K. Pattern of drinking and fatal injury: a population-based follow-up study of Finnish men. Addiction. 2005; 100(12):1851-9.

Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol Serv Saúde. 2006; 15(1):35-45.

Pinheiro AMV, Lacerda EMA, Benzecry EH, Gomes MCS, Costa VM. Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. 5.ed. São Paulo: Atheneu; 2000.

Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Laranjeira R, Caetano R. Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. Rev Bras Psiquiatr. 2009; 32(3):242-9.

Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos. Arq Bras Cardiol. 2005; 84(3):199-201.

Polednak AP. Recent trands in incidence rates for selected alcohol-related cancers in the United States. Alcohol Alcohol Suppl. 2005; 40(3):234-8.

Pontes RMF. Perfil de usuários do fumo na Universidade de Brasília [dissertação de mestrado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2008.

Pratt M, Sarmiento OL, Montes F, Oqilvie D, Marcus BH, Perez LG, et al. The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for changes in global physical activity. Lancet. 2012; 380(9838):282-93.

Previdelli AN, Andrade SC, Pires MM, Ferreira SR, Fisberg RM, Marchioni DM. A revised version of the Healthy Eating Index for the Brazilian population. Rev Saúde Pública. 2011; 45(4):794-8.

Rafferty AP, Anderson JV, McGee HB, Miller CE. A healthy diet indicator: quantifying compliance with the dietary guidelines using the BRFSS. Prev Med. 2002; 35:9-15.

Ramstedt M. Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality with and without mention of alcohol—the case of Canada. Addiction. 2003; 98(9):1267-76.

Raper N, Perloff B, Ingwersen L, Steinfeldt L, Anand J. An overview of USDA's Dietary Intake Data System. J Food Compost Anal. 2004; 17(3):545-55.

Rehm J, Gmel G, Room R, Frick U. Average volume of alcohol consumption, drinking patterns and related burden of mortality in young people in established market economies of Europe. Eur Addict Res. 2001; 7(3):148-51.

Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. Am J Clin Nutr. 2003; 78(3 Suppl):559S-69S.

Rolls BJ, Ello-Martin JA, Tohill BC. What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management? Nutr Rev. 2004; 62(1):1-17.

Rutishauser IHE. Dietary intake measurements. Public Health Nutr. 2002; 8(7A):1100-7.

Santos-Preciado JI, Villa-Barragán MC, García-Avilés MA, León-Álvarez G, Quezada-Bolaños S, Tapia-Conyer R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes em México. Salud Pública Méx. 2003; 45(supl1):140-152.

Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc Saúde Colet [online]. 2004; 9(4):897-908.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e prevenção da ateroscleros. Arq Bras Cardiol. 2007; 88(1):2-19.

Standridge JB, Zylstra RG, Adams SM. Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. South Med J. 2004; 97(7):664-72.

Sullivan R, Kinra S, Ekelund U, Bharathi AV, Vaz M, Kurpad A, et al. Socio-demographic patterning of physical activity across migrant groups in India: results from the Indian Migration Study. PLOS One. 2011; 6(10):e24898.

Tucker KL. Assessment of usual dietary intake in population studies of gene-diet interaction. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2007; 17(2):74-81.

USDA - United States Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans. Report. Washington; 2010.

USDHHS - United States Departmente of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. Report. Washington; 2008.

Van Duyn MAS, Pivonka E. Overview of the health benefi ts of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. J Am Diet Assoc. 2000; 100(12):1511-21.

Wilkins K. Moderate alcohol consumption and heart disease. Health Rep. 2002; 14(1):9-24.

WHO - World Health Organization. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies. Report. Geneva; 2010a.

WHO - World Health Organization. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Report. Geneva; 2010b.

WHO - World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Report. Geneva; 2009.

WHO - World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2011. Report. Geneva; 2011a.

WHO - World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Report. Geneva; 2011b.

WHO - World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Report. Geneva; 2004.

WHO - World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Report. Geneva; 2010c.

WHO - World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: pocket guidelines for assessment and management of CVD risk. Report. Geneva; 2007.

WHO - World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011. Report. Geneva; 2011c.

ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estilo de vida saudável em São Paulo
Pesquisador: TATIANE KOSIMENKO FERRARI
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 13768213.9.0000.5421
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 498.688
Data da Relatoria: 22/11/2013

Apresentação do Projeto:
Trata-se de estudo de base populacional no município de São Paulo, para investigar a adoção de estilos de vida saudáveis, que compreendem a atividade física, o consumo alimentar, o tabagismo e o consumo de álcool.

Objetivo da Pesquisa:
Descrever a prevalência de estilo de vida saudável da população do Município de São Paulo e explorar suas associações com variáveis demográficas e socioeconômicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Risco mínimo.
Os dados obtidos na pesquisa tem o potencial de orientar políticas públicas e programas para promoção da saúde no Município de São Paulo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa em tema relevante e oportuno.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Nada digno de nota

Recomendações:
Sem recomendações.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 17 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

CURRÍCULO LATTES

Tatiane Kosimenko Ferrari

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/4874236151394919
Última atualização do currículo em 26/05/2014

Possui formação de Bacharel em Educação Física - Modalidade Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atualmente é aluna de Mestrado em Ciências pelo Departamento de Epidemiologia na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), aluna de MBA em Gestão de Projetos na Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) e Educadora Física na Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Mauá. Tem experiência na área de educação física e saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: estilo de vida saudável, promoção da saúde, prevenção de doenças, avaliação física e Inquéritos de Saúde de base populacional. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Tatiane Kosimenko Ferrari
Nome em citações bibliográficas	FERRARI, T. K.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2012	Mestrado em andamento em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública - USP. Título: Estilo de vida saudável no Município de São Paulo, Orientador: Chester Luiz Galvão Cesar. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
2013	Especialização em andamento em MBA em Gestão de Projetos. (Carga Horária: 480h). Universidade Municipal de São Caetano do Sul, USCS, Brasil.
2008 - 2011	Graduação em Educação Física - Modalidade Saúde. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Modificações do padrão de adiposidade de escolares de acordo com o estado nutricional: Análise de 20 anos (1990/91 2010/11). Orientador: Emilson Colantonio.
2005 - 2006	Curso técnico/profissionalizante. Escola Municipal de Ensino Professora Alcina Dantas Feijão.
2004 - 2006	Ensino Médio (2º grau). Escola Técnica Estadual Jorge Street.

Formação Complementar

2013	Inglês sem Fronteiras Online My English Online. CAPES/MEC.
2013 - 2014	Extensão universitária em Promoção da Saúde. (Carga horária: 120h).

CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR

Chester Luiz Galvão Cesar

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/1095496876534667
Última atualização do currículo em 14/05/2014

Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1970), mestrado em Medicina Social pela London School of Hygiene and Tropical Medicine - University of London (1980) e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1989). Atualmente é Professor Titular da Universidade de São Paulo e bolsista pesquisador do CNPq. Publicou 79 artigos em periódicos especializados e 125 trabalhos em anais de eventos. Possui 13 capítulos de livros e 4 livros publicados/organizados ou edições. Orientou 19 mestrados e 8 doutorados. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia e serviços de saúde, inquéritos de saúde, morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Chester Luiz Galvão Cesar
Nome em citações bibliográficas	CESAR, C. L. G.

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617710 Fax: (11) 30812108

Formação acadêmica/titulação

1997	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: MORBIDADE REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA GRANDE SÃO PAULO - O PERFIL DA DESIGUALDADE EM SAÚDE, Ano de obtenção: 1997. Palavras-chave: Morbidade referida; Uso de serviços de saúde; Desigualdade em saúde. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Saúde Humana.
1982 - 1989	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A MORTALIDADE INFANTIL EM COTIA E V.G.PAULISTA-SP,1984-1985, Ano de obtenção: 1989. Orientador: SABINA LÉA DAVIDSON GOTLIEB. Palavras-chave: Fatores de Risco; Mortalidade Infantil; Valor de Predição de Testes. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Setores de atividade: Saúde Humana.
1978 - 1980	Mestrado em Medicina Social. University of London, UL, Inglaterra.