**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Estilo de vida saudável em São Paulo: o que
mudou em mais de uma década?**

Tatiane Kosimenko Ferrari Figueiredo

Tese de doutorado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutora em
Ciências.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão
César

**São Paulo
2020**

Estilo de vida saudável em São Paulo: o que mudou em mais de uma década?

Tatiane Kosimenko Ferrari Figueiredo

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão César

Versão Original

**São Paulo
2020**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

AGRADECIMENTOS

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

A todos os pesquisadores do ISA, pelo planejamento e execução das pesquisas, o que permitiu a utilização dos dados e a realização da minha tese.

Aos professores Dr. Alex Antonio Florindo, Dra. Regina Mara Fisberg, Dra. Maria Cecília Goi Porto Alves, Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros e Dr. Moisés Goldbaum, pelas sugestões e críticas que qualificaram este trabalho.

Aos professores Dra. Isabela Judith Martins Bensenor, Dra. Katia Cristina Bassichetto e Dr. Moisés Goldbaum, pelas considerações da avaliação escrita.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

Introdução: o tabagismo, a atividade física, o consumo de álcool, o consumo alimentar e o estado nutricional são os principais fatores de risco modificáveis relacionados ao estilo de vida. Possuem possíveis intervenções de baixo custo e, apesar de serem potencialmente relevantes na definição do perfil epidemiológico da população e estarem associados à diminuição da mortalidade precoce por doenças cardiovasculares, não vêm sendo monitorados de modo que possam ser avaliados de forma global. **Objetivo:** descrever e comparar o estilo de vida saudável da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo, segundo o sexo e a escolaridade, nos anos de 2003, 2008 e 2015. **Métodos:** estudo transversal, de base populacional, que utilizou dados dos Inquéritos Domiciliares de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital), realizados nos anos de 2003, 2008 e 2015. A variável dependente utilizada foi o estilo de vida, determinado pela interação de seis fatores de risco: tabagismo, atividade física, consumo abusivo de álcool, dependência de álcool, consumo alimentar e estado nutricional. A partir do cumprimento das recomendações para cada um dos fatores de risco, os indivíduos foram classificados em duas categorias: estilo de vida saudável ou estilo de vida não saudável. As variáveis independentes foram o sexo e a escolaridade. Foram calculadas as estimativas de prevalência e os intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** em relação às mudanças entre os indivíduos com estilo de vida saudável, os resultados do presente estudo mostraram que: houve uma diminuição apenas na

prevalência dos idosos do sexo masculino de 13,34% em 2003 para 5,26% em 2015. Quanto às desigualdades, a prevalência de indivíduos com estilo de vida saudável foi menor e mais desfavorável nos adolescentes do sexo feminino (2,09%) e nos adultos menos escolarizados (1,24%) em 2015 e nos idosos menos escolarizados (6,24%) em 2003. **Conclusões:** a prevalência de estilo de vida saudável da população do município de São Paulo foi baixa em todas as faixas etárias e não apresentou mudanças durante os períodos analisados, estando abaixo de 10% entre os adolescentes e adultos e abaixo de 20% entre os idosos. Em todas as faixas etárias e em todos os períodos analisados, as combinações de atividade física insuficiente na soma do lazer e transporte, do consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e do excesso de peso foram os principais responsáveis pelo estilo de vida não saudável. Sendo assim, a prevenção desses fatores de risco deve ser considerada nas estratégias de promoção da saúde e de planejamento de intervenções.

Descritores: Estilo de vida saudável; Atividade física; Tabagismo; Consumo alimentar; Consumo de álcool; Dependência de álcool; Estado nutricional.

ABSTRACT

Introduction: smoking, physical activity, alcohol consumption, food intake and nutritional status are the main modifiable risk factors related to lifestyle. They have possible low-cost interventions and, although potentially relevant in defining the epidemiological profile of the population and being associated with decreased early mortality from cardiovascular disease, these are not being monitored so that they can be assessed globally. **Objective:** to describe and compare the healthy lifestyle of the adolescent, adult and elderly population from Sao Paulo, according to gender and education in 2003, 2008 and 2015.

Methods: population-based cross-sectional study that used data from the Household Health Surveys in the Municipality of São Paulo (ISA-Capital), conducted in 2003, 2008 and 2015. The dependent variable used was lifestyle, determined by the interaction of six risk factors: smoking, physical activity, alcohol abuse, alcohol dependence, food consumption and nutritional status. From complying with the recommendations for each of the risk factors, individuals were classified into two categories: healthy lifestyle or unhealthy lifestyle. The independent variables were gender and education. Prevalence estimates and 95% confidence intervals were calculated. **Results:** regarding the changes among individuals with healthy lifestyle, the results of the present study showed that there was a decrease only in the prevalence of male elderly from 13.34% in 2003 to 5.26% in 2015. Regarding inequalities, the prevalence of healthy lifestyle individuals was lower and more unfavorable in female adolescents (2.09%) and in less educated adults (1.24%) in 2015 and in less

educated elderly (6.24%). in 2003. **Conclusion:** the prevalence of healthy lifestyle in the population of the city of São Paulo was low in all age groups and did not change during the analyzed periods, being below 10% among adolescents and adults and below 20% among the elderly. In all age groups and in all periods analyzed, combinations of insufficient physical activity in addition to leisure and transportation, inadequate consumption of fruits and vegetables, and overweight were the main responsible for the unhealthy lifestyle. Therefore, prevention of these risk factors should be considered in health promotion and intervention planning strategies.

Descriptors: Healthy lifestyle; Physical activity; Smoking; Dietary intake; Alcohol consumption; Alcohol addiction; Nutritional status.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 TABAGISMO	3
1.2 ATIVIDADE FÍSICA	10
1.3 CONSUMO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL..	16
1.4 CONSUMO ALIMENTAR	21
1.5 ESTADO NUTRICIONAL	23
2. JUSTIFICATIVA	28
3. OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4. MÉTODOS	33
4.1 DELINEAMENTO GERAL	33
4.2 INQUÉRITO DOMICILIAR DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ISA-CAPITAL)	33
4.3 AMOSTRAGEM	35
4.3.1 ISA-Capital 2003	35
4.3.2 ISA-Capital 2008	36
4.3.3 ISA-Capital 2015	37
4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO	39
4.5 VARIÁVEL DEPENDENTE	39
4.5.1 Estilo de vida	39
4.5.1.1 Tabagismo	42
4.5.1.2 Atividade física	43
4.5.1.3 Consumo abusivo e dependência de álcool.....	45
4.5.1.4 Consumo alimentar	47
4.5.1.5 Estado nutricional	49
4.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	50
4.7 ANÁLISE DE DADOS	51
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	51
5. RESULTADOS	53
5.1 TABAGISMO	55
5.2 ATIVIDADE FÍSICA	62
5.3 CONSUMO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ...	79
5.4 CONSUMO ALIMENTAR	89
5.5 ESTADO NUTRICIONAL	93
5.6 ESTILO DE VIDA	99
6. DISCUSSÃO	116
6.1 TABAGISMO	116
6.2 ATIVIDADE FÍSICA	123
6.3 CONSUMO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL....	132
6.4 CONSUMO ALIMENTAR	136
6.5 ESTADO NUTRICIONAL	142

6.6 ESTILO DE VIDA	145
6.7 LIMITAÇÕES	147
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
8. REFERÊNCIAS	151
ANEXOS	165
Anexo I: Plano de trabalho	165
Anexo II: Cronograma	166
Anexo III: Plano amostral ISA-Capital 2003	168
Anexo IV: Plano amostral ISA-Capital 2008	176
Anexo V: Plano amostral ISA-Capital 2015	182
Anexo VI: Aprovação do Comitê de Ética	188

Lista de quadros, tabelas e figuras

Figura 1	Caracterização do estilo de vida saudável. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	41
Figura 2	Caracterização do estilo de vida não saudável. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	42
Quadro 1	Comparação entre as questões do questionário <i>CAGE</i> e <i>AUDIT</i> para caracterização da dependência de álcool. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	46
Quadro 2	Classificação de adolescentes, adultos e idosos, segundo o IMC. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	49
Quadro 3	Variáveis independentes utilizadas no presente estudo. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	50
Tabela 1	Descrição da amostra de acordo com a faixa etária, ano de avaliação, sexo e escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	53
Tabela 2	Descrição do tamanho da amostra de acordo com a faixa etária, ano de avaliação e variáveis que compõe o estilo de vida. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	55
Tabela 3	Prevalência de indivíduos que nunca fumaram no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	57
Tabela 4	Prevalência de indivíduos ex-tabagistas no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	58
Tabela 5	Prevalência de indivíduos tabagistas no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	60

Quadro 4	Síntese dos resultados referentes ao tabagismo. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	61
Tabela 6	Prevalência de indivíduos fisicamente ativos no lazer no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	63
Tabela 7	Prevalência de indivíduos insuficientemente ativos no lazer no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	65
Tabela 8	Prevalência de indivíduos fisicamente ativos no transporte no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	68
Tabela 9	Prevalência de indivíduos insuficientemente ativos no transporte no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	70
Tabela 10	Prevalência de indivíduos fisicamente ativos na soma do lazer e do transporte no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	72
Tabela 11	Prevalência de indivíduos insuficientemente ativos na soma do lazer e do deslocamento no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	75
Quadro 5	Síntese dos resultados referentes à atividade física. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	76
Tabela 12	Prevalência de indivíduos que não consomem álcool no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	80
Tabela 13	Prevalência de indivíduos com consumo de álcool não abusivo no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a	82

escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Tabela 14	Prevalência de indivíduos com consumo abusivo de álcool no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	84
Tabela 15	Prevalência de indivíduos não dependentes de álcool no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	85
Tabela 16	Prevalência de indivíduos dependentes de álcool no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	86
Quadro 6	Síntese dos resultados referentes ao consumo abusivo e à dependência de álcool. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	88
Tabela 17	Prevalência de indivíduos com consumo adequado de frutas, verduras e legumes no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	90
Tabela 18	Prevalência de indivíduos com consumo inadequado de frutas, verduras e legumes no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	92
Quadro 7	Síntese dos resultados referentes ao consumo alimentar. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	93
Tabela 19	Prevalência de indivíduos sem excesso de peso no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	95
Tabela 20	Prevalência de indivíduos com excesso de peso no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	97

Quadro 8	Síntese dos resultados referentes ao estado nutricional. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	98
Tabela 21	Prevalência de indivíduos com estilo de vida saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	100
Tabela 22	Prevalência de indivíduos com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	101
Quadro 9	Síntese dos resultados referentes ao estilo de vida. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	103
Tabela 23	Prevalência de adolescentes com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com o número e o tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	105
Tabela 24	Prevalência de adultos com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com o número e o tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	109
Tabela 25	Prevalência de idosos com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com o número e o tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.	113
Quadro 10	Síntese dos resultados referentes aos principais domínios responsáveis pelo estilo de vida não saudável. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.	115

1. INTRODUÇÃO

A saúde global vem sendo influenciada por fatores que interferem no ambiente e nos comportamentos, como o envelhecimento da população, a rápida urbanização não planejada e a globalização. Como resultado, o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco tornou-se um problema de saúde pública (WHO,2008).

Em 2000, ocorreram 31 milhões de mortes por DCNT. Já em 2012, das 56 milhões de mortes ocorridas no mundo, 38 milhões foram devido às DCNT, o que representa um aumento de 60% em relação a 2000 (WHO, 2014a). As principais causas de mortes em 2012 foram: doenças cardiovasculares (DCV) (17,5 milhões de mortes, ou 46,2 % das mortes por DCNT); câncer (8,2 milhões de mortes, ou 21,7% das mortes por DCNT); doenças respiratórias crônicas (4,0 milhões de mortes, ou 10,7% das mortes por DCNT); e diabetes (1,5 milhões de mortes, ou 4% das mortes por DCNT) (WHO, 2014a).

De todas as mortes ocorridas por DCNT em 2012, 42% foram mortes prematuras e ocorreram antes dos 70 anos de idade, representando 16 milhões de mortes. A maioria das mortes prematuras (82%) ocorreram em países de baixa e média renda, onde 48% das mortes por DCNT estão estimadas para ocorrerem antes dos 70 anos de idade, enquanto que em países de alta renda esta estimativa é de 28%. Neste contexto, as DCV foram responsáveis pela maioria das mortes antes dos 70 anos de idade (37%),

seguidas pelos cânceres (27%), doenças respiratórias crônicas (8%) e diabetes (4%) (WHO, 2014a).

As DCV são as principais causas de morte no mundo, matando 17,5 milhões de pessoas em 2012 e sendo responsável por 3 em cada 10 mortes. Deste total, 7,4 milhões de pessoas morreram por doenças isquêmicas do coração e 6,6 milhões morreram por acidente vascular cerebral. No Brasil, 74% das mortes ocorridas em 2012 foram devido às DCNT, sendo 31% devido às doenças cardiovasculares (WHO, 2014c).

As DCV são doenças que afetam o coração ou os vasos sanguíneos e que possuem origem multifatorial, no qual diversos fatores de risco participam de sua gênese. Estes fatores de risco podem ser não modificáveis e irreversíveis, como idade, sexo e hereditariedade; 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 doenças cardiovasculares, provenientes do estilo de vida e que possuem possíveis intervenções de baixo custo estão o tabagismo, a atividade física, o consumo de álcool, o consumo alimentar e o estado nutricional (WHO, 2009; Lim et al., 2012). Um estudo multiétnico de aterosclerose realizado entre 2000 e 2010 mostrou que a combinação de atividade física regular, dieta saudável, prevenção de tabagismo e manutenção do peso estava associada com uma menor incidência de doenças coronarianas e mortes por todas as causas (Ahmed et al., 2013).

Esses fatores de risco, que podem ser monitorados pelo estilo de vida adotado, incluem decisões tomadas pelo indivíduo em relação a sua saúde e

o modo de levar a vida. Essas decisões incluem comportamentos autodeterminados ou adquiridos social ou culturalmente e, portanto, estão parcialmente sob controle, uma vez que condições limitantes dessas escolhas individuais de estilo de vida também são o ambiente social e a situação socioeconômica (Silva Júnior et al., 2003).

Esse contexto demonstra que o conhecimento da situação de saúde e do estilo de vida, suas evoluções e tendências em diferentes grupos da população é essencial para o desenvolvimento de políticas e programas de promoção da saúde e redução da morbimortalidade precoce por DCV. Entretanto, esse monitoramento periódico depende dos inquéritos de saúde populacionais, uma vez que sistemas de informações que são atualizados anualmente, como os de mortalidade e internações, não captam esse tipo de informação.

1.1 TABAGISMO

O tabagismo é caracterizado pelo ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. É reconhecido como uma doença que causa dependência física, psicológica e comportamental devido à nicotina (Rosemberg, 2004). É um comportamento complexo que recebe influências de estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina,

caracterizando um modelo de comportamento aditivo (Kirchenchtein e Chatkin, 2004).

Há uma grande variedade de produtos derivados de tabaco que podem ser usados de várias formas: fumado/inalado (cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de cravo, cigarro de palha, cigarilha, bidis, narguillé); aspirado (rapé); mascado (fumo-de-rolô, snuff); absorvido pela mucosa oral (snus). Todos esses produtos possuem nicotina, causam dependência e aumentam o risco de surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares. No Brasil, a forma predominante do uso do tabaco é o fumado (Brasil, 2014a).

O tabaco começou a ser utilizado pelas sociedades indígenas em rituais religiosos com o objetivo de purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetos guerreiros. No século XVII, foi difundido por meio do cachimbo e, no século XVIII, ainda era utilizado com objetivos medicinais por meio da aspiração do rapé. A partir do século XIX, passou a ser utilizado como demonstração de ostentação. Por volta de 1840 a 1850, surgiram as primeiras descrições de homens e mulheres fumando cigarros, mas apenas após a Primeira Guerra Mundial o consumo apresentou grande expansão. No século XX, espalhou-se por todo o mundo com o desenvolvimento de estratégias de marketing e publicidade sobre o cigarro (Brasil, 2001).

Na década de 1950, algumas abordagens relacionadas ao desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e experimentais já apontavam para a associação entre o tabagismo e diversos males, como o câncer de pulmão. Entretanto, informações oficiais sobre os malefícios do

cigarro e sua dependência foram relatadas pelo Ministério da Saúde Americano apenas em 1988, declarando o tabagismo como uma forma específica de dependência (USDHHS, 1988) e, posteriormente, considerando-o como uma condição clínica passível de prevenção e tratável por meio de estratégias específicas (Leshner, 1997). Atualmente, o tabaco é cultivado em todas as partes do mundo, é responsável por uma enorme atividade econômica e é uma das drogas mais consumidas mundialmente, apesar dos malefícios amplamente conhecidos (Brasil, 2001).

A fumaça do cigarro exerce vários efeitos no trato respiratório. No geral, os dois principais são a inflamação e os efeitos mutagênicos/carcinogênicos (Behr e Nowak, 2002). A inflamação das vias aéreas é considerada o principal mecanismo envolvido na gênese da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), sendo que o tabagismo é considerado o fator de risco mais importante para a DPOC (Torres e Godoy, 2004).

Em relação às DCV, o fumo acelera o processo de envelhecimento dos vasos arteriais, determinando o aparecimento da aterosclerose precoce; causa produção excessiva de oxidantes, levando progressivamente às lesões difusas das paredes do vaso e tornando-as mais rígidas (Borland et al., 1983); e aumenta a pressão arterial por meio da ação vasoconstritiva arteriolar da nicotina, podendo predispor acidentes vasculares cerebrais agudos, angina, infarto do miocárdio e morte súbita (Mann et al., 1991). De modo geral, o tabagismo acelera o processo de aterosclerose não só nas coronárias, mas em diferentes territórios arteriais, aumentando a prevalência de doença

arterial periférica, aneurisma da aorta, acidentes vasculares cerebrais e morte súbita (Cooke, 2004).

Outro fator importante é o tabagismo passivo ou involuntário, que é a exposição secundária à fumaça do cigarro ou de qualquer produto derivado do tabaco. Acredita-se que a exposição ao tabaco do não fumante que convive com um fumante seja equivalente a 1% de 20 cigarros fumados ativamente ao dia, sendo também registrada maior associação com doenças cardíacas, respiratórias, câncer de pulmão e doenças infantis (Oliveira e Sales, 2004).

Atualmente, o tabagismo é umas das principais causas de morte evitáveis no mundo. Os riscos para a saúde resultam não só do consumo direto, mas também da exposição indireta ao fumo. O tabagismo aumenta o risco de DCV, câncer, doenças respiratórias crônicas, diabetes e mortes prematuras. É a principal causa de muitas das doenças que mais matam no mundo e é responsável por uma em cada 10 mortes entre adultos mundialmente (WHO, 2014a; Reitsma et al., 2017).

Uma estimativa mostrou que aproximadamente 6 milhões de pessoas morrem anualmente devido ao tabagismo, sendo mais de 600.000 mortes relacionadas à exposição indireta e 170.00 delas de crianças (Oberg et al., 2011; WHO, 2012a). Em 2015, 11,5% das mortes globais (6,4 milhões) foram atribuíveis ao tabagismo, onde existiam cerca de 933,1 milhões de tabagistas diários no mundo (Reitsma et al., 2017).

O tabagismo também impõe um fardo econômico aos países por meio do aumento com custos médicos, da perda de produtividade e das mortes prematuras em idades economicamente ativas. Na maioria das economias,

as cargas dos custos de saúde com o tabagismo também excedem as receitas fiscais totais dos produtos do tabaco recolhidas pelos governos (WHO, 2014a). Estima-se que o fumo cause mais de US\$ 500 bilhões em prejuízos econômicos todos os anos (Ekpu, 2015). Os custos econômicos associados ao fumo representam 1,8% do PIB global, e os gastos com saúde atribuíveis ao fumo representam 5,6% dos gastos totais com saúde (Chaloupka, 2016). Nos Estados Unidos, os custos anuais de saúde relacionados ao tabaco chegam a US\$170 bilhões; na China, a US\$28,9 bilhões; no Vietnã, a US\$0,6 bilhões; e no Brasil, a US\$5,8 bilhões (Pinto et al., 2015).

Com todo o conhecimento científico existente em relação aos males causados pelo tabaco e, apesar da melhora, mas ainda preocupante situação de consumo desta droga, algumas medidas já vêm sendo adotadas para reduzir a prevalência de tabagismo na população.

O reconhecimento de que a expansão do tabagismo era um problema de saúde pública mundial fez com que, em 1999, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, os estados membros das Nações Unidas propusessem a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que entrou em vigor em 2005. Esse Tratado determinou um conjunto de medidas, cujo objetivo é proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas partes nos níveis nacional,

regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (Brasil, 2012).

A CQCT visa conter a epidemia do tabagismo em todo o mundo por meio da adoção de uma série de medidas para reduzir a demanda e o suprimento de produtos derivados do tabaco. Essas intervenções incluem proteger as pessoas da exposição à fumaça do tabaco; proibir sua publicidade, promoção e patrocínio; proibir vendas para menores de idade; exigir advertências de saúde nas embalagens de produtos; incentivar as pessoas a pararem de fumar e aumentar os impostos. Sua ratificação pelo Brasil se deu em 2005 por meio do Decreto Legislativo n.º 1012/2005, e sua implementação nacional ganhou o status de Política de Estado e o cumprimento de suas medidas e diretrizes tornou-se uma obrigação legal do governo brasileiro com a promulgação da CQCT pelo Presidente da República através do Decreto n.º 5658 em 2 de janeiro de 2006 (Brasil, 2012).

Além disso, desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil vem sendo articulada pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Instituto Nacional do câncer (INCA), o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do

tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco. O PNCT articula a Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as Campanhas e outras ações educativas e a Promoção de Ambientes Livres. Desde novembro de 2005, quando o Brasil ratificou a CQCT, a implantação do PNCT passou a fazer parte da Política Nacional de Controle do Tabaco, que é orientada ao cumprimento das medidas e diretrizes da CQCT pelo país (Brasil, 2011).

Neste sentido, o MS, por meio do INCA e em parceria com ONGs e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem investido esforços na socialização dos conhecimentos sobre cessação do fumo, o que contribuiu para uma significativa mudança de paradigma, onde o tabagismo passou progressivamente de um comportamento elegante e charmoso para um comportamento indesejável (Brasil, 2001).

Diversas medidas intersetoriais já foram 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).

1.2 ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético. Pode ser dividida em subcategorias ou domínios, como atividade física no deslocamento e no lazer, e variar em intensidade, duração e frequência. Consequentemente, possui diferentes componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, o que pode exigir diferentes estratégias para intervenção e promoção (Caspersen, et al., 1985).

Neste sentido, estudos mostram maiores benefícios da prática de atividade física nos domínios de lazer e transporte, incluindo menor risco cardiovascular, incidência de diabetes e mortalidade por todas as causas (Hu et al. 2003, 2005, 2007; Stamatakis, Hamer, e Lawlor 2009; Stamatakis, Hillsdon, e Primatesta 2007; Andersen et al. 2000; Vuillemin et al. 2005). No geral, estas atividades ocorrem de forma voluntária e, portanto, representam uma escolha de comportamento relacionado a um estilo de vida mais saudável, o que permite a orientação de políticas e programas de saúde pública com maior efetividade na promoção da atividade física (Hallal et al. 2010). Além disso, atividades como caminhar e andar de bicicleta por lazer ou

transporte proporcionam, além dos benefícios para a saúde, benefícios sociais, como impacto no tráfego e melhora da poluição do ar (Menai et al. 2015).

Antigamente, a atividade física era parte fundamental no cotidiano do homem para manter a sua sobrevivência, sendo caracterizada por atividades como caça e fuga. Entretanto, com o passar dos anos e com o avanço da tecnologia, esse tipo de atividade deixou de ser necessária e alterou as características da prática de atividade física. Esta situação contribuiu para a sua diminuição e, conseqüentemente, para o aumento dos problemas de saúde relacionados aos seus baixos níveis.

Os benefícios para a saúde decorrentes da prática regular de atividade física estão bem documentados em diversos países e em todas as faixas etárias, existindo uma relação inversa entre o nível de atividade física e o risco de ocorrência de diversas doenças crônicas não transmissíveis e suas consequências biológicas e sociais (WHO, 2002, 2007a, 2009, 2010, 2014a)

Em crianças e adolescentes, os benefícios para a saúde que estão relacionados com a atividade física incluem o aumento da aptidão física (aptidão cardiorrespiratória e força muscular), a redução da gordura corporal, a redução dos perfis de risco favoráveis para doenças cardiovasculares e metabólicas, a melhora da saúde óssea e a redução de sintomas de depressão e ansiedade. Além disso, a prática regular de atividade física da infância até a vida adulta permite a manutenção de um perfil de risco favorável à saúde e de menores taxas de morbidade e mortalidade devido às doenças

cardiovasculares e diabetes ao longo da vida (Janssen, 2007, 2010; PAGAC, 2008).

Em adultos, os benefícios para a saúde que estão relacionados com a atividade física incluem o aumento da aptidão física (aptidão cardiorrespiratória e força muscular), a redução da gordura corporal, a redução dos perfis de risco favoráveis para doenças cardiovasculares e metabólicas, a melhora da a saúde óssea, a redução de sintomas de depressão e ansiedade e a prevenção de câncer de mama e de cólon (PAGAC, 2008; Bauman, 2005; Cook, 2008; Nocon et al., 2008; Steyn et al., 2005; Sofi et al., 2008; Warburton et al., 2007; Warburton et al., 2010).

Em idosos, os benefícios para a saúde que estão relacionados com a atividade física incluem o aumento da aptidão física (aptidão cardiorrespiratória e força muscular), a melhora da composição corporal, a redução dos perfis de risco favoráveis para doenças cardiovasculares e metabólicas, a melhora da a saúde óssea, a redução de sintomas de depressão e ansiedade, a prevenção de câncer de mama e de cólon, a melhora dos níveis de saúde funcional, a diminuição do risco de quedas e a melhora da função cognitiva (PAGAC, 2008; Bauman, 2005; Paterson, 2007; Paterson; 2009).

Além disso, em todas as faixas etárias, a atividade física também está associada à elevação do nível de endorfina, causando mudanças psicológicas positivas, como a diminuição da ansiedade e da depressão e o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (Morgan, 1985; Roeder, 1999).

Por outro lado, há evidências para mostrar que a inatividade física é um dos principais contribuintes para a morte e a incapacidade por doenças crônicas não transmissíveis em todo o mundo. A inatividade física é um preditor significativo de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus do tipo 2, obesidade, alguns tipos de câncer, problemas no sistema ósseo, na saúde mental e na qualidade de vida no geral. A inatividade física é um dos 10 principais fatores de risco para a mortalidade global, causando cerca de 3,2 milhões de mortes a cada ano (Lim et al., 2012). Adultos insuficientemente ativos possuem um risco de 20-30% maior de mortalidade por todas as causas em comparação com aqueles que cumprem a recomendação de atividade física (WHO, 2010).

Em todo o mundo, estima-se que, em 2008, a inatividade física foi responsável por 6% a 10% das principais doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares e a diabetes do tipo 2, e por 9% da mortalidade prematura, aproximadamente 5,3 dos 57 milhões de óbitos. Neste contexto, se a inatividade física não fosse eliminada, mas diminuísse de 10% a 25%, mais de 533.000 a 1,3 milhões de mortes, respectivamente, poderiam ser evitadas a cada ano. Além disso, ao eliminar a inatividade física, a expectativa de vida teria um aumento de 0,68 anos no mundo e 1,08 anos no Brasil (Lee et al., 2012).

As atuais recomendações globais sobre atividade física são fundamentais para melhorar a saúde geral e prevenir doenças crônicas não transmissíveis, podendo ser aplicadas em crianças, adolescentes, adultos e idosos, independentemente do sexo, raça, etnia ou nível de renda (WHO,

2010). Neste sentido, com o objetivo de melhorar a saúde geral e prevenir doenças crônicas não transmissíveis, as atuais recomendações globais sobre atividade física para a saúde indicam que crianças e adolescentes com idades entre 5 e 17 anos devem acumular pelo menos 60 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa, sendo que a soma de atividade física superior a 60 minutos diários proporciona benefícios adicionais à saúde. A maior parte desta atividade física diária deve ser aeróbica, mas atividades de intensidade vigorosa também devem ser incorporadas, incluindo aquelas de fortalecimento muscular e ósseo em pelo menos 3 dias da semana (WHO, 2010).

Já os adultos com idades entre 18 e 64 anos e os idosos com 65 anos ou mais, devem acumular pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, ou uma combinação semanal equivalente de atividade física de intensidades moderada e vigorosa em séries de pelo menos 10 minutos de duração. Para benefícios adicionais de saúde, os adultos e idosos devem acumular 300 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada, ou 150 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, ou uma combinação semanal equivalente de atividade física de intensidades moderada e vigorosa. Além disso, atividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas com grandes grupos musculares em 2 ou mais dias por semana. Além disso, idosos com baixa mobilidade devem realizar atividades físicas para melhorar

o equilíbrio e reduzir o risco de quedas em 3 ou mais dias por semana (WHO, 2010).

O relatório do status global da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que, em 2010, 23% dos adultos do mundo eram insuficientemente ativos. As mulheres eram menos ativas do que os homens, sendo que 27% das mulheres e 20% dos homens não atingiram a recomendação de atividade física. Em relação ao Brasil, 27,2% dos adultos eram insuficientemente ativos, sendo que 29,4% das mulheres e 24,9% dos homens não atingiram a recomendação de atividade física. No geral, as pessoas mais velhas eram menos ativas do que as pessoas mais jovens e, em todas as regiões, as mulheres foram menos ativas que os homens. A inatividade física em adultos aumentou de acordo com o nível de renda do país, sendo que a prevalência foi de 33% em países de alta renda e 17% em países de baixa renda (WHO, 2014a).

No mundo, 81% dos adolescentes com idades entre 11 e 17 anos não atingiam a recomendação de atividade física em 2010. As meninas eram menos ativas do que os meninos, sendo que 84% das meninas e 78% dos meninos não atingiam as recomendações. Em relação ao Brasil, 86,7% dos adolescentes eram insuficientemente ativos, sendo que 91,4% das meninas e 82,0% dos meninos não atingiram a recomendação de atividade física. Em todas as regiões do mundo, as meninas foram menos ativas que os meninos (WHO, 2014a).

Um estudo com estimativas conservadoras mostrou que, em 2013, a inatividade física custou \$53,8 bilhões aos sistemas de saúde internacionais

em todo o mundo, dos quais \$31,2 bilhões foram pagos pelo setor público, \$12,9 bilhões pelo setor privado e \$ 9,7 bilhões pelas famílias. Além disso, as mortes relacionadas à inatividade física contribuíram para uma perda de \$13,7 bilhões em produtividade no mundo. No Brasil, estes gastos foram de \$1,6 milhões, sendo \$787.765 pagos pelo setor público, \$356.292 pagos pelo setor privado e \$490.310 pelas famílias (Ding et al., 2016).

1.3 CONSUMO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

O álcool é um tipo de droga psicotrópica classificada como depressora da atividade do sistema nervoso central, ou seja, é uma droga que atua diminuindo a atividade cerebral e provocando uma mudança no comportamento de quem a consome (Carlini et al., 2001).

Esta droga pode ser caracterizada por diferentes padrões de consumo, como o uso, o abuso e a dependência de álcool. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o uso é definido como qualquer consumo, independente da frequência; o abuso é definido como um consumo associado à consequências adversas recorrentes ou complicações, como acidentes, brigas e perdas de compromissos, porém não caracterizando dependência; já a dependência, é definida quando o uso da substância passa a caracterizar um estado disfuncional, sendo que o consumo é frequente,

compulsivo, destinado à eliminação de sintomas de abstinência e acompanhado por problemas físicos, psicológicos e sociais (OMS, 1993).

Estes padrões de consumo estão associados a diferentes complicações. O consumo abusivo é caracterizado pela presença de danos físicos e mentais decorrentes do uso. Geralmente, tal padrão é criticado por outras pessoas e acarreta consequências sociais para o usuário. No entanto, não há presença de complicações crônicas relacionadas ao consumo, como a síndrome de abstinência, a cirrose hepática, desnutrição, entre outras. Já a dependência, é identificada a partir de um padrão de consumo constante e descontrolado, uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica, visando principalmente aliviar sintomas de mal-estar e desconforto físico e mental (Edwards et al., 2004).

As bebidas alcóolicas tiveram origem na pré-história a partir do descobrimento de um processo de fermentação natural que ocorreu logo após o desenvolvimento da agricultura, que possuía diferentes significados entre os povos e culturas. No princípio, o consumo era predominantemente associado aos rituais religiosos ou festivos. Com o passar do tempo, com o desenvolvimento da destilação e com o aumento da disponibilidade, o consumo passou a ser mais frequente e abusivo, passando a ser considerado como um comportamento negativo por diversas culturas (Marques, 2001).

As consequências associadas ao consumo de álcool foram relatadas inicialmente na literatura médica por Hipócrates no século 385 A.C. Após a Revolução Industrial, o consumo abusivo de álcool e suas consequências

aumentaram consideravelmente, o que levou ao desenvolvimento de diversas pesquisas sobre o tema (Fortes, 1975). Apenas em 1952, a dependência de álcool, ou alcoolismo, foi considerada uma doença e incluída no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-I) da Associação Psiquiátrica Americana (APA). A partir da década de 60, o constante aumento do consumo ainda provocou o aumento das pesquisas relacionadas aos mecanismos de ação do álcool e de propostas para o tratamento e intervenções na dependência (Anthony e Helzer, 1991).

O consumo prejudicial de álcool está associado a um risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, desordens mentais e comportamentais, e lesões não intencionais e intencionais, como acidentes de trânsito e violência. Em 2012, foi estimado que 3,3 milhões das mortes ocorridas em todo o mundo (5,9%) foram atribuíveis ao consumo de álcool, sendo que mais da metade destas mortes resultaram de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente doenças cardiovasculares e diabetes (33,4%) (WHO, 2014a).

As relações entre o consumo de álcool e as doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares são complexas. O consumo excessivo de álcool está associado com o risco de doenças hipertensivas, fibrilação arterial e acidente vascular cerebral hemorrágico. Por outro lado, baixos níveis e alguns padrões particulares de consumo de álcool em algumas populações, principalmente de vinho, podem diminuir o risco de doenças isquêmicas do coração. No entanto, ainda há controvérsias sobre o efeito benéfico do baixo consumo de álcool em DCV, uma vez que esses efeitos benéficos tendem a

desaparecer quando o consumo é caracterizado por episódios abusivos (Roerecke, 2010), o que é altamente prevalente em muitos países e grupos da população (WHO, 2014b; WHO, 2007b).

Adicionalmente, ainda há uma ligação direta entre níveis elevados de consumo de álcool e o risco de câncer de boca, nasofaringe, orofaringe, laringe, esôfago, cólon, reto, fígado e mama (IARQ, 2012). Além do aumento exponencial do risco de cirrose hepática e pancreatite (Irving et al., 2009; Rehm et al., 2010).

Em concomitância com os problemas relacionados à saúde, ainda ocorrem aproximadamente 5,2 milhões de mortes por acidentes todos os anos, sendo que destas, 1,8 milhões estão associadas ao consumo de bebidas alcoólicas (Malta et al., 2011). Além dos prejuízos biopsicossociais decorrentes do abuso e da dependência do álcool, ainda deve-se levar em consideração que efeitos como: complicações físicas e mentais, desemprego, violência e criminalidade, mortalidade e morbidade, acarretam um elevado custo econômico para a sociedade. Além destes prejuízos econômicos gerados de forma direta pelo consumo inadequado do álcool, também devem-se levar em consideração os detrimientos indiretos, como perda de produtividade relacionada às doenças, licenças médicas e o próprio consumo da substância durante o trabalho (Moraes et al., 2006).

Apesar das consequências relacionadas ao consumo de álcool já estarem bem estabelecidas, sua utilização ainda possui ampla aceitação social, principalmente quando comparada com outras drogas. Independentemente do consumo em qualquer quantidade ser capaz de

provocar reações no organismo, há uma grande dificuldade em eliminar totalmente a ingestão de álcool no mundo. Neste sentido, com o objetivo de determinar uma dose diária de baixo risco, recomenda-se um consumo máximo de até 30 gramas de álcool por dia para homens e 20 gramas de álcool por dia para mulheres, sendo que quantidades maiores já são caracterizadas como consumo abusivo (USDHHS, 2015).

Segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde da OMS, o álcool é consumido praticamente em todo o mundo, onde estimou-se que indivíduos com 15 anos ou mais consumiram aproximadamente 6,2 litros de álcool puro em 2010 (13,5 g por dia). No Brasil, o consumo total estimado foi de aproximadamente 8,7 litros anuais por pessoa, quantidade superior à média mundial. Entre os homens, o consumo anual foi de 13,6 litros de álcool puro, enquanto o das mulheres foi de 4,2 litros. Ao considerar apenas os indivíduos que consomem álcool, esta média sobe para 15,1 litros de álcool puro por pessoa anualmente, sendo 8,9 litros para as mulheres e 19,6 litros para os homens (WHO, 2014b).

Em relação ao padrão de consumo, aproximadamente metade da população mundial (48%) nunca fez uso de álcool. No Brasil, cerca de 42% da população não ingeriu bebidas alcoólicas em 2010. Entre os brasileiros que nunca beberam, 30,8% são mulheres e 12,4% são homens. As bebidas destiladas são o tipo de bebida mais consumido no mundo (50%), seguido pela cerveja (35%) e pelo vinho (8%). Na região das Américas, a cerveja é o tipo mais consumido (55%), seguida pelos destilados (32,6%) e pelo vinho (11,7%) (WHO, 2014b).

1.4 CONSUMO ALIMENTAR

A alimentação se desenvolve de acordo com regras adotadas pela sociedade, meio ambiente, história individual e valores de grupos sociais nos quais o indivíduo está inserido para suprir necessidades fisiológicas, bem como os desejos, que podem ser social e culturalmente definidos (Furst et al., 1996; Jomori et al., 2008).

A avaliação do consumo alimentar, que é realizada para fornecer subsídios para o desenvolvimento e implantação de planos nutricionais, tem o objetivo de estimar se a ingestão de alimentos está adequada ou inadequada, além de identificar hábitos inadequados e/ou a ingestão excessiva de alimentos com pobre conteúdo nutricional (Marchioni et al., 2003). Para esta avaliação, ainda podem ser estabelecidos diferentes objetivos, como a avaliação quantitativa da ingestão de nutrientes, a avaliação do consumo de alimentos ou grupos alimentares e a avaliação do padrão alimentar individual (Fisberg et al., 2009).

De modo geral, o consumo alimentar está relacionado aos aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos que envolvem o ambiente das pessoas (Toral e Slater, 2007). Neste contexto, o perfil nutricional de diversas populações vem sofrendo alterações nas últimas décadas, nas quais, desde 1970, ocorre um declínio na prevalência de desnutrição e um aumento na prevalência de excesso de peso (Monteiro et al., 1995).

Esta modificação no estado nutricional vem acompanhada de mudanças desfavoráveis no padrão de consumo alimentar, como diminuição do consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos; aumento da ingestão de ovos, leite e derivados; substituição de carboidratos por gorduras em geral e saturadas; aumento na ingestão de açúcar; diminuição da ingestão de frutas e vegetais; e substituição de alimentos básicos por produtos industrializados, caracterizando uma transição nutricional (Levi-Costa et al., 2005). Nas últimas décadas, vários países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, vêm passando por uma transição nutricional (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).

É amplamente aceito que a dieta pode influenciar o estado de saúde do indivíduo. Neste sentido, 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 DCNT, principalmente as DCV (Bazzano et al., 2003; Barreto et al., 2005).

Em relação às recomendações mais específicas, a OMS recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que equivale, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos (WHO, 2003).

Entretanto, de acordo com a pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico no Brasil (VIGITEL), a frequência de adultos que consumiam frutas e hortaliças de acordo com a recomendação da OMS foi de 24,1%, sendo menor em homens (19,3%) do que em mulheres (28,2%) e aumentando com a idade e com o nível de escolaridade (Brasil, 2014).

1.5 ESTADO NUTRICIONAL

A obesidade é caracterizada por um excesso de depósito e armazenamento de gordura corporal, sempre considerando o que seria adequado para a altura, a idade e o sexo. Já o sobrepeso, é caracterizado apenas por um excesso de peso corporal (Dâmaso, 2009). A obesidade está fortemente associada ao estilo de vida sedentário e à alta ingestão de calorias por um período crônico, ocorrendo em função de um desequilíbrio energético com aumento da ingestão de nutrientes e diminuição do gasto calórico. Embora estes fatores sejam considerados como principais causas desta

doença, também há fortes evidências do fator genético na etiologia da obesidade (Tierney et al., 2003).

De modo geral, a etiologia da obesidade pode ser exógena, incluindo fatores como a inadequação alimentar, o estresse, o sedentarismo e fatores culturais; e endógena, na menor parte dos casos, incluindo fatores como a gravidez, a menopausa, a genética, a taxa metabólica diária, drogas, distúrbios neurológicos e endócrinos (Dâmaso e Tock, 2005).

Durante a pré-história, alguns fatores como a luta árdua para conseguir alimentos, a maior exposição ao frio e a necessidade de movimentação constante para encontrar condições ambientais que permitissem a sobrevivência exigiam grande capacidade de reservar energia e de obter proteção térmica. O desenvolvimento de mecanismos que facilitavam esta situação era natural e o resultado final era um armazenamento de gordura, que era rapidamente metabolizada para prover as grandes queimas calóricas diárias. Esta capacidade de armazenar gordura, essencial para o período pré-histórico, tornou-se prejudicial com os padrões de vida da atualidade. A excessiva oferta de alimentos ricos em gorduras, acoplada ao desenvolvimento da vida moderna e à tendência cada vez maior de inatividade física levou ao grande desenvolvimento da obesidade (Monteiro et al., 1995).

Dentre as técnicas para classificar o sobrepeso e a obesidade, uma das mais simples e adequadas para a utilização em grandes populações é o Índice de Massa Corporal (IMC), que pode ser calculado da seguinte forma: $IMC = \text{peso corporal (em kg)} / \text{quadrado da estatura (em metros)}$. De acordo com a

OMS, que determinou um ponto de corte baseado na associação entre IMC e doenças crônicas ou mortalidade, adultos são considerados com sobrepeso quando o IMC está entre 25 e 29,9 kg/m² e obesos quando o IMC é maior ou igual a 30 kg/m². Para os idosos, o IMC normal varia de >22 a <28 kg/m² devido à diminuição de massa magra e o maior risco de sarcopenia. Já para os adolescentes, existem gráficos de IMC padronizados para cada faixa etária, uma vez que, além da variação do peso, o IMC também varia com a altura e com a idade, não sendo adequada a sua aplicação direta (WHO, 2006).

As relações entre a obesidade, os problemas de saúde e a mortalidade por todas as causas está bem estabelecida. No geral, a obesidade aumenta o risco de diabetes, hipertensão, doença cardíaca coronária, acidente vascular cerebral, alguns tipos de câncer, apneia do sono e osteoartrite. Além de afetar negativamente o desempenho reprodutivo (WHO, 2014a).

Quanto ao período da adolescência, é um momento crítico para o desenvolvimento da obesidade, tendo em vista não só o aumento de gordura, mas também o aumento do número de células que ocorre nesta fase. Na adolescência, especificamente, o problema da obesidade também tende a intensificar e ampliar conflitos que normalmente são encontrados nesta fase de transição, pois é um estágio de desenvolvimento e crescimento acompanhado de mudanças morfológicas e fisiológicas complexas. Além disso, a maioria das complicações da obesidade iniciadas na adolescência acaba se manifestando na fase adulta, levando ao aumento da morbimortalidade (Escrivão e Lopez, 1995).

Segundo a OMS, em 2004, o sobrepeso e a obesidade foram identificados como o quinto fator de risco principal para a mortalidade global, sendo responsável por 4,8% das mortes ocorridas no mundo. Em relação ao nível socioeconômico, o sobrepeso e a obesidade foram responsáveis por 8,4% das mortes em países de alta renda e 6,7% das mortes em países de média renda (WHO, 2009).

Entretanto, a obesidade ainda está aumentando em muitos países. Em 2014, 39% dos adultos com 18 anos e mais estavam acima do peso, sendo 38% dos homens e 40% das mulheres. A prevalência mundial da obesidade entre adultos em 2014 foi de 11% entre os homens e 15% entre as mulheres. A prevalência de sobrepeso e obesidade foi maior na América (61% acima do peso ou obesos em ambos os sexos e 27% de obesos) e menor na Ásia (22% com excesso de peso em ambos os sexos e 5% de obesos). Em todas as regiões do mundo, a prevalência de mulheres obesas foi maior do que dos homens e aumentou de acordo com o nível de renda dos países, sendo maior nos países de alta e média renda e menor nos países de baixa renda (WHO, 2014a).

O excesso de peso é definido como percentil ≥ 85 de IMC em adolescentes, $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ em adultos e $\text{IMC} \geq 28 \text{ kg/m}^2$ em idosos (WHO, 2006; WHO, 1998; OPAS, 2004). No Brasil, a prevalência de excesso de peso entre adultos em 2014 foi de 52,5%, sendo 56,5% para os homens e 49,1% para as mulheres. Em relação à obesidade, a prevalência foi de 17,9%, sendo 17,6% para os homens e 18,2% para as mulheres. Estas prevalências aumentaram nas faixas etárias mais elevadas e nos grupos com menores

níveis de escolaridade (Brasil, 2014). Entre os adolescentes, a prevalência de excesso de peso foi de 17,1%, sendo 16,6% para os homens e 17,6% entre as mulheres. Já a prevalência de obesidade, foi de 8,4%, sendo 9,2% para os homens e 7,6% para as mulheres (Bloch et al., 2016).

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, 2014a). 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, 2014c).

A prevenção e o controle dos fatores de risco modificáveis e relacionados ao estilo de vida 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 (Brasil, 2012). Ações de controle destes fatores, 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).

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 e do estilo de vida, suas evoluções e tendências em diferentes grupos da população. Neste contexto, 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 com uma periodicidade no decorrer do tempo, características não captadas pelos sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e internações (SIH), que são atualizados anualmente (Malta et al., 2008). Por meio dos inquéritos de saúde é possível conhecer o perfil de saúde e a distribuição de exposições e condições de risco, sendo que essas informações podem complementar, de maneira importante, o conhecimento sobre as desigualdades em saúde, subsidiando a orientação das políticas de saúde para o alcance de maior equidade na Saúde Pública (Barros, 2003; Malta et al., 2008).

Entretanto, 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 nacionais e internacionais avaliam estes fatores de risco individualmente em diferentes faixas etárias e períodos, mas são escassos os estudos que analisam suas transformações e interações ao longo do tempo. Além disso, uma vez que o estilo de vida é composto por hábitos e ações que podem ser modificados quando os indivíduos conscientemente enxergam algum valor em comportamentos que devam incluir ou excluir, ou quando percebem sua capacidade de realizar as mudanças pretendidas (Sallis e Owen, 1999), o desenvolvimento de um hábito saudável pode

influenciar positivamente na melhora de outros hábitos. Isto evidencia a importância do estudo dessas interações para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e que proporcionem ambientes condizentes com estilos de vida saudáveis. Neste sentido, os dados dos Inquéritos Domiciliares de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital) proporcionam resultados de três pontos do tempo (2003, 2008 e 2015) e que abrangem 12 anos em uma amostra representativa da maior cidade do país, permitindo a análise da mudança dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida da população em diferentes domínios, sexos, níveis socioeconômicos e faixas etárias.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e comparar o estilo de vida saudável da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo, segundo o sexo e a escolaridade, nos anos de 2003, 2008 e 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever e comparar cada um dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida (tabagismo, atividade física, consumo e dependência de álcool, consumo alimentar e estado nutricional) da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo, segundo o sexo e a escolaridade, nos anos de 2003, 2008 e 2015;

Descrever e comparar o estilo de vida não saudável da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo e suas interações, de acordo com a quantidade e o tipo de fatores de risco presentes anos de 2003, 2008 e 2015. Ou seja, de acordo com o não cumprimento das recomendações

para o tabagismo, a atividade física, o consumo e a dependência de álcool, o consumo alimentar e o estado nutricional.

4. MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO GERAL

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, que utilizou dados dos Inquéritos Domiciliares de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital), realizados nos anos de 2003, 2008 e 2015.

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

Os inquéritos do ISA-Capital foram realizados a partir de um convênio entre a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, com a parceria do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual de Campinas. Além dos apoios financeiros da FAPESP e do CNPq, que são buscados para o desenvolvimento dos projetos mais detalhados que se utilizam de sub amostras do desenho inicial.

O objetivo é conhecer aspectos importantes relacionados ao estado de saúde, estilo de vida e utilização dos serviços de saúde da população residente na área urbana do município de São Paulo.

Até o presente momento, o ISA-Capital foi realizado em 3 períodos: 2003, 2008 e 2015. Em cada um dos períodos, foram estudados grupos temáticos, sendo que para cada um deles foram formuladas questões, em sua maioria fechadas. No geral, os principais conjuntos temáticos foram: condições de vida, morbidade referida, doenças crônicas, utilização de serviços de saúde e estilo de vida.

As informações são obtidas por meio de um questionário estruturado em blocos temáticos, aplicado diretamente à pessoa sorteada ou à mãe (ou responsável) para os menores de 12 anos, garantindo maior confiabilidade das informações. As entrevistas domiciliares foram realizadas por pessoas treinadas e supervisionadas durante toda a duração do inquérito. Todos os entrevistadores são avaliados e reciclados durante todo o período da pesquisa. Além disso, para assegurar o controle de qualidade na coleta de dados, são 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.

Apesar de não fazer parte do presente estudo, os inquéritos do ISA-Capital surgiram a partir da realização do Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), cujas informações foram coletadas nos anos de 2001 e 2002 em quatro áreas do Estado de São Paulo: a) Região Sudoeste da Grande São Paulo, constituída pelos municípios de Taboão da Serra, Embu e

Itapecerica da Serra; b) Distrito do Butantã, no Município de São Paulo; c) Município de Campinas e; d) Município de Botucatu (Cesar et al., 2005; Barros et al., 2008).

4.3 AMOSTRAGEM

Em todos os períodos de avaliação do ISA-Capital, 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 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4.3.1 ISA-Capital 2003

A amostra do ISA-Capital 2003 foi obtida por amostragem probabilística complexa, por conglomerados, em dois estágios: sorteio dos setores censitários a partir da listagem de setores da amostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2002; e sorteio dos domicílios, levando em consideração os domínios do estudo e a fração amostral correspondente. Os

dados da amostra foram ponderados para compensar as diferentes probabilidades de seleção. Estes dados ainda sofreram outro ajuste referente à pós-estratificação pela escolaridade dos chefes dos domicílios para gerar um ajuste à distribuição da amostra já ponderada.

A partir dos objetivos do projeto em 2003, foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos de sexo e idade: menores de um 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.

Da amostra do ISA-Capital 2003, composta por 3357 pessoas entrevistadas, 408 eram menores de 1 ano, 435 eram crianças (1 a 11 anos), 847 eram adolescentes (12 a 19 anos), 795 eram adultos (20 a 59 anos) e 872 eram idosos (60 anos e mais).

A avaliação do consumo alimentar foi realizada em uma subamostra. Para essa avaliação, dos 2514 indivíduos elegíveis (maiores de 12 anos de idade), obtiveram-se informações de 2387 indivíduos (807 adolescentes, 754 adultos e 826 idosos).

O detalhamento completo do processo de amostragem e do tamanho da amostra do ISA-Capital 2003 são apresentados no Anexo III.

4.3.2 ISA-Capital 2008

A amostra do ISA-Capital 2008 foi obtida por amostragem probabilística complexa, por conglomerados, em dois estágios: sorteio dos setores censitários a partir da listagem de setores da amostra da PNAD 2005; e sorteio dos domicílios, levando em consideração os domínios do estudo e a fração amostral correspondente. Os dados da amostra foram ponderados para compensar as diferentes probabilidades de seleção.

A partir dos objetivos do projeto em 2008, foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos de sexo e idade: menores de um 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.

Da amostra do ISA-Capital 2008, composta por 3271 pessoas entrevistadas, 197 eram menores de 1 ano, 383 eram crianças (1 a 11 anos), 605 eram adolescentes (12 a 19 anos), 1162 eram adultos (20 a 59 anos) e 924 eram idosos (60 anos e mais).

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).

O detalhamento completo do processo de amostragem e do tamanho da amostra do ISA-Capital 2008 são apresentados no Anexo IV.

4.3.3 ISA-Capital 2015

A amostra do ISA-Capital 2015 foi obtida por amostragem probabilística estratificada, com sorteio em dois estágios: setores censitários a partir da listagem de setores da amostra da PNAD 2014 e domicílios, levando em consideração os domínios do estudo e a fração amostral correspondente. As Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo (Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Leste) constituíram estratos e foram tomadas como domínios de estudo. Os dados da amostra foram ponderados para compensar as diferentes probabilidades de seleção.

A partir dos objetivos do projeto em 2015, foram fixados 20 domínios de estudo formados pelos grupos de idade, sexo e coordenadoria regional de saúde: de 12 a 19 anos; homens de 20 a 59 anos; mulheres de 20 a 59 anos; e 60 anos ou mais para cada uma das Coordenadorias Regionais de Saúde (norte, centro-oeste, sudeste, sul e leste).

Da amostra do ISA-Capital 2015, composta por 4043 pessoas entrevistadas, 859 eram adolescentes (12 a 19 anos), 2165 eram adultos (20 a 59 anos) e 1019 eram idosos (60 anos e mais).

A avaliação do consumo alimentar foi realizada em uma subamostra. Para essa avaliação, dos 4043 indivíduos elegíveis, obtiveram-se informações de 1384 indivíduos (431 adolescentes, 506 adultos e 477 idosos).

O detalhamento completo do processo de amostragem e do tamanho da amostra do ISA-Capital 2015 são apresentados no Anexo V.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para a população do presente estudo, em cada um dos períodos analisados (2003, 2008 e 2015), foram selecionados os indivíduos de ambos os sexos, adolescentes (12 – 19 anos), adultos (20 – 59 anos), idosos (60 anos ou mais) e que possuíam dados para avaliação do tabagismo, atividade física, consumo abusivo de álcool, dependência de álcool, consumo alimentar e estado nutricional.

A determinação da faixa etária (12 anos e mais) foi adotada uma vez que os instrumentos *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*^a, *CAGE/AUDIT* (Mayfield et al., 1974; Babor et al., 2001) e Recordatórios de 24 horas (R24h) (Fisberg et al., 2005), utilizados para a avaliação do nível de atividade física, do consumo de álcool e do consumo alimentar, respectivamente, só foram aplicados nessa população.

4.5 VARIÁVEL DEPENDENTE

4.5.1 Estilo de vida

^a International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Disponível em: <http://www.ipaq.ki.se>. Acesso em: 29.01.2013.

A variável dependente utilizada foi o estilo de vida, determinado pela interação de seis fatores de risco: tabagismo, atividade física, consumo abusivo de álcool, dependência de álcool, consumo alimentar e estado nutricional. A partir do cumprimento das recomendações para cada um dos fatores de risco, os indivíduos foram classificados em duas categorias: estilo de vida saudável ou estilo de vida não saudável.

O estilo de vida saudável foi caracterizado pelos indivíduos não fumantes ou ex-fumantes, fisicamente ativos na soma do lazer e deslocamento, sem consumo de álcool ou com consumo não abusivo, não dependentes de álcool, com consumo alimentar adequado de frutas, legumes e verduras e sem excesso de peso (Figura 1).

Figura 1. Caracterização do estilo de vida saudável. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Os indivíduos classificados como estilo de vida não saudável também foram reclassificados em categorias intermediárias, de acordo a quantidade e o tipo de fatores de risco presentes. Ou seja, de acordo com o não cumprimento das recomendações para o tabagismo, a atividade física, o consumo e a dependência de álcool, o consumo alimentar e o estado nutricional (Figura 2).

Figura 2. Caracterização do estilo de vida não saudável. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

4.5.1.1 Tabagismo

Para a avaliação do tabagismo nos três períodos analisados, o ISA-Capital realizou perguntas específicas 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.

Apesar da importância de estudar novos hábitos de fumo, como o narguilé e o cigarro eletrônico, o presente estudo incluiu apenas o cigarro de tabaco, uma vez que essas outras formas foram avaliadas apenas no ISA-Capital de 2015, o que impediria a comparação entre os períodos.

4.5.1.2 Atividade física

Para a avaliação da atividade física nos três períodos analisados, o ISA-Capital utilizou o IPAQ^b, 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 atividade física realizada (caminhada, intensidade moderada e intensidade vigorosa), à frequência e à duração total das atividades em cada um dos quatro domínios investigados: atividade física no lazer, no trabalho, no transporte e no ambiente doméstico. As perguntas estão relacionadas ao tempo gasto fazendo atividade física na última semana.

No presente estudo, os escores de prática de AF em minutos por semana foram calculados para a atividade física no lazer, para a atividade

^b International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Disponível em: <http://www.ipaq.ki.se>. Acesso em: 29.01.2013.

física no transporte e para a soma de ambas, a partir da soma do número de minutos de caminhadas e atividades moderadas, mais duas vezes o número de minutos de atividades vigorosas em cada um dos domínios (Florindo et al., 2009; Hallal et al., 2003).

A partir dos escores de prática de atividade física em minutos por semana, foi utilizado o ponto de corte de 150 minutos semanais para os indivíduos com 18 anos ou mais. Nessa faixa etária, foram considerados insuficientemente ativos, em cada um dos domínios, os indivíduos que relataram prática de atividade física semanal por tempo inferior a 150 minutos e ativos os indivíduos que relataram prática de atividade física semanal por tempo igual ou superior a 150 minutos. Para os indivíduos entre 12 e 17 anos, foi utilizado o ponto de corte de 420 minutos semanais. Nessa faixa etária, foram considerados insuficientemente ativos, em cada um dos domínios, os indivíduos que relataram prática de atividade física semanal por tempo inferior a 420 minutos e ativos os indivíduos que relataram prática de atividade física total semanal por tempo igual ou superior a 420 minutos.

Estes pontos de corte foram escolhidos a partir das diretrizes mais recentes para a prática de atividade física em adolescentes, adultos e idosos. No geral, as recomendações globais estão relacionadas a um total acumulado de atividade física, que inclui todos os domínios em que ela pode ser realizada. Porém, podem ser adaptadas e utilizadas na análise de domínios específicos da atividade física, desde que sejam relevantes para a formulação de políticas públicas e para a promoção da atividade física em nível populacional (WHO, 2010).

4.5.1.3 Consumo abusivo e dependência de álcool

Por apresentar diferentes padrões, o consumo de álcool foi avaliado em duas perspectivas diferentes: dependência e consumo abusivo.

Para a avaliação da dependência de álcool em 2003 e 2008, o ISA-Capital utilizou 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 do consumo / **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%. Foram considerados como casos suspeitos de dependência de álcool os indivíduos que responderem afirmativamente a duas ou mais perguntas, caracterizando *CAGE* positivo.

Em 2015, o ISA-Capital utilizou o questionário *AUDIT* (*The Alcohol Use Disorder Identification Test*) para avaliar problemas associados ao uso de álcool, incluindo a dependência (Babor et al., 2001). O *AUDIT* é constituído por 10 questões, sendo que quatro são muito semelhantes às do questionário *CAGE*. Portanto, para manter a comparabilidade da dependência de álcool no ano de 2015, foram selecionadas apenas as questões capazes de compor e responder ao questionário *CAGE*, utilizado em 2003 e 2008 (Quadro 1). Sendo assim, também foram considerados como casos suspeitos de

dependência de álcool os indivíduos que responderem afirmativamente a duas ou mais perguntas, caracterizando *CAGE* positivo.

Quadro 1 – Comparação entre as questões do questionário *CAGE* e *AUDIT* para caracterização da dependência de álcool. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Questionário <i>CAGE</i>	Questionário <i>AUDIT</i>
Alguma vez o(a) sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	Alguma vez o(a) sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de o(a) sr.(a) beber ou sugeriu que o sr.(a) parasse?
O(a) sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses o(a) sr.(a) precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?
O(a) sr.(a) fica chateado ou se sente culpado pela maneira como costuma beber?	Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses o(a) sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

Para a avaliação do consumo abusivo de álcool nos três períodos analisados, as informações referentes ao consumo diário foram extraídas do Método R24h, utilizado na avaliação do consumo alimentar no ISA-Capital. O ponto de corte para definir o consumo abusivo foi de 30 gramas/dia de etanol ou mais para o sexo masculino e 20 gramas/dia ou mais para o sexo feminino, mantendo a recomendação de que os homens não devem ultrapassar o consumo de 3 doses diárias de álcool e de que as mulheres não devem ultrapassar o consumo de 2 doses diárias, sendo que ambos não devem beber por pelo menos dois dias na semana (USDHHS, 2015).

4.5.1.4 Consumo alimentar

Para a avaliação do consumo alimentar nos três períodos analisados, o ISA-Capital utilizou o Método R24h. 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).

O R24h é aplicado segundo o método passo-a-passo e é estruturado em cinco etapas. A primeira é a listagem rápida, na qual o entrevistado lista, de forma ininterrupta, os alimentos e bebidas consumidos. A segunda é a listagem de alimentos esquecidos, na qual o entrevistado é questionado sobre o consumo de alimentos comumente esquecidos, como doces, cafés e refrigerantes. A terceira é a identificação dos horários e locais de consumo dos alimentos e bebidas. A quarta é o ciclo de detalhamento, no qual são descritos o modo de preparo e as quantidades consumidas dos alimentos. A quinta é a revisão final, na qual verifica-se se houve mais algum alimento consumido ao longo do dia que não tinha sido relatado anteriormente (Moshfegh et al., 2008). Os indivíduos ainda foram orientados a relatar os alimentos consumidos sob a forma de medidas caseiras e mencionar o modo de preparo, os temperos e as marcas comerciais.

Este método contribui para que o indivíduo se recorde dos alimentos e bebidas consumidos no dia anterior à entrevista e relate de maneira detalhada, reduzindo os erros na medida dietética (Raper et al., 2004). Além

disso, 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 (Rutishauser, 2005; Fisberg et al., 2005).

Em seguida, 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)*. 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 para verificar a acuidade e precisão do procedimento de mensuração.

Uma vez que a avaliação do consumo alimentar pode ser feita pela avaliação do consumo de alimentos ou grupos alimentares específicos (Fisberg et al., 2009), no presente estudo, avaliou-se apenas o consumo de frutas, legumes e verduras. Essa variável foi constituída pela soma do consumo diário em gramas de todos os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos crus ou submetidos a diferentes métodos de cocção, com ou sem casca, e incluiu aqueles utilizados como ingredientes de preparações. Optou-se por quantificar os alimentos do grupo frutas, legumes e verduras contidos nas preparações, como sopas, guarnições e pratos mistos, com o objetivo de mensurar todo e qualquer tipo de frutas, legumes e verduras consumido, evitando-se a ingestão subestimada desse grupo alimentar. Para isso, as preparações relatadas no recordatório alimentar foram quantificadas,

digitadas, e decompostas em seus ingredientes. Excluíram-se todos os alimentos do grupo das raízes e tubérculos (batata, mandioca, inhame), por não pertencerem à categoria de frutas, legumes e verduras, segundo o Guia Alimentar da População Brasileira^c.

O ponto de corte para definir o consumo adequado de frutas, legumes e verduras foi de 400g/dia, conforme a última recomendação da OMS (WHO, 2003).

4.5.1.6 Estado nutricional

Para a avaliação estado nutricional nos três períodos analisados, foi utilizado o IMC, que pode ser calculado da seguinte forma: $IMC = \text{peso corporal (em kg)} / \text{quadrado da estatura (em metros)}$.

No presente estudo, os indivíduos foram categorizados por meio dos pontos corte preconizados pela OMS para adolescentes (WHO, 2006) e adultos (WHO, 1998); e pela Organização Pan-americana de Saúde para idosos (OPAS, 2004) (Quadro 2).

Quadro 2 – Classificação de adolescentes, adultos e idosos, segundo o IMC. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Faixa etária	Categorização		
Adolescentes	< percentil 3	Baixo peso	

^c Guia Alimentar da População Brasileira. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 29.01.2013.

	$\geq$ percentil 3 < percentil 85	Eutrofia	Sem excesso de peso
	$\geq$ percentil 85 < percentil 97 $\geq$ percentil 97	Sobrepeso Obesidade	Com excesso de peso
Adultos	< 18,5 kg/m ² 18,5 – 24,9 kg/m ² 25 – 29,9 kg/m ² $\geq$ 30 kg/m ²	Baixo peso Eutrofia	Sem excesso de peso
		Sobrepeso Obesidade	Com excesso de peso
Idosos	< 23 kg/m ² 23 -27,9 kg/m ² 28 – 29,9 kg/m ² $\geq$ 30 kg/m ²	Baixo peso Eutrofia	Sem excesso de peso
		Sobrepeso Obesidade	Com excesso de peso

4.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes que foram estudadas em cada um dos períodos estão descritas e categorizadas no Quadro 3.

Como proxy de nível socioeconômico, foi analisada a escolaridade do indivíduo entre os adultos e os idosos e a escolaridade do chefe da família entre os adolescentes.

Quadro 3 – Variáveis independentes utilizadas no presente estudo. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Variável	Categorização
Sexo	Masculino Feminino
Escolaridade do chefe da família (Anos de estudo concluídos)	0 a 8 anos 9 a 11 anos 12 anos ou mais
Escolaridade (Anos de estudo concluídos)	0 a 8 anos 9 a 11 anos 12 anos ou mais

Quadro 3 – Variáveis independentes utilizadas no presente estudo. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Variável	Categorização
Faixa etária	Adolescentes (12 a 19 anos) Adultos (20 a 59 anos) Idosos (60 anos e mais)

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, foram calculadas as estimativas de prevalência e os intervalos de confiança de 95%. Todas as comparações foram feitas por meio da análise das sobreposições dos intervalos de confiança de 95% (IC95%) (Lee et al., 2007), sendo que foram consideradas diferença significativa quando não houve sobreposição dos intervalos de confiança de 95%; e sem diferenças quando um dos IC foi parcialmente englobado pelo outro.

Os programas de processamento e análise de dados incorporaram os fatores de ponderação específicos das amostras de cada um dos períodos analisados (2003, 2008 e 2015). Para isto, foi utilizado o pacote estatístico *Stata* (*Stata, versão 14, StataCorp, College Station, Texas, EUA*), que permite incorporar os aspectos referentes ao delineamento complexo das amostras – estratos, conglomerados e ponderações – por meio do módulo *survey*.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Em todos os períodos analisados (2003, 2008 e 2015), 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.

Os projetos de pesquisa principais – ISA Capital 2003, 2008 e 2015 – já foram aprovados anteriormente pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, atendendo às exigências da resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual regulamenta pesquisas que envolvem seres humanos.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da USP sob o parecer 2.667.916 (Anexo VI).

5 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra do presente estudo de acordo com a faixa etária, o ano de avaliação, o sexo e a escolaridade. Em 2003, a amostra foi composta por 847 adolescentes, 795 adultos e 872 idosos, totalizando 2514 indivíduos. Em 2008, a amostra foi composta por 605 adolescentes, 1162 adultos e 924 idosos, totalizando 2691 indivíduos. Em 2015, a amostra foi composta por 859 adolescentes, 2165 adultos e 1019 idosos, totalizando 4043 indivíduos.

Em relação ao sexo, a distribuição da amostra foi semelhante entre os adolescentes e diferente entre os adultos e idosos, sendo maior no sexo feminino de ambas as faixas etárias. Quanto à escolaridade do chefe da família, analisada entre os adolescentes, a distribuição da amostra foi diferente em 2003, 2008 e 2015. Em 2003, a frequência foi maior na escolaridade de 0 a 8 anos, o que não se manteve em 2008 e 2015. Em relação à escolaridade, a distribuição da amostra foi diferente entre os adultos e idosos. Nos adultos, a frequência foi menor na escolaridade de 12 anos ou mais em 2003 e maior na escolaridade de 9 a 11 anos em 2008 e 2015. Já nos idosos, a frequência foi maior na escolaridade de 0 a 8 anos em todos os períodos de avaliação.

Tabela 1 – Descrição da amostra de acordo com a faixa etária, ano de avaliação, sexo e escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)

	2003				2008				2015			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
Sexo												
Masculino	440	50,8	46,8	54,8	319	50,3	45,3	55,3	427	50,6	47,3	53,9
Feminino	407	49,2	45,3	53,2	286	49,7	44,7	54,7	432	49,4	46,1	52,7
Escolaridade ^{cf}												
0 a 8 anos	481	10,8	9,2	12,8	328	6,5	5,1	8,2	398	6,3	5,4	7,3
9 a 11 anos	206	4,2	3,5	5,1	174	5,3	4,4	6,4	271	4,4	3,8	5,2
12 anos ou mais	149	3,9	2,9	5,1	92	3,3	2,3	4,8	131	2,3	1,8	3,0
ns/nr	11	-	-	-	11	-	-	-	59	-	-	-
Total	847	100,0	-	-	605	100,0	-	-	859	100,00	-	-

Adultos (20 – 59 anos)

	2003				2008				2015			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
Sexo												
Masculino	382	46,1	42,5	49,8	492	47,4	45,1	49,7	953	47,6	45,6	49,6
Feminino	413	53,9	50,2	57,5	670	52,6	50,3	54,9	1212	52,4	50,4	54,4
Escolaridade												
0 a 8 anos	284	34,1	30,6	37,8	341	22,9	18,2	28,4	706	28,9	25,8	32,2
9 a 11 anos	331	39,8	35,7	44,0	586	50,6	46,3	54,9	902	40,6	38,2	43,1
12 anos ou mais	169	26,1	22,0	30,6	234	26,5	20,9	33,1	546	30,5	26,6	34,8
ns/nr	11	-	-	-	1	-	-	-	11	-	-	-
Total	795	100,0	-	-	1162	100,0	-	-	2165	100,0	-	-

Idosos (60 anos ou mais)

	2003				2008				2015			
	n	%	IC 95%		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
Sexo												
Masculino	421	39,7	36,0	43,5	356	40,5	37,1	44,0	387	40,3	37,5	43,2
Feminino	451	60,3	56,5	64,0	568	59,5	56,0	63,0	632	59,7	56,8	62,5
Escolaridade												
0 a 8 anos	675	70,1	64,0	75,6	663	61,7	54,3	68,7	702	64,1	59,0	68,9
9 a 11 anos	119	17,4	14,6	20,7	188	26,0	21,6	31,0	172	17,8	15,4	20,4
12 anos ou mais	62	12,5	8,1	18,8	71	12,2	8,2	17,9	140	18,2	14,2	23,0
ns/nr	16	-	-	-	2	-	-	-	5	-	-	-
Total	872	100,0	-	-	924	100,0	-	-	1019	100,0	-	-

Notas: Os resultados de % e IC 95% representam os valores das amostras ponderadas.

Escolaridade^{cf}: escolaridade do chefe da família. Ns/nr: não sabem ou não responderam.

A Tabela 2 apresenta a descrição do tamanho da amostra do presente estudo de acordo com a faixa etária, o ano de avaliação e as variáveis que compõem o estilo de vida, incluindo o tabagismo, a atividade física no lazer e deslocamento, o consumo de álcool, a dependência de álcool, o consumo alimentar e o estado nutricional. Em 2003, a amostra para avaliação do estilo de vida foi composta por 551 adolescentes, 571 adultos e 619 idosos. Em 2008, a amostra para avaliação do estilo de vida foi composta por 418 adolescentes, 495 adultos e 442 idosos. Em 2015, a amostra para avaliação do estilo de vida foi composta por 418 adolescentes, 559 adultos e 488 idosos.

Tabela 2 – Descrição do tamanho da amostra de acordo com a faixa etária, ano de avaliação e variáveis que compõe o estilo de vida. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

	Adolescentes (n)			Adultos (n)			Idosos (n)		
	2003	2008	2015	2003	2008	2015	2003	2008	2015
Tabagismo	826	604	858	762	1162	2164	845	924	1017
Atividade física no lazer	832	603	859	768	1161	2165	846	924	1019
Atividade física no deslocamento	829	605	858	767	1162	2165	847	924	1019
Atividade física no lazer e deslocamento	829	603	858	767	1161	2165	846	924	1019
Consumo de álcool	807	560	548	754	585	640	825	517	540
Dependência de álcool	828	603	857	756	1162	2158	840	918	1016
Consumo alimentar	651	448	438	622	510	570	726	464	505
Estado nutricional	711	569	822	711	1141	2126	722	889	991
Estilo de vida	551	418	418	571	495	559	619	442	488

5.1 TABAGISMO

A Tabela 3 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos que nunca fumaram. Entre os adolescentes, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade do chefe da família em nenhum dos períodos analisados. Entre os adultos, a prevalência foi maior no sexo feminino em 2003 e 2015 e menor naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2008 e 2015. Entre os idosos, a prevalência foi maior no sexo feminino em 2003, 2008 e 2015 e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2003.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve um aumento da prevalência de adultos que nunca fumaram entre 2003 e 2015 de 60,4% para 67,5%. Nos adultos, também foram apresentadas mudanças significativas nos sexos masculino e feminino e na escolaridade de 9 a 11 anos. No sexo masculino, houve um aumento entre 2003 e 2015 de 52,1% para 63,3%. No sexo feminino, houve um aumento entre 2008 e 2015 de 62,5% para 71,4%. Entre aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade, houve um aumento entre 2003 e 2015 de 60,3% para 71,3%. Nos adolescentes, foram apresentadas mudanças significativas apenas na escolaridade de 9 a 11 anos, sendo que houve um aumento entre 2003 e 2015 de 87,4% para 96,2%. Já nos idosos, não foram apresentadas mudanças significativas no geral e em relação ao sexo e à escolaridade durante os períodos analisados.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi maior entre os adolescentes, quando comparados com os adultos e idosos em 2003, 2008 e 2015.

Tabela 3 – Prevalência de indivíduos que nunca fumaram no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	89,6	86,8	91,9	92,4	90,0	94,3	93,9	91,8	95,5
Sexo									
Masculino	88,3	84,5	91,3	92,8	89,1	95,3	92,8	89,2	95,2
Feminino	91,0	87,4	93,7	92,0	88,6	94,4	95,1	92,3	96,9
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	88,7	84,4	91,9	92,1	88,7	94,5	92,9	89,5	95,3
9 a 11 anos	87,4	82,0	91,4	92,6	85,3	96,4	96,2	92,6	98,1
12 anos ou mais	94,6	89,2	97,4	92,2	83,5	96,5	91,9	84,6	95,9
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	60,4	57,1	63,7	59,7	56,0	63,2	67,5	65,2	69,8
Sexo									
Masculino	52,1	46,5	57,6	56,6	51,1	61,9	63,3	59,6	66,8
Feminino	67,6	63,3	71,8	62,5	58,6	66,2	71,4	68,1	74,4
Escolaridade									
0 a 8 anos	55,0	47,6	62,1	49,1	44,0	54,3	55,1	50,7	59,4
9 a 11 anos	60,3	55,5	65,0	60,1	54,4	65,5	71,3	67,9	74,5
12 anos ou mais	67,3	59,3	74,3	67,9	61,3	73,8	73,8	69,0	78,2
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	61,5	58,2	64,8	58,2	54,4	61,8	63,4	59,4	67,3
Sexo									
Masculino	40,3	35,3	45,5	38,2	32,3	44,5	46,5	40,4	52,6
Feminino	75,5	70,9	79,5	71,7	66,9	76,1	74,9	70,7	78,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	65,8	61,8	69,6	60,9	56,5	65,1	65,3	60,9	69,4
9 a 11 anos	48,8	35,9	61,8	55,4	47,4	63,2	58,1	49,1	66,6
12 anos ou mais	53,5	37,9	68,4	49,3	38,3	60,5	61,6	50,4	71,6

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 4 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos classificados como ex-tabagistas. Entre os adolescentes, não

houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade do chefe da família em nenhum dos períodos analisados. Entre os adultos, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2003 e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2015. Entre os idosos, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2003, 2008 e 2015.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, as prevalências de adolescentes, adultos e idosos ex-tabagistas não apresentaram mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi maior entre os idosos, seguidos pelos adultos e pelos adolescentes em 2003, 2008 e 2015.

Tabela 4 – Prevalência de indivíduos ex-tabagistas no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	3,2	2,1	4,8	2,8	1,7	4,8	1,8	1,0	3,2
Sexo									
Masculino	3,8	2,3	6,2	3,7	1,8	7,1	1,6	0,6	4,2
Feminino	2,6	1,3	5,2	2,0	1,0	4,1	2,0	1,0	3,9
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	2,6	1,3	4,9	2,4	1,2	4,5	2,2	1,1	4,2
9 a 11 anos	5,4	2,8	10,1	3,2	1,2	8,6	1,2	0,4	3,7
12 anos ou mais	2,8	1,0	7,2	3,3	1,0	10,9	2,1	0,6	7,0
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	16,4	13,6	19,6	16,3	13,8	19,2	13,2	11,7	14,9
Sexo									
Masculino	22,0	17,3	27,5	17,4	14,2	21,3	15,1	12,9	17,6
Feminino	11,5	8,5	15,4	15,3	12,4	18,6	11,5	9,6	13,8

Escolaridade									
0 a 8 anos	17,4	12,2	24,1	18,9	15,4	23,0	19,8	17,0	22,9
9 a 11 anos	16,1	12,0	21,4	15,5	11,6	20,4	11,5	9,5	13,9
12 anos ou mais	15,7	11,0	22,0	15,5	11,4	20,7	9,4	6,9	12,7
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	24,9	22,0	28,1	31,3	27,7	35,1	24,3	20,8	28,1
Sexo									
Masculino	39,7	34,9	44,7	48,0	41,7	54,3	36,6	31,1	42,5
Feminino	15,2	12,3	18,6	20,0	15,6	25,1	15,9	12,5	20,0
Escolaridade									
0 a 8 anos	22,2	19,2	25,5	27,9	24,2	31,9	23,0	19,3	27,1
9 a 11 anos	35,2	23,5	49,1	35,8	28,6	43,8	26,5	19,1	35,6
12 anos ou mais	27,5	14,2	46,4	39,7	29,1	51,3	27,1	19,4	36,5

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 5 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos classificados como tabagistas. Entre os adolescentes, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade do chefe da família em nenhum dos períodos analisados. Entre os adultos, a prevalência foi maior naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2008, quando comparados com aqueles com 12 anos ou mais, e em 2015. Entre os idosos, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2003 e 2015.

Ao comparar os períodos analisados, as prevalências de adolescentes e idosos tabagistas não apresentaram mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade. Já os adultos, não apresentaram mudanças significativas no geral, mas apresentaram entre aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade, sendo que houve uma diminuição entre 2008 e 2015 de 24,4% para 17,2%.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi maior entre os adultos, seguidos pelos idosos e pelos adolescentes em 2003, 2008 e 2015.

Tabela 5 – Prevalência de indivíduos tabagistas no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	7,1	5,2	9,7	4,8	3,4	6,7	4,3	3,0	6,1
Sexo									
Masculino	7,9	5,3	11,6	3,6	1,8	7,1	5,7	3,6	8,7
Feminino	6,4	4,4	9,1	6,0	3,8	9,3	2,9	1,5	5,6
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	8,7	6,0	12,6	5,6	3,6	8,6	5,0	3,1	7,9
9 a 11 anos	7,2	4,1	12,5	4,2	2,1	8,1	2,6	1,1	6,1
12 anos ou mais	2,6	1,1	6,0	4,5	1,6	12,0	6,1	2,6	13,6
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	23,2	20,1	26,6	24,1	20,9	27,9	19,3	17,5	21,2
Sexo									
Masculino	25,9	21,5	30,9	26,1	21,8	30,8	21,7	18,6	25,1
Feminino	20,8	17,0	25,2	22,3	18,8	26,1	17,1	14,8	19,8
Escolaridade									
0 a 8 anos	27,7	21,6	34,7	32,0	27,9	36,3	25,2	21,6	29,1
9 a 11 anos	23,6	19,2	28,6	24,4	19,9	29,6	17,2	14,8	19,8
12 anos ou mais	17,0	10,8	25,8	16,7	12,6	21,7	16,8	12,9	21,5
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	13,6	11,1	16,4	10,6	8,3	13,4	12,3	10,1	14,9
Sexo									
Masculino	20,0	15,5	25,3	13,9	10,3	18,4	16,9	13,2	21,4
Feminino	9,4	6,6	13,0	8,3	6,1	11,2	9,2	7,1	11,9
Escolaridade									
0 a 8 anos	12,0	9,4	15,3	11,3	8,7	14,5	11,7	9,6	14,3
9 a 11 anos	16,1	9,8	25,3	8,8	5,3	14,4	15,4	9,4	24,2

12 anos ou mais 19,0 9,0 36,0 11,0 5,9 19,5 11,4 7,1 17,6

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

O Quadro 4 apresenta a síntese dos resultados referentes ao tabagismo.

Quadro 4 – Síntese dos resultados referentes ao tabagismo. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Prevalência de indivíduos que nunca fumaram	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Maior prevalência em adultos do sexo feminino em 2003 e 2015; - Menor prevalência em adultos com menos escolaridade em 2008 e 2015; - Maior prevalência em idosos do sexo feminino em 2003, 2008 e 2015; - Maior prevalência em idosos com menos escolaridade em 2008 e 2015.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da prevalência em adolescentes com escolaridade intermediária do chefe da família entre 2003 e 2015; - Aumento da prevalência em adultos no geral, adultos do sexo masculino e adultos com escolaridade intermediária entre 2003 e 2015; - Aumento da prevalência em adultos do sexo feminino entre 2008 e 2015;
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os adolescentes em 2003, 2008 e 2015.
Prevalência de indivíduos ex-tabagistas	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Maior prevalência em adultos do sexo masculino em 2003; - Maior prevalência em adultos com menos escolaridade em 2015; - Maior prevalência em idosos do sexo masculino em 2003, 2008 e 2015;
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Sem diferenças.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os idosos, seguidos pelos adultos e adolescentes em 2003, 2008 e 2015.
Prevalência de indivíduos tabagistas	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	- Maior prevalência em adultos com menos escolaridade em 2008 e 2015;

	- Maior prevalência em idosos do sexo masculino em 2003 e 2015.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Diminuição da prevalência em adultos com escolaridade intermediária entre 2008 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os adultos, seguidos pelos idosos e adolescentes em 2003, 2008 e 2015.

5.2 ATIVIDADE FÍSICA

A Tabela 6 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos ativos no lazer, ou seja, que cumpriram as recomendações de atividade física no domínio do lazer. Entre os adolescentes, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2003 e 2015. Entre os adultos, a prevalência foi maior no sexo masculino e menor naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2003 e 2015. Entre os idosos, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2003 e menor naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2003 e 2015.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve uma diminuição da prevalência de adolescentes fisicamente ativos no lazer entre 2003 e 2008 de 23,8% para 16,9% e uma diminuição da prevalência de idosos fisicamente ativos no lazer entre 2008 e 2015 de 22,8% para 15,9%. Já os adultos, no geral, não apresentaram mudanças significativas durante os períodos analisados. Nos adolescentes, também foram apresentadas mudanças significativas nos sexos masculino e feminino. No sexo masculino, houve uma

diminuição da prevalência entre 2003 e 2008 de 34,0% para 15,9% e um aumento entre 2008 e 2015 de 15,9% para 33,0%. Já no sexo feminino, houve uma diminuição entre 2008 e 2015 de 17,8% para 8,2%. Nos adultos, foram apresentadas mudanças significativas no sexo feminino e entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade. No sexo feminino, houve um aumento da prevalência entre 2003 e 2008 de 15,3% para 23,5%. Entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, a prevalência foi maior em 2008 (23,1%), quando comparada com 2003 (11,9%) e 2015 (11,3%). Nos idosos, também foi apresentada uma mudança significativa entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, sendo que a prevalência também foi maior em 2008 (21,0%), quando comparada com 2003 (14,2%) e 2015 (11,6%).

Ao comparar as faixas etárias, a prevalência foi maior entre os adultos, quando comparados com os adolescentes, em 2008. E, em 2015, a prevalência foi maior entre os adultos, quando comparados com os idosos.

Tabela 6 – Prevalência de indivíduos fisicamente ativos no lazer no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	23,8	21,0	26,9	16,9	14,2	19,9	20,7	17,1	24,9
Sexo									
Masculino	34,0	29,5	38,7	15,9	12,4	20,2	33,0	27,4	38,1
Feminino	13,5	10,0	17,9	17,8	13,6	23,0	8,2	5,7	11,6
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	22,0	18,5	26,1	16,5	12,4	21,5	19,5	14,9	25,2
9 a 11 anos	23,4	16,6	32,0	13,8	9,7	19,3	18,7	13,7	25,0
12 anos ou mais	28,6	20,9	37,8	22,3	16,0	30,1	25,6	16,7	37,0
Adultos (20 – 59 anos)									

	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	21,2	18,3	26,0	24,4	21,9	27,2	22,3	20,0	24,8
Sexo									
Masculino	29,6	24,2	35,7	25,5	21,8	29,6	27,0	23,8	30,5
Feminino	15,3	11,6	19,9	23,5	20,3	27,0	18,0	15,3	21,1
Escolaridade									
0 a 8 anos	11,9	8,6	16,3	23,1	18,8	27,9	11,3	9,1	14,0
9 a 11 anos	22,5	16,8	29,3	24,2	20,7	28,1	20,3	17,2	23,8
12 anos ou mais	34,7	26,9	43,5	26,1	19,7	33,8	35,5	30,7	40,7
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	18,4	15,6	21,6	22,8	19,3	26,6	15,9	13,3	19,0
Sexo									
Masculino	25,0	21,3	29,0	26,7	22,2	31,7	18,7	14,8	23,4
Feminino	14,1	10,6	18,5	20,1	16,2	24,7	14,0	11,0	17,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	14,2	11,4	17,6	21,0	17,9	24,5	11,6	9,2	14,5
9 a 11 anos	25,7	18,8	34,1	22,9	16,6	30,6	22,6	15,4	32,0
12 anos ou mais	31,3	19,8	45,6	31,9	22,2	43,4	25,2	19,2	32,3

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 7 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos insuficientemente ativos no lazer, ou seja, que não cumpriram as recomendações de atividade física no domínio do lazer. Entre os adolescentes, a prevalência foi maior no sexo feminino em 2003 e 2015. Entre os adultos, a prevalência foi maior no sexo feminino e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2003 e 2015. Entre os idosos, a prevalência foi maior no sexo feminino em 2003 e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2003 e 2015.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve um aumento da prevalência de adolescentes insuficientemente ativos no lazer entre 2003 e

2008 de 76,2% para 83,2% e um aumento da prevalência de idosos insuficientemente ativos no lazer entre 2008 e 2015 de 77,2% para 84,1%. Já os adultos, no geral, não apresentaram mudanças significativas durante os períodos analisados. Nos adolescentes, também foram apresentadas mudanças significativas nos sexos masculino e feminino. No sexo masculino, houve um aumento da prevalência entre 2003 e 2008 de 66,0% para 84,1% e uma diminuição entre 2008 e 2015 de 84,1% para 67,0%. Já no sexo feminino, houve um aumento entre 2008 e 2015 de 82,2% para 91,9%. Nos adultos, foram apresentadas mudanças significativas no sexo feminino e entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade. No sexo feminino, houve uma diminuição da prevalência entre 2003 e 2008 de 84,7% para 76,5%. Entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, a prevalência foi menor em 2008 (77,0%), quando comparada com 2003 (88,1%) e 2015 (88,7%). Nos idosos, também foi apresentada uma mudança significativa entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, sendo que a prevalência também foi menor em 2008 (79,0%), quando comparada com 2003 (85,8%) e 2015 (88,5%).

Ao comparar as faixas etárias, a prevalência foi menor entre os adultos, quando comparados com os adolescentes, em 2008. E, em 2015, a prevalência foi menor entre os adultos, quando comparados com os idosos.

Tabela 7 – Prevalência de indivíduos insuficientemente ativos no lazer no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)						
2003		2008		2015		
%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	

Total	76,2	73,1	79,0	83,2	80,1	85,8	79,3	75,1	83,0
Sexo									
Masculino	66,0	61,3	70,5	84,1	79,8	87,6	67,0	60,9	72,6
Feminino	86,6	82,1	90,0	82,2	77,1	86,4	91,9	88,4	94,3
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	78,0	73,9	81,6	83,5	78,6	87,6	80,5	74,8	85,1
9 a 11 anos	76,6	68,0	83,4	86,2	80,8	90,3	81,3	75,0	86,3
12 anos ou mais	71,4	62,2	79,1	77,7	69,9	84,0	74,5	63,0	83,3
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	78,1	74,0	81,7	75,6	72,8	78,1	77,7	75,2	80,0
Sexo									
Masculino	70,4	64,3	75,8	74,5	70,4	78,2	73,0	69,5	76,2
Feminino	84,7	80,1	88,4	76,5	73,0	79,7	82,0	78,9	84,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	88,1	83,7	91,4	77,0	72,1	81,2	88,7	86,0	90,9
9 a 11 anos	77,6	70,7	83,2	75,8	71,9	79,3	79,7	76,2	82,8
12 anos ou mais	65,3	56,6	73,1	73,9	66,2	80,3	64,5	59,3	69,3
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	81,6	78,4	84,4	77,2	73,4	80,7	84,1	81,0	86,7
Sexo									
Masculino	75,1	71,0	78,7	73,3	68,3	77,8	81,3	76,6	85,2
Feminino	85,9	81,5	89,4	79,9	75,3	83,8	86,0	82,3	89,0
Escolaridade									
0 a 8 anos	85,8	82,4	88,6	79,0	75,5	82,1	88,5	85,5	90,9
9 a 11 anos	74,3	65,9	81,2	77,1	69,4	83,4	77,4	68,1	84,7
12 anos ou mais	68,8	54,4	80,2	68,1	56,6	77,8	74,8	67,7	80,8

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 8 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos ativos no transporte, ou seja, que cumpriram as recomendações de atividade física no domínio do transporte. Entre os idosos, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2015. Já entre os adolescentes

e adultos, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade em nenhum dos períodos analisados.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve uma diminuição da prevalência de adultos e idosos fisicamente ativos no transporte entre 2008 e 2015, sendo de 31,4% para 22,7% entre os adultos e de 23,6% para 15,2% entre os idosos. Já os adolescentes, no geral, não apresentaram mudanças significativas durante os períodos analisados. Porém, nos adolescentes, foi apresentada uma mudança significativa no sexo masculino e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade do chefe da família, sendo que houve uma diminuição da prevalência no sexo masculino entre 2003 e 2008 de 20,3% para 10,5%; e uma diminuição da prevalência entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade entre 2003 e 2015 de 20,8% para 11,8%. Nos adultos, também foram apresentadas mudanças significativas no sexo feminino, entre aqueles com 0 a 8 anos e 9 a 11 anos de escolaridade. No sexo feminino, houve uma diminuição da prevalência entre 2008 e 2015 de 28,7% para 19,9%. Entre aqueles com 0 a 8 anos e 9 a 11 anos de escolaridade, houve uma diminuição da prevalência entre 2003 e 2015, sendo de 33,5% para 20,3% entre aqueles com 0 a 8 anos e de 35,1% para 23,1% entre aqueles com 9 a 11 anos. Nos idosos, também foram apresentadas mudanças significativas no sexo feminino e entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade. Houve uma diminuição das prevalências entre 2008 e 2015, sendo de 24,3% para 11,9% no sexo feminino e de 24,8% para 14,2% entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi maior entre os adultos, quando comparados com os adolescentes e com os idosos, em 2003, 2008 e 2015.

Tabela 8 – Prevalência de indivíduos fisicamente ativos no transporte no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	17,5	14,2	21,4	12,8	10,4	15,7	12,8	10,2	15,9
Sexo									
Masculino	20,3	16,3	24,9	10,5	7,4	14,7	16,0	12,3	20,4
Feminino	14,8	10,2	20,9	15,1	11,1	20,3	9,6	6,6	13,7
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	20,8	16,2	26,2	10,3	7,6	14,0	11,8	8,7	15,9
9 a 11 anos	15,3	10,3	22,1	16,1	11,4	22,4	16,0	10,9	23,1
12 anos ou mais	10,4	5,4	19,2	13,2	8,3	20,3	11,0	6,1	19,1
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	32,2	28,1	36,6	31,4	28,6	34,4	22,7	20,0	25,5
Sexo									
Masculino	34,2	29,6	39,2	34,4	29,9	39,1	25,7	21,7	30,1
Feminino	30,5	24,6	37,0	28,7	25,5	32,3	19,9	17,3	22,9
Escolaridade									
0 a 8 anos	33,5	26,8	41,0	28,8	24,1	33,9	20,3	16,6	24,7
9 a 11 anos	35,1	29,4	41,3	32,2	28,5	36,1	23,1	19,9	26,7
12 anos ou mais	25,5	19,2	33,0	32,3	26,6	38,6	24,1	18,8	30,2
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	21,1	16,9	25,9	23,6	20,4	27,2	15,2	12,5	18,3
Sexo									
Masculino	24,2	19,1	30,0	22,7	17,6	28,7	20,1	16,0	24,9
Feminino	19,0	14,0	25,4	24,3	20,9	28,1	11,9	8,9	15,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	17,7	14,5	21,4	24,8	21,1	28,8	14,3	11,5	17,6

9 a 11 anos	23,0	13,7	35,9	23,3	17,5	30,2	16,7	10,4	25,8
12 anos ou mais	35,8	23,0	50,9	18,6	12,4	27,1	17,3	11,2	25,8

Notas: Escolaridade ^{cf.}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 9 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos insuficientemente ativos no transporte, ou seja, que não cumpriram as recomendações de atividade física no domínio do transporte. Entre os idosos, a prevalência foi maior no sexo feminino em 2015. Já entre os adolescentes e adultos, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade em nenhum dos períodos analisados.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve um aumento da prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos no transporte entre 2008 e 2015, sendo de 68,6% para 77,4% entre os adultos e de 76,4% para 84,8% entre os idosos. Já os adolescentes, no geral, não apresentaram mudanças significativas durante os períodos analisados. Porém, nos adolescentes, foi apresentada uma mudança significativa no sexo masculino e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade do chefe da família, sendo que houve um aumento da prevalência no sexo masculino entre 2003 e 2008 de 79,7% para 89,5%; e um aumento da prevalência entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade entre 2003 e 2015 de 79,2% para 88,2%. Nos adultos, também foram apresentadas mudanças significativas no sexo feminino, entre aqueles com 0 a 8 anos e 9 a 11 anos de escolaridade. No sexo feminino, houve um aumento da prevalência entre 2008 e 2015 de 71,3% para 80,1%. Entre aqueles com 0 a 8 anos e 9 a 11 anos de escolaridade, houve um aumento da prevalência entre 2003 e 2015, sendo de 66,5% para 79,7% entre aqueles com 0 a 8 anos e de 64,9% para 76,9% entre aqueles com 9 a 11

anos. Nos idosos, também foram apresentadas mudanças significativas no sexo feminino e entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade. Houve um aumento das prevalências entre 2008 e 2015, sendo de 75,7% para 88,1% no sexo feminino e de 75,2% para 85,8% entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi menor entre os adultos, quando comparados com os adolescentes e com os idosos, em 2003, 2008 e 2015.

Tabela 9 – Prevalência de indivíduos insuficientemente ativos no transporte no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	82,5	78,6	85,8	87,2	84,3	89,6	87,2	84,1	89,8
Sexo									
Masculino	79,7	75,1	83,7	89,5	85,3	92,6	84,0	79,6	87,7
Feminino	85,3	79,1	89,8	84,9	79,7	88,9	90,4	86,3	93,4
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	79,2	73,8	83,8	89,7	86,0	92,4	88,2	84,1	91,3
9 a 11 anos	84,7	77,9	89,7	83,9	77,6	88,6	84,0	76,9	89,2
12 anos ou mais	89,6	80,8	94,6	86,8	79,7	91,7	89,0	80,9	94,0
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	67,8	63,4	71,9	68,6	65,6	71,4	77,4	74,5	80,0
Sexo									
Masculino	65,8	60,8	70,4	65,6	60,9	70,1	74,3	69,9	78,3
Feminino	69,5	63,0	75,4	71,3	67,7	74,6	80,1	77,2	82,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	66,5	59,0	73,2	71,2	66,1	75,9	79,7	75,3	83,4
9 a 11 anos	64,9	58,7	70,6	67,8	63,9	71,5	76,9	73,3	80,2
12 anos ou mais	74,6	67,0	80,9	67,7	61,4	73,4	75,9	69,8	81,2

Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	78,9	74,1	83,1	76,4	72,8	79,6	84,8	81,7	87,5
Sexo									
Masculino	75,8	70,0	80,9	77,3	71,3	82,4	79,9	75,1	84,0
Feminino	81,0	74,6	86,0	75,7	71,9	79,1	88,1	84,3	91,1
Escolaridade									
0 a 8 anos	82,3	78,6	85,5	75,2	71,2	78,9	85,8	82,4	88,5
9 a 11 anos	77,0	64,1	86,3	76,8	69,9	82,5	83,3	74,3	89,6
12 anos ou mais	64,3	49,2	77,0	81,4	72,9	87,7	82,7	74,2	88,8

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 10 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos ativos na soma do lazer e transporte, ou seja, que cumpriram as recomendações de atividade física nos domínios do lazer e do transporte de forma conjunta. Entre os adolescentes, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2003 e 2015. Entre os adultos, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2003 e 2015 e naqueles com 12 anos ou mais de escolaridade em 2015. Entre os idosos, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2003 e 2015 e menor naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2003.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve uma diminuição da prevalência de adolescentes fisicamente ativos na soma do lazer e do transporte entre 2003 e 2008 de 40,0% para 30,4%. Nos adultos e nos idosos, houve uma diminuição entre 2008 e 2015, sendo de 50,1% para 41,3% entre os adultos e de 42,5% para 29,7% entre os idosos. Nos adolescentes, também foram apresentadas mudanças significativas nos sexos masculino e feminino. No sexo masculino, houve um aumento da prevalência entre 2008 e 2015 de 28,2% para 47,0%. Já no sexo feminino, houve uma diminuição da

prevalência entre 2008 e 2015 de 32,5% para 20,4%. Nos adultos, também foram apresentadas mudanças significativas no sexo feminino e entre aqueles com 0 a 8 e 9 a 11 anos de escolaridade. No sexo feminino e entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, houve uma diminuição da prevalência entre 2008 e 2015, sendo de 47,1% para 36,3% no sexo feminino e de 47,2% para 29,9% naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade. Entre aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade, houve uma diminuição entre 2003 e 2015 de 51,8% para 40,4%. Nos idosos, foram apresentadas mudanças significativas no sexo feminino e entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade. Houve uma diminuição das prevalências entre 2008 e 2015, sendo de 40,7% para 25,4% no sexo feminino e de 41,5% para 25,7% entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi maior entre os adultos, quando comparados com os idosos em 2003 e 2015. Em 2008, a prevalência foi maior entre os adultos, quando comparados com os adolescentes e com os idosos.

Tabela 10 – Prevalência de indivíduos fisicamente ativos na soma do lazer e do transporte no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

	Adolescentes (12 – 19 anos)								
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	40,0	35,3	44,9	30,4	27,1	33,9	33,8	29,5	38,4
Sexo									
Masculino	52,2	46,3	58,1	28,2	23,4	33,6	47,0	41,2	52,8
Feminino	27,6	21,9	34,1	32,5	27,9	37,5	20,4	15,8	25,8
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	42,7	36,2	49,4	27,3	21,9	33,6	31,5	25,9	37,8

9 a 11 anos	35,6	28,0	43,9	31,9	25,6	38,9	35,0	28,2	42,5
12 anos ou mais	37,0	26,1	49,5	34,5	28,4	41,1	35,3	25,3	46,8
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	48,1	44,2	52,0	50,1	47,4	52,9	41,3	38,0	44,7
Sexo									
Masculino	54,1	49,5	58,6	53,4	49,1	57,7	46,9	42,5	51,4
Feminino	43,0	36,9	49,3	47,1	43,3	51,0	36,3	32,8	39,9
Escolaridade									
0 a 8 anos	40,7	34,2	47,5	47,2	42,4	52,0	29,9	25,9	34,3
9 a 11 anos	51,8	46,6	57,0	51,7	47,9	55,5	40,4	36,4	44,6
12 anos ou mais	52,1	44,6	59,6	49,7	42,8	56,7	53,3	47,1	59,4
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	36,8	32,5	41,2	42,5	38,5	46,5	29,7	26,1	33,6
Sexo									
Masculino	45,6	41,3	50,0	45,0	39,3	50,8	36,1	31,0	41,5
Feminino	31,0	25,3	37,2	40,7	36,4	45,3	25,4	21,3	30,0
Escolaridade									
0 a 8 anos	30,5	26,1	35,3	41,5	37,5	45,7	25,7	22,0	29,8
9 a 11 anos	46,3	37,4	55,4	44,5	36,8	52,4	33,5	25,4	42,7
12 anos ou mais	58,0	42,2	72,4	43,2	33,8	53,2	40,9	32,9	49,4

Notas: Escolaridade ^{cf.}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 11 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos insuficientemente ativos na soma do lazer e transporte, ou seja, que não cumpriram as recomendações de atividade física nos domínios do lazer e do transporte de forma conjunta. Entre os adolescentes, a prevalência foi maior no sexo feminino em 2003 e 2015. Entre os adultos, a prevalência foi maior no sexo feminino em 2003 e 2015 e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2015. Entre os idosos, a prevalência foi maior no sexo feminino em 2003 e 2015 e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2003.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve um aumento da prevalência de adolescentes insuficientemente ativos na soma do lazer e do transporte entre 2003 e 2008 de 60,0% para 69,7%. Nos adultos e nos idosos, houve um aumento entre 2008 e 2015, sendo de 49,9% para 56,7% entre os adultos e de 57,5% para 70,3% entre os idosos. Nos adolescentes, também foram apresentadas mudanças significativas nos sexos masculino e feminino. No sexo masculino, houve uma diminuição da prevalência entre 2008 e 2015 de 71,8% para 53,0%. Já no sexo feminino, houve um aumento da prevalência entre 2008 e 2015 de 67,5% para 79,7%. Nos adultos, também foram apresentadas mudanças significativas no sexo feminino e entre aqueles com 0 a 8 e 9 a 11 anos de anos de escolaridade. No sexo feminino e entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, houve um aumento das prevalências entre 2008 e 2015, sendo de 52,9% para 63,7% no sexo feminino e de 52,8% para 70,1% entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade. Entre aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade, houve um aumento entre 2003 e 2015 de 48,2% para 59,6%. Nos idosos, também foram apresentadas mudanças significativas no sexo feminino e entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade. Houve um aumento das prevalências entre 2008 e 2015, sendo de 59,3% para 74,6% no sexo feminino e de 58,5% para 74,3% entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi menor entre os adultos, quando comparados com os idosos em 2003 e 2015. Em 2008, a prevalência foi menor entre os adultos, quando comparados com os adolescentes e com os idosos.

Tabela 11 – Prevalência de indivíduos insuficientemente ativos na soma do lazer e do deslocamento no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	60,0	55,1	64,7	69,7	66,1	73,0	66,2	61,6	70,5
Sexo									
Masculino	47,8	41,9	53,7	71,8	66,4	76,6	53,0	47,2	58,8
Feminino	72,4	65,9	78,1	67,5	62,6	72,1	79,7	74,2	84,2
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	57,3	50,6	63,8	72,7	66,4	78,1	68,5	62,2	74,1
9 a 11 anos	64,5	56,1	72,0	68,1	61,1	74,4	65,0	57,6	71,8
12 anos ou mais	63,0	50,5	73,9	65,5	58,9	71,6	64,7	53,3	74,7
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	51,9	48,0	55,8	49,9	47,1	52,6	56,7	55,3	62,0
Sexo									
Masculino	45,9	41,4	50,5	46,6	42,3	50,9	53,1	48,6	57,5
Feminino	57,0	50,7	63,1	52,9	49,1	56,7	63,7	60,1	67,2
Escolaridade									
0 a 8 anos	59,3	52,5	65,8	52,8	48,0	57,6	70,1	65,7	74,1
9 a 11 anos	48,2	43,0	53,4	48,3	44,5	52,1	59,6	55,5	63,6
12 anos ou mais	47,9	40,4	55,4	50,3	43,4	57,2	46,7	40,6	52,9
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	63,2	58,8	67,5	57,5	53,5	61,5	70,3	66,4	73,9
Sexo									
Masculino	54,4	50,0	58,7	55,0	49,2	60,7	63,9	58,5	69,0
Feminino	69,1	62,8	74,7	59,3	54,7	63,6	74,6	70,0	78,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	69,5	64,7	73,9	58,5	54,3	62,6	74,3	70,2	78,1
9 a 11 anos	53,7	44,6	62,6	55,5	47,6	63,2	66,5	57,3	74,6
12 anos ou mais	42,0	27,7	57,8	56,8	46,8	66,2	59,1	50,7	67,1

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

O Quadro 5 apresenta a síntese dos resultados referentes à atividade física.

Quadro 5 – Síntese dos resultados referentes à atividade física. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Prevalência de indivíduos fisicamente ativos no lazer	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Maior prevalência em adolescentes do sexo masculino em 2003 e 2015; - Maior prevalência em adultos do sexo masculino em 2003 e 2015; - Menor prevalência em adultos e idosos com menos escolaridade em 2003 e 2015; - Maior prevalência em idosos do sexo masculino em 2003; - Menor prevalência em idosos com menos escolaridade em 2003 e 2015.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da prevalência em adolescentes no geral e adolescentes do sexo masculino entre 2003 e 2008; - Diminuição da prevalência em adolescentes do sexo feminino entre 2008 e 2015; - Aumento da prevalência em adultos do sexo feminino entre 2003 e 2008; - Diminuição da prevalência em idosos no geral entre 2008 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os adultos em 2008 e 2015.
Prevalência de indivíduos insuficientemente ativos no lazer	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Maior prevalência em adolescentes do sexo feminino em 2003 e 2015; - Maior prevalência em adultos do sexo feminino em 2003 e 2015; - Maior prevalência em adultos com menos escolaridade em 2003 e 2015; - Maior prevalência em idosos do sexo feminino em 2003; - Maior prevalência em idosos com menos escolaridade em 2003 e 2015.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da prevalência em adolescentes no geral entre 2003 e 2008; - Diminuição da prevalência em adolescentes do sexo masculino entre 2008 e 2015;

	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da prevalência em adolescentes do sexo feminino entre 2008 e 2015; - Diminuição da prevalência em adultos entre 2003 e 2008; - Aumento da prevalência em idosos no geral entre 2008 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Menor entre os adultos em 2008 e 2015.
Prevalência de indivíduos fisicamente ativos no transporte	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	- Maior prevalência em idosos do sexo masculino em 2015.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da prevalência em adolescentes do sexo masculino entre 2003 e 2008; - Diminuição da prevalência em adolescentes com menos escolaridade do chefe da família entre 2003 e 2015; - Diminuição da prevalência em adultos no geral e adultos do sexo feminino entre 2008 e 2015; - Diminuição da prevalência em adultos com menos escolaridade e com escolaridade intermediária entre 2003 e 2015; - Diminuição da prevalência em idosos no geral, em idosos do sexo feminino e idosos com menos escolaridade entre 2008 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os adultos em 2003, 2008 e 2015.
Prevalência de indivíduos insuficientemente ativos no transporte	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	- Maior prevalência em idosos do sexo feminino em 2015.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da prevalência em adolescentes do sexo masculino entre 2003 e 2008; - Aumento da prevalência em adolescentes com menos escolaridade do chefe da família entre 2003 e 2015; - Aumento da prevalência em adultos no geral e em adultos do sexo feminino entre 2008 e 2015; - Aumento da prevalência em adultos com menos escolaridade e com escolaridade intermediária entre 2003 e 2015; - Aumento da prevalência em idosos no geral, idosos do sexo feminino e idosos

	com menos escolaridade entre 2008 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Menor prevalência entre os adultos em 2003, 2008 e 2015.
Prevalência de indivíduos fisicamente ativos na soma do lazer e do transporte	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Maior prevalência em adolescentes, adultos e idosos do sexo masculino em 2003 e 2015; - Maior prevalência em adultos com mais escolaridade em 2015; - Menor prevalência em idosos com menos escolaridade em 2003.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da prevalência em adolescentes no geral entre 2003 e 2008; - Aumento da prevalência em adolescentes do sexo masculino entre 2008 e 2015; - Diminuição da prevalência em adolescentes do sexo feminino entre 2008 e 2015; - Diminuição da prevalência em adultos no geral, em adultos do sexo feminino e adultos com menos escolaridade entre 2008 e 2015; - Diminuição da prevalência em adultos com escolaridade intermediária entre 2003 e 2015; - Diminuição da prevalência em idosos no geral, em idosos do sexo feminino e em idosos com menos escolaridade entre 2008 e 2015;
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os adultos em 2003, 2008 e 2015.
Prevalência de indivíduos insuficientemente ativos na soma do lazer e do transporte	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Maior prevalência em adolescentes, adultos e idosos do sexo feminino em 2003 e 2015; - Maior prevalência em adolescentes com menos escolaridade do chefe da família em 2015; - Maior prevalência em adultos com menos escolaridade em 2015; - Maior prevalência em adultos com menos escolaridade em 2003.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Aumento da prevalência em adolescentes no geral entre 2003 e 2008;

	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da prevalência em adolescentes do sexo masculino entre 2008 e 2015; - Aumento da prevalência em adolescentes do sexo feminino entre 2008 e 2015; - Aumento da prevalência em adultos no geral, em adultos do sexo feminino e adultos com menos escolaridade entre 2008 e 2015; - Aumento da prevalência em adultos com escolaridade intermediária entre 2003 e 2015; - Aumento da prevalência em idosos no geral, em idosos do sexo feminino e em idosos com menos escolaridade entre 2008 e 2015;
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Menor prevalência entre os adultos em 2003, 2008 e 2015.

5.3 CONSUMO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

A Tabela 12 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos que não consomem álcool. Entre os adolescentes, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade do chefe da família em nenhum dos períodos analisados. Entre os adultos, a prevalência foi maior entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2003 e maior entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, quando comparados com aqueles com 12 anos ou mais, em 2008 e 2015. Já entre os idosos, a prevalência foi maior entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade apenas em 2003.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve um aumento da prevalência de adolescentes que não consomem álcool entre 2008 e 2015 de 76,0% para 86,7%. Nos adolescentes, também foi apresentada uma mudança significativa no sexo feminino e naqueles com 9 a 11 anos de escolaridade do chefe da família, sendo que houve um aumento de 72,7% para 89,7% entre 2008 e 2015 no sexo feminino e de 75,4% para 89,7% entre 2003 e 2015 entre aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade do chefe da família. Já os adultos e idosos, não apresentaram mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade.

Ao comparar as faixas etárias, a prevalência foi menor nos adultos, quando comparados com os adolescentes e idosos em 2015.

Tabela 12 – Prevalência de indivíduos que não consomem álcool no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	81,4	78,3	84,1	76,0	71,5	80,0	86,7	83,0	89,7
Sexo									
Masculino	81,0	76,4	84,9	79,3	73,6	84,0	83,8	77,4	88,6
Feminino	81,8	77,3	85,6	72,7	66,1	78,5	89,7	85,4	92,9
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	84,9	80,8	88,2	76,2	70,3	81,2	87,7	82,1	91,8
9 a 11 anos	75,4	68,8	81,0	81,2	73,5	87,1	89,7	84,1	93,5
12 anos ou mais	78,0	70,0	84,4	67,6	55,1	78,0	75,3	61,3	85,4
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	77,0	73,7	80,0	72,5	68,0	76,5	72,9	68,5	76,9
Sexo									
Masculino	74,9	69,0	80,0	68,4	61,8	74,4	72,1	66,3	77,2

Feminino	78,8	74,6	82,4	75,7	69,7	80,9	73,7	66,7	79,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	87,0	81,5	91,1	80,7	73,8	86,1	79,9	73,8	85,0
9 a 11 anos	76,6	71,1	81,4	73,1	67,3	78,2	76,5	69,9	82,1
12 anos ou mais	63,6	55,9	70,6	62,7	52,6	71,8	61,0	51,7	69,5
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	83,0	80,0	85,7	78,5	72,8	83,2	83,5	79,6	86,7
Sexo									
Masculino	78,1	72,7	82,7	79,6	71,9	85,5	78,7	72,8	83,6
Feminino	86,2	82,2	89,5	77,8	71,5	83,0	87,3	82,6	90,9
Escolaridade									
0 a 8 anos	88,9	85,2	91,7	82,2	77,3	86,2	84,2	79,1	88,3
9 a 11 anos	70,2	59,1	79,3	74,4	63,3	83,0	83,6	74,8	89,7
12 anos ou mais	63,3	49,1	75,6	63,9	41,3	81,7	80,3	66,6	89,3

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 13 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos que consomem álcool de modo não abusivo. Entre os adolescentes, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade em nenhum dos períodos analisados. Entre os adultos, a prevalência foi maior entre aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade em 2003, 2008 e 2015, quando comparados com aqueles com 0 a 8 anos. Já entre os idosos, a prevalência foi menor entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2003.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve uma diminuição da prevalência de adolescentes que consomem álcool de modo não abusivo entre 2008 e 2015 de 23,6% para 11,7%. Nos adultos, no geral, houve um aumento entre 2003 e 2008 de 16,9% para 27,6%. Nos adolescentes também foi apresentada uma mudança significativa no sexo feminino e naqueles com

9 a 11 anos de escolaridade do chefe da família, sendo que houve uma diminuição entre 2003 e 2015 de 16,8% para 8,9% no sexo feminino e uma diminuição de 21,3% para 9,4% entre 2003 e 2015 naqueles com 9 a 11 anos de escolaridade do chefe da família. Nos adultos também foi apresentada uma mudança significativa no sexo masculino, sendo que houve um aumento entre 2003 e 2008 de 16,9% para 27,6%. Nos idosos, foram encontradas mudanças significativas apenas no sexo feminino e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade. No sexo feminino, houve uma diminuição entre 2008 e 2015 de 22,2% para 11,2%. Entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, houve um aumento entre 2003 e 2008 de 9,5% para 17,8%.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, as prevalências não apresentaram diferenças significativas em 2003 e 2008. Já em 2015, a prevalência foi maior nos adultos, quando comparados com os adolescentes.

Tabela 13 – Prevalência de indivíduos com consumo de álcool não abusivo no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	16,4	14,1	19,0	23,6	19,6	28,1	11,7	8,9	15,3
Sexo									
Masculino	16,0	12,7	19,9	20,5	15,8	26,1	14,4	9,8	20,8
Feminino	16,8	13,0	21,4	26,9	21,1	33,5	8,9	6,0	12,9
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	13,5	10,7	17,0	23,8	18,8	29,7	10,6	6,8	16,1
9 a 11 anos	21,3	15,9	27,9	18,1	12,3	25,8	9,4	5,8	14,9
12 anos ou mais	19,1	13,6	26,3	32,4	22,0	44,9	23,2	13,2	37,6
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	

Total	16,9	14,5	19,7	27,6	23,5	32,0	21,0	17,3	25,2
Sexo									
Masculino	17,2	12,8	22,7	31,6	25,6	38,3	20,4	15,9	25,8
Feminino	16,7	13,1	21,1	24,3	19,1	30,4	21,5	16,2	28,1
Escolaridade									
0 a 8 anos	10,3	6,9	15,2	19,3	13,9	26,2	13,6	9,4	19,3
9 a 11 anos	18,3	14,6	22,8	26,9	21,8	32,8	19,3	14,6	25,0
12 anos ou mais	24,0	17,9	31,3	37,3	28,2	47,5	30,7	23,0	39,7
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	14,2	11,4	17,5	21,5	16,8	27,2	13,8	10,8	17,4
Sexo									
Masculino	16,1	12,1	21,1	20,5	14,5	28,1	16,9	12,3	22,8
Feminino	12,9	9,6	17,2	22,2	17,0	28,5	11,2	8,0	15,4
Escolaridade									
0 a 8 anos	9,5	6,8	13,1	17,8	13,8	22,7	13,2	9,3	18,4
9 a 11 anos	25,0	15,4	37,9	25,6	17,0	36,7	13,8	7,9	22,9
12 anos ou mais	29,3	18,2	43,6	36,1	18,3	58,7	16,1	8,5	28,4

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 14 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos que consomem álcool de modo abusivo. Entre os adolescentes, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade do chefe da família em nenhum dos períodos analisados. Entre os adultos, a prevalência foi maior entre aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade em 2003, quando comparados com aqueles com 0 a 8 anos. Já entre os idosos, a prevalência foi maior no sexo masculino apenas em 2003.

Ao comparar os períodos analisados, as prevalências de adolescentes, adultos e idosos com consumo abusivo de álcool não apresentaram mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi maior nos adultos, quando comparados com os adolescentes em 2003 e 2015.

Tabela 14 – Prevalência de indivíduos com consumo abusivo de álcool no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	2,2	1,4	3,6	0,4	0,0	1,6	1,6	0,8	3,1
Sexo									
Masculino	3,0	1,6	5,6	0,2	0,0	1,8	1,8	0,7	4,5
Feminino	1,4	0,6	3,3	0,5	0,0	3,5	1,4	0,5	3,7
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	1,6	0,7	3,4	-	-	-	1,7	0,6	4,5
9 a 11 anos	3,3	1,6	6,8	0,7	0,0	5,0	0,9	0,2	3,4
12 anos ou mais	2,9	1,1	7,5	-	-	-	1,5	0,2	10,1
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	6,1	4,2	8,6	-	-	-	6,2	4,3	8,8
Sexo									
Masculino	7,9	5,2	11,9	-	-	-	7,5	4,6	12,1
Feminino	4,5	2,6	7,8	-	-	-	4,7	2,6	8,5
Escolaridade									
0 a 8 anos	2,7	1,2	5,9	-	-	-	6,5	3,9	10,6
9 a 11 anos	5,1	2,9	8,8	-	-	-	4,2	2,2	8,2
12 anos ou mais	12,4	7,4	20,2	-	-	-	8,3	4,2	15,9
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	2,8	1,8	4,4	-	-	-	2,8	1,7	4,7
Sexo									
Masculino	5,8	3,6	9,4	-	-	-	4,4	2,4	7,9
Feminino	0,9	0,3	2,9	-	-	-	1,5	0,6	3,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	1,7	0,9	3,0	-	-	-	2,7	1,5	4,7
9 a 11 anos	4,9	2,1	10,8	-	-	-	2,7	0,8	8,8
12 anos ou mais	7,3	2,0	23,3	-	-	-	3,6	1,3	10,1

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 15 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos que não são dependentes de álcool. Entre os adolescentes, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade do chefe da família em nenhum dos períodos analisados. Entre os adultos e idosos, a prevalência foi maior no sexo feminino em 2003, 2008 e 2015.

Ao comparar os períodos analisados, as prevalências de adolescentes, adultos e idosos não dependentes de álcool não apresentaram mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi maior entre os adolescentes, quando comparados com os adultos em 2008 e maior entre os adolescentes, quando comparados com os adultos e com os idosos em 2015.

Tabela 15 – Prevalência de indivíduos não dependentes de álcool no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	98,0	96,5	98,8	97,7	96,2	98,6	98,6	97,3	99,3
Sexo									
Masculino	97,1	95,0	98,3	97,8	95,3	99,0	98,0	95,5	99,1
Feminino	98,9	96,4	99,7	97,7	95,0	98,9	99,2	97,6	99,8
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	96,7	94,2	98,2	98,5	96,4	99,4	98,3	96,5	99,2
9 a 11 anos	99,5	96,5	99,9	96,4	92,8	98,2	98,5	95,3	99,6
12 anos ou mais	99,5	96,5	99,9	98,2	92,5	99,6	99,0	92,6	99,8
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	95,0	92,8	96,6	93,5	91,0	95,3	94,4	93,2	95,4

Sexo									
Masculino	91,9	88,1	94,6	89,5	85,3	92,6	91,8	89,7	93,5
Feminino	97,6	95,3	98,8	97,0	95,1	98,2	96,8	95,4	97,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	92,8	88,1	95,7	89,7	85,8	92,5	92,9	90,7	94,6
9 a 11 anos	96,6	92,9	98,5	93,4	90,1	95,6	94,6	92,8	96,0
12 anos ou mais	95,4	89,2	98,1	96,9	93,3	98,6	95,5	93,2	97,0
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	96,3	95,17	97,2	96,0	94,4	97,2	97,3	95,6	98,3
Sexo									
Masculino	91,6	88,8	93,7	92,4	88,7	95,0	94,1	90,8	96,2
Feminino	99,4	98,6	99,7	98,5	96,8	99,3	99,4	97,3	99,9
Escolaridade									
0 a 8 anos	96,4	95,1	97,4	96,6	94,7	97,8	98,0	96,7	98,8
9 a 11 anos	95,0	89,9	97,5	94,9	89,4	97,6	95,6	90,3	98,1
12 anos ou mais	97,3	87,5	99,5	95,7	86,0	98,8	96,2	89,1	98,7

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 16 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos que são dependentes de álcool. Entre os adolescentes, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade do chefe da família nenhum dos períodos analisados. Entre os adultos e idosos, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2003, 2008 e 2015.

Ao comparar os períodos analisados, as prevalências de adolescentes, adultos e idosos dependentes de álcool não apresentaram mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi menor entre os adolescentes, quando comparados com os adultos em 2008 e 2015.

Tabela 16 – Prevalência de indivíduos dependentes de álcool no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa

etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	2,0	1,2	3,5	2,3	1,4	3,8	1,4	0,7	2,7
Sexo									
Masculino	2,9	1,7	5,0	2,2	1,0	4,7	2,0	0,9	4,5
Feminino	1,1	0,3	3,6	2,3	1,1	5,0	0,8	0,2	2,4
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	3,3	1,8	5,8	1,5	0,6	3,6	1,7	0,8	3,6
9 a 11 anos	0,5	0,0	3,5	3,6	1,8	7,2	1,5	0,5	4,7
12 anos ou mais	0,5	0,0	3,5	1,8	0,4	7,5	1,0	0,1	7,4
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	5,0	3,5	7,2	6,5	4,7	9,0	5,6	4,6	6,8
Sexo									
Masculino	8,1	5,4	11,9	10,5	7,4	14,7	8,2	6,5	10,3
Feminino	2,4	1,2	4,7	3,0	1,8	4,9	3,3	2,3	4,6
Escolaridade									
0 a 8 anos	7,3	4,3	11,9	10,4	7,5	14,2	7,1	5,4	9,3
9 a 11 anos	3,4	1,6	7,2	6,6	4,4	9,9	5,4	4,0	7,2
12 anos ou mais	4,6	1,9	10,8	3,1	1,3	6,7	4,5	3,0	6,8
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	3,7	2,8	4,8	4,0	2,8	5,6	2,7	1,7	4,5
Sexo									
Masculino	8,4	6,2	11,2	7,6	5,0	11,3	6,0	3,8	9,2
Feminino	0,6	0,3	1,4	1,5	0,7	3,2	0,6	0,1	2,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	3,6	2,6	4,9	3,4	2,2	5,3	2,0	1,2	3,4
9 a 11 anos	5,1	2,5	10,1	5,1	2,4	10,6	4,4	1,9	9,7
12 anos ou mais	2,7	0,5	12,5	4,3	1,3	14,0	3,8	1,3	10,9

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

O Quadro 6 apresenta a síntese dos resultados referentes ao consumo abusivo e à dependência de álcool.

Quadro 6 – Síntese dos resultados referentes ao consumo abusivo e à dependência de álcool. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Prevalência de indivíduos que não consomem álcool	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	- Maior prevalência em adultos com menos escolaridade em 2003, 2008 e 2015; - Maior prevalência em idosos com menos escolaridade em 2003.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Aumento da prevalência em adolescentes no geral e adolescentes do sexo feminino entre 2008 e 2015; - Aumento da prevalência em adolescentes com escolaridade intermediária do chefe da família entre 2003 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Menor prevalência entre os adultos em 2015.
Prevalência de indivíduos com consumo não abusivo de álcool	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	- Maior prevalência em adultos com mais escolaridade em 2003, 2008 e 2015; - Menor prevalência em idosos com menos escolaridade em 2003.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Diminuição da prevalência em adolescentes no geral entre 2008 e 2015; - Diminuição da prevalência em adolescentes do sexo feminino e adolescentes com escolaridade intermediária do chefe da família entre 2003 e 2015; - Aumento da prevalência em adultos do sexo masculino entre 2003 e 2008; - Diminuição da prevalência em idosos do sexo feminino entre 2008 e 2015; - Aumento da prevalência em idosos com menos escolaridade entre 2003 e 2008.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os adultos em 2015.
Prevalência de indivíduos com consumo abusivo de álcool	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	- Maior prevalência em adultos com mais escolaridade em 2003; - Maior prevalência em idosos do sexo masculino em 2003.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Sem diferenças.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os adultos em 2003 e 2015.
Prevalência de indivíduos não dependentes de álcool	

Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	- Maior prevalência em adultos e idosos do sexo feminino em 2003, 2008 e 2015.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Sem diferenças.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os adolescentes em 2008 e 2015.
Prevalência de indivíduos dependentes de álcool	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	- Maior prevalência em adultos e idosos do sexo masculino em 2003, 2008 e 2015.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Sem diferenças.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Menor prevalência entre os adolescentes em 2008 e 2015.

5.4 CONSUMO ALIMENTAR

A Tabela 17 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos que cumpriram as recomendações de consumo de frutas, legumes e verduras. Entre os adolescentes, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade do chefe da família em nenhum dos períodos analisados. Entre os adultos, a prevalência foi maior no sexo masculino em 2003 e entre aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade, quando comparados com aqueles com 0 a 8 anos, em 2015. Já entre os idosos, a prevalência foi maior naqueles com 12 anos ou mais de escolaridade em 2008.

Ao comparar os períodos analisados, as prevalências de adolescentes e idosos que cumpriram as recomendações de consumo de frutas, legumes e verduras não apresentaram mudanças significativas no geral e de acordo com

o sexo e a escolaridade. Já entre os adultos, no geral, houve um aumento na prevalência entre 2003 e 2015 de 15,9% para 26,0%. Nos adultos, também foi apresentada uma mudança significativa no sexo feminino entre 2003 e 2015, sendo que houve um aumento de 11,9% para 21,6%.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi maior entre os idosos, quando comparados com os adolescentes e adultos em 2003 e 2008. Já em 2015, a prevalência foi maior nos adultos e idosos, quando comparados com os adolescentes.

Tabela 17 – Prevalência de indivíduos com consumo adequado de frutas, verduras e legumes no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	14,5	11,3	18,4	10,9	8,4	14,2	13,3	10,1	17,3
Sexo									
Masculino	15,3	10,6	21,6	10,7	7,4	15,4	15,7	11,1	21,7
Feminino	13,8	10,1	18,5	11,2	6,9	17,5	10,9	7,6	15,5
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	11,6	8,1	16,2	12,4	8,9	16,9	9,8	5,9	15,7
9 a 11 anos	16,4	9,6	26,6	6,4	3,1	13,0	18,3	12,8	25,4
12 anos ou mais	19,9	12,2	30,7	15,1	7,6	27,8	14,5	6,9	28,0
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	15,9	12,6	19,8	17,4	13,5	22,2	26,0	21,8	30,8
Sexo									
Masculino	20,7	16,2	26,0	18,5	13,2	25,3	30,3	24,7	36,5
Feminino	11,9	8,7	16,1	16,6	12,3	22,0	21,6	16,6	27,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	12,4	8,0	18,6	13,6	8,5	20,9	17,3	12,6	23,3
9 a 11 anos	15,0	10,8	20,5	15,9	11,1	22,3	25,2	19,8	31,4
12 anos ou mais	20,9	14,0	30,2	23,7	16,7	32,6	35,3	26,6	45,0

Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	28,3	24,8	32,1	32,1	27,0	37,7	26,8	22,8	31,3
Sexo									
Masculino	30,8	25,8	36,3	39,2	30,6	48,7	26,8	20,6	33,9
Feminino	26,7	22,4	31,4	27,6	22,3	33,5	26,9	21,6	33,0
Escolaridade									
0 a 8 anos	24,9	20,9	29,3	23,9	18,7	30,1	22,5	17,5	28,3
9 a 11 anos	37,4	27,8	48,0	40,4	31,3	50,2	30,0	19,8	42,6
12 anos ou mais	36,0	26,5	46,7	62,0	38,4	81,0	40,0	27,0	54,7

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 18 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos que não cumpriram as recomendações de consumo de frutas, legumes e verduras. Entre os adolescentes, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade do chefe da família em nenhum dos períodos analisados. Entre os adultos, a prevalência foi maior no sexo feminino em 2003 e entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, quando comparados com aqueles com 12 anos ou mais, em 2015. Já entre os idosos, a prevalência foi maior naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2008.

Ao comparar os períodos analisados, as prevalências de adolescentes e idosos que cumpriram as recomendações de consumo de frutas, legumes e verduras não apresentaram mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade. Já entre os adultos, no geral, houve uma diminuição na prevalência entre 2003 e 2015 de 84,1% para 74,0%. Nos adultos, também foi apresentada uma mudança significativa no sexo feminino entre 2003 e 2015, sendo que houve uma diminuição de 88,1% para 78,4%.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi menor entre os idosos, quando comparados com os adolescentes e adultos em 2003 e 2008. Já em 2015, a prevalência foi menor nos adultos e idosos, quando comparados com os adolescentes.

Tabela 18 – Prevalência de indivíduos com consumo inadequado de frutas, verduras e legumes no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	85,5	81,6	88,7	89,1	85,8	91,6	86,7	82,7	89,9
Sexo									
Masculino	84,7	78,4	89,4	89,3	84,6	92,6	84,3	78,4	88,9
Feminino	86,3	81,5	89,9	88,8	82,5	93,1	89,1	84,5	92,4
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	88,4	83,7	91,9	87,6	83,1	91,1	90,2	84,3	94,1
9 a 11 anos	83,6	73,4	90,4	93,6	87,0	96,9	81,8	74,6	87,2
12 anos ou mais	80,1	69,3	87,8	84,9	72,2	92,4	85,5	72,0	93,1
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	84,1	80,2	87,4	82,6	77,8	86,5	74,0	69,2	78,2
Sexo									
Masculino	79,3	74,0	83,8	81,5	74,7	86,8	69,7	63,5	75,3
Feminino	88,1	83,9	91,3	83,4	78,1	87,7	78,4	72,3	83,4
Escolaridade									
0 a 8 anos	87,7	81,4	92,0	86,5	79,1	91,5	82,7	76,7	87,4
9 a 11 anos	85,0	79,5	89,2	84,1	77,7	88,9	74,9	68,6	80,2
12 anos ou mais	79,1	69,8	86,1	76,3	67,4	83,3	64,8	55,0	73,4
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	71,7	68,0	75,2	67,9	62,3	73,0	73,2	68,7	77,2
Sexo									
Masculino	69,2	63,7	74,2	60,8	51,3	69,4	73,3	66,1	79,4
Feminino	73,3	68,6	77,6	72,4	66,5	77,7	73,1	67,0	78,5

Escolaridade									
0 a 8 anos	75,1	70,7	79,1	76,1	69,9	81,4	77,5	71,7	82,5
9 a 11 anos	62,7	52,0	72,2	59,6	49,8	68,7	70,0	57,4	80,2
12 anos ou mais	64,0	53,4	73,5	38,0	19,0	61,6	60,0	45,3	73,1

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

O Quadro 7 apresenta a síntese dos resultados referentes ao consumo alimentar.

Quadro 7 – Síntese dos resultados referentes ao consumo alimentar. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Prevalência de indivíduos com consumo adequado de frutas, legumes e verduras	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Maior prevalência em adultos do sexo masculino em 2003; - Maior prevalência em adultos com mais escolaridade em 2015; - Maior prevalência em idosos com mais escolaridade em 2008.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Aumento da prevalência em adultos no geral e adultos do sexo feminino entre 2003 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	<ul style="list-style-type: none"> - Maior entre os idosos em 2003 e 2008; - Maior entre os adultos e idosos em 2015.
Prevalência de indivíduos com consumo inadequado de frutas, legumes e verduras	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Maior prevalência em adultos do sexo feminino em 2003; - Maior prevalência em adultos com menos escolaridade em 2015; - Maior prevalência em idosos com menos escolaridade em 2008.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Diminuição em adultos no geral e adultos do sexo feminino entre 2003 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	<ul style="list-style-type: none"> - Menor prevalência entre os idosos em 2003; - Menor prevalência entre os adultos e idosos em 2008 e 2015.

5.5 ESTADO NUTRICIONAL

A Tabela 19 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos sem excesso de peso. Entre os idosos, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade em nenhum dos períodos analisados. Entre os adolescentes, a prevalência foi menor entre aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade do chefe da família apenas em 2003. Entre os adultos, a prevalência foi maior no sexo feminino apenas em 2008.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve uma diminuição da prevalência de adolescentes e adultos sem excesso de peso entre 2003 e 2015, sendo de 80,1% para 71,1% entre os adolescentes e de 54,7% para 40,9% entre os adultos. Nos adolescentes, também foi apresentada uma mudança significativa no sexo feminino e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade do chefe da família, sendo que houve uma diminuição da prevalência entre 2003 e 2015 de 80,8% para 69,2% no sexo feminino; e de 84,2% para 70,4% entre 2003 e 2015 naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade do chefe da família. Nos adultos, também foram apresentadas mudanças significativas nos sexos masculino e feminino e entre aqueles com 0 a 8, 9 a 11 e 12 anos ou mais de escolaridade. Em ambos os sexos e grupos de escolaridade, houve uma diminuição da prevalência entre 2003 e 2015, sendo de 54,7% para 39,9% no sexo masculino, de 62,0% para 46,4% no sexo feminino, de 58,9% para 39,3% entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, de 59,6% para 45,0% entre aqueles com 9 a 11 de escolaridade

e de 56,7% para 45,1% entre aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade. Já os idosos, não apresentaram mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade durante os períodos analisados.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi menor entre os adultos, quando comparados com os adolescentes e os idosos em 2003, 2008 e 2015.

Tabela 19 – Prevalência de indivíduos sem excesso de peso no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	80,1	75,5	84,0	74,6	70,2	78,5	71,1	68,0	74,1
Sexo									
Masculino	79,3	73,8	83,3	71,7	66,7	76,2	73,0	68,3	77,3
Feminino	80,8	75,3	85,4	77,6	71,0	83,1	69,2	64,3	73,6
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	84,2	79,2	88,2	73,7	67,7	78,9	70,4	65,7	74,8
9 a 11 anos	71,7	62,8	79,1	78,9	73,1	83,7	69,1	63,1	74,6
12 anos ou mais	79,2	70,4	85,9	69,9	55,7	81,1	77,0	65,5	85,6
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	58,5	54,7	62,2	52,4	49,3	55,5	43,3	40,9	45,7
Sexo									
Masculino	54,7	48,9	60,4	47,6	42,6	52,5	39,9	36,5	43,3
Feminino	62,0	56,5	67,1	56,8	53,0	60,6	46,4	43,1	49,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	58,9	53,2	64,5	57,5	50,4	64,3	39,3	35,4	43,4
9 a 11 anos	59,6	53,4	65,6	51,0	46,6	55,3	45,0	41,0	49,1
12 anos ou mais	56,7	49,5	63,8	50,9	45,5	56,3	45,1	40,6	49,7
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	72,8	68,9	76,4	67,2	63,2	71,0	65,6	61,7	69,3

Sexo									
Masculino	75,6	69,9	80,6	70,9	66,5	74,9	67,9	62,7	72,7
Feminino	70,8	64,6	76,3	64,6	59,4	69,6	64,0	59,3	68,4
Escolaridade									
0 a 8 anos	71,6	66,6	76,1	66,2	62,0	70,2	65,5	61,4	69,5
9 a 11 anos	70,8	60,5	79,3	66,3	58,7	73,0	67,6	58,7	75,4
12 anos ou mais	79,6	70,5	86,5	73,3	59,6	83,7	64,2	52,4	74,5

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 20 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos com excesso de peso. Entre os idosos, não houve diferenças significativas de acordo com o sexo e a escolaridade em nenhum dos períodos analisados. Entre os adolescentes, a prevalência foi maior entre aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade do chefe da família apenas em 2003. Entre os adultos, a prevalência foi maior no sexo masculino apenas em 2008.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve um aumento da prevalência de adolescentes e adultos com excesso de peso entre 2003 e 2015, sendo de 19,9% para 28,9% entre os adolescentes e de 41,5% para 56,7% entre os adultos. Nos adolescentes, também foi apresentada uma mudança significativa no sexo feminino e naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade do chefe da família, sendo que houve um aumento da prevalência entre 2003 e 2015 de 19,2% para 30,9% no sexo feminino; e de 15,8% para 29,6% entre 2003 e 2015 naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade do chefe da família. Nos adultos, também foram apresentadas mudanças significativas nos sexos masculino e feminino e entre aqueles com 0 a 8, 9 a 11 e 12 anos ou mais de escolaridade. Em ambos os sexos e grupos de escolaridade, houve um aumento da prevalência entre 2003 e 2015, sendo de 45,3% para 60,2% no sexo masculino, de 38,1% para 53,6% no sexo

feminino, de 41,1% para 60,7% entre aqueles com 0 a 8 anos de escolaridade, de 40,4% para 55,0% entre aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade e de 43,3% para 54,9% entre aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade. Já os idosos, não apresentaram mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade durante os períodos analisados.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi maior entre os adultos, quando comparados com os adolescentes e os idosos em 2003, 2008 e 2015.

Tabela 20 – Prevalência de indivíduos com excesso de peso no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	19,9	16,1	24,5	25,4	21,5	29,8	28,9	25,9	32,0
Sexo									
Masculino	20,7	16,1	26,2	28,3	23,8	33,4	27,0	22,7	31,8
Feminino	19,2	14,6	24,7	22,4	16,9	29,1	30,9	26,4	35,7
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	15,8	11,8	20,8	26,3	21,1	32,3	29,6	25,2	34,4
9 a 11 anos	28,3	20,9	37,2	21,2	16,3	26,9	30,9	25,4	37,0
12 anos ou mais	20,8	14,1	29,7	30,1	18,9	44,3	23,0	14,4	34,5
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	41,5	37,8	45,4	47,6	44,5	50,7	56,7	54,3	59,1
Sexo									
Masculino	45,3	39,6	51,1	52,4	47,5	57,4	60,2	56,7	63,5
Feminino	38,1	32,9	43,5	43,2	39,5	47,0	53,6	50,3	56,9
Escolaridade									
0 a 8 anos	41,1	35,5	46,9	42,5	35,7	49,6	60,7	56,6	64,6
9 a 11 anos	40,4	34,5	46,6	49,0	44,7	53,4	55,0	50,9	59,0
12 anos ou mais	43,3	36,2	50,6	49,1	43,7	54,5	54,9	50,3	59,4

Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	27,2	23,6	31,1	32,8	29,0	36,8	34,4	30,7	38,3
Sexo									
Masculino	24,4	19,4	30,1	29,1	25,1	33,5	32,1	27,3	37,3
Feminino	29,2	23,7	35,4	35,4	30,4	40,7	36,0	31,6	40,7
Escolaridade									
0 a 8 anos	28,4	23,9	33,4	33,8	29,8	38,0	34,5	30,5	38,7
9 a 11 anos	29,2	20,7	39,5	33,7	27,0	41,3	32,4	24,6	41,3
12 anos ou mais	20,4	13,6	29,5	26,7	16,3	40,4	35,9	25,6	47,7

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

O Quadro 8 apresenta a síntese dos resultados referentes ao estado nutricional.

Quadro 8 – Síntese dos resultados referentes ao estado nutricional. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Prevalência de indivíduos sem excesso de peso	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	- Menor em adolescentes com escolaridade intermediária do chefe da família em 2003; - Maior em adultos do sexo feminino em 2008.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Diminuição da prevalência em adolescentes no geral, em adolescentes do sexo feminino e em adolescentes com menos escolaridade do chefe da família entre 2003 e 2015; - Diminuição da prevalência em adultos no geral, em adultos de ambos os sexos e em adultos de todos os níveis de escolaridade entre 2003 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Menor prevalência entre os adultos em 2003, 2008 e 2015.
Prevalência de indivíduos com excesso de peso	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	- Maior em adolescentes com escolaridade intermediária do chefe da família em 2003; - Maior em adultos do sexo masculino em 2008.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	- Aumento da prevalência em adolescentes no geral, em adolescentes

	do sexo feminino e em adolescentes com menos escolaridade do chefe da família entre 2003 e 2015; - Aumento da prevalência em adultos no geral, em adultos de ambos os sexos e em adultos de todos os níveis de escolaridade entre 2003 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os adultos em 2003, 2008 e 2015.

5.6 ESTILO DE VIDA

A Tabela 21 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos com estilo de vida saudável, ou seja, que cumpriram as recomendações de saúde para o tabagismo, atividade física no lazer e deslocamento, consumo e dependência de álcool, consumo alimentar e estado nutricional. Entre os adolescentes, a prevalência foi maior no sexo masculino apenas em 2015. Entre os adultos, a prevalência foi maior entre aqueles com 9 a 11 e 12 anos ou mais de escolaridade em 2015. Já entre os idosos, a prevalência foi menor naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade em 2003.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve uma diminuição da prevalência de adolescentes com estilo de vida saudável entre 2003 e 2008 de 6,9% para 2,4%. Nos adultos, não foram encontradas mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade durante os períodos analisados. Nos idosos, foi encontrada uma mudança significativa

no sexo masculino, sendo que houve uma diminuição entre 2003 e 2015 de 13,3% para 5,3%.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi maior nos idosos, quando comparados com os adultos em 2003; e quando comparados com os adultos e adolescentes em 2008.

Tabela 21 – Prevalência de indivíduos com estilo de vida saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	6,9	4,9	9,6	2,4	1,2	4,6	5,6	3,5	8,8
Sexo									
Masculino	9,0	6,0	13,5	2,5	1,0	6,4	9,0	5,7	14,1
Feminino	4,9	2,8	8,3	2,2	0,7	6,4	2,1	0,8	5,4
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	5,9	3,5	9,8	2,7	1,1	6,2	4,7	2,2	9,6
9 a 11 anos	7,1	3,9	12,3	1,1	0,2	7,7	5,7	2,8	11,2
12 anos ou mais	8,9	4,9	15,7	3,8	1,1	12,5	8,2	3,0	20,4
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	3,0	1,8	4,9	3,5	1,9	6,2	6,3	4,2	9,2
Sexo									
Masculino	4,8	2,8	8,2	3,7	1,5	8,9	8,8	5,4	14,0
Feminino	1,5	0,5	3,9	3,3	1,7	6,3	3,7	1,8	7,3
Escolaridade									
0 a 8 anos	1,8	0,6	5,7	0,0	-	-	1,2	0,4	4,0
9 a 11 anos	3,4	1,4	8,0	3,8	1,8	7,9	7,3	4,3	12,1
12 anos ou mais	3,5	1,6	7,7	5,5	2,2	12,9	9,7	5,3	17,1
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	9,8	7,3	13,0	9,6	7,1	12,7	5,0	3,1	8,1
Sexo									

Masculino	13,3	9,7	18,0	13,0	8,7	19,0	5,3	2,8	9,6
Feminino	7,4	4,6	11,6	7,3	4,7	11,1	4,9	2,6	8,9
Escolaridade									
0 a 8 anos	6,2	3,9	9,8	6,9	4,6	10,2	3,8	2,0	7,1
9 a 11 anos	16,6	10,0	26,3	12,3	6,9	20,9	5,0	1,2	18,0
12 anos ou mais	18,7	10,5	30,9	18,2	7,7	37,3	9,5	4,8	17,9

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

A Tabela 22 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes, adultos e idosos com estilo de vida não saudável, ou seja, que não cumpriram as recomendações de saúde para pelo menos um dos domínios estudados. Entre os adolescentes, a prevalência foi maior no sexo feminino apenas em 2015. Entre os adultos, a prevalência foi maior naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade apenas em 2015. Já entre os idosos, a prevalência foi maior naqueles com 0 a 8 anos de escolaridade apenas em 2003.

Ao comparar os períodos analisados, no geral, houve um aumento da prevalência de adolescentes com estilo de vida não saudável entre 2003 e 2008 de 93,1% para 97,6%. Nos adultos, não foram encontradas mudanças significativas no geral e de acordo com o sexo e a escolaridade durante os períodos analisados. Nos idosos, foram encontradas mudanças significativas apenas no sexo masculino, sendo que houve um aumento entre 2003 e 2015 de 86,7% para 94,7%.

Ao comparar as faixas etárias, no geral, a prevalência foi menor nos idosos, quando comparados com os adultos em 2003; e quando comparados com os adultos e adolescentes em 2008.

Tabela 22 – Prevalência de indivíduos com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com a faixa

etária, o sexo e a escolaridade. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	93,1	90,4	95,1	97,6	95,4	98,8	94,4	91,2	96,5
Sexo									
Masculino	91,0	86,5	94,1	97,5	93,6	99,0	91,0	86,0	94,3
Feminino	95,15	91,7	97,2	97,8	93,6	99,3	97,9	94,6	99,2
Escolaridade ^{cf}									
0 a 8 anos	94,1	90,3	96,6	97,3	93,8	98,9	95,4	90,4	97,8
9 a 11 anos	93,0	87,7	96,1	98,9	92,3	99,9	94,3	88,8	97,2
12 anos ou mais	91,1	84,3	95,1	96,2	87,5	98,9	91,8	79,6	97,0
Adultos (20 – 59 anos)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	97,0	95,1	98,2	96,5	93,8	98,1	93,7	90,8	95,8
Sexo									
Masculino	95,2	91,9	97,2	96,3	91,1	98,6	91,2	86,0	94,6
Feminino	98,5	96,1	99,5	96,7	93,7	98,3	96,3	92,7	98,2
Escolaridade									
0 a 8 anos	98,2	94,3	99,4	100,0	-	-	98,8	96,0	99,6
9 a 11 anos	96,6	92,0	98,6	96,2	92,1	98,2	92,7	87,9	95,7
12 anos ou mais	96,5	92,3	98,4	94,5	87,1	97,8	90,3	82,9	94,7
Idosos (60 anos ou mais)									
	2003			2008			2015		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Total	90,2	87,0	92,7	90,4	87,3	92,9	95,0	91,9	96,9
Sexo									
Masculino	86,7	82,0	90,3	87,0	81,0	91,3	94,7	90,4	97,2
Feminino	92,6	88,4	95,4	92,7	88,9	95,3	95,1	91,1	97,4
Escolaridade									
0 a 8 anos	93,8	90,2	96,1	93,1	89,8	95,4	96,2	92,9	98,0
9 a 11 anos	83,4	73,7	90,0	87,7	79,1	93,1	95,0	82,0	98,8
12 anos ou mais	81,4	69,1	89,5	81,8	62,7	92,3	90,5	82,1	95,2

Notas: Escolaridade ^{cf}: escolaridade do chefe da família.

O Quadro 9 apresenta a síntese dos resultados referentes ao estilo de vida.

Quadro 9 – Síntese dos resultados referentes ao estilo de vida. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Prevalência de indivíduos com estilo de vida saudável	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Maior em adolescentes do sexo masculino em 2015; - Menor em adultos com menos escolaridade em 2015; - Menor em idosos com menos escolaridade em 2003.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da prevalência em adolescentes no geral entre 2003 e 2008; - Diminuição da prevalência em idosos do sexo masculino entre 2003 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Maior prevalência entre os idosos em 2003 e 2008.
Prevalência de indivíduos com estilo de vida não saudável	
Diferenças de acordo com o sexo e a escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> - Maior em adolescentes do sexo feminino em 2015; - Maior em adultos com menos escolaridade em 2015; - Maior em idosos com menos escolaridade em 2003.
Diferenças de acordo com o período de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento da prevalência em adolescentes no geral entre 2003 e 2008; - Aumento da prevalência em idosos do sexo masculino entre 2003 e 2015.
Diferenças de acordo com as faixas etárias	- Menor prevalência entre os idosos em 2003 e 2008.

A Tabela 23 apresenta as prevalências de indivíduos adolescentes com estilo de vida não saudável, de acordo com a quantidade e o tipo dos domínios em que não foram cumpridas as recomendações.

Em 2003, a prevalência de estilo de vida não saudável entre os adolescentes foi de 93,1%, sendo que 28,8% não cumpriram um domínio, 45,6% não cumpriram dois, 17,8% não cumpriram três e 0,9% não cumpriram quatro domínios. A combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte e de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras

(37,4%) foi a principal responsável pelo estilo de vida não saudável entre os adolescentes; seguida pelo consumo inadequado de frutas, legumes e verduras isoladamente (23,7%); e pela combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte, de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e de excesso de peso (12,7%).

Em 2008, a prevalência de estilo de vida não saudável entre os adolescentes foi de 97,6%, sendo que 23,7% não cumpriram um domínio, 57,2% não cumpriram dois, 15,6% não cumpriram três e 1,1% não cumpriram quatro domínios. A combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte e de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras (45,9%) foi a principal responsável pelo estilo de vida não saudável entre os adolescentes; seguida pelo consumo inadequado de frutas, legumes e verduras isoladamente (17,2%); e pela combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte, de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e de excesso de peso (12,4%).

Em 2015, a prevalência de estilo de vida não saudável entre os adolescentes foi de 94,4%, sendo que 22,1% não cumpriram um domínio, 54% não cumpriram dois, 17,2% não cumpriram três e 1,1% não cumpriram 4 domínios. A combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte e de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras (40,0%) foi a principal responsável pelo estilo de vida não saudável entre os adolescentes; seguida pelo consumo inadequado de frutas, legumes e verduras isoladamente (15,2%); e pela combinação de atividade física

insuficiente na soma do lazer e do transporte, de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e de excesso de peso (14,9%).

Ao comparar os períodos analisados, não houve mudanças nos principais domínios responsáveis pelo estilo de vida não saudável entre os adolescentes, sendo, de modo geral, a soma da atividade física no lazer e transporte, o consumo de frutas, legumes e verduras e o excesso de peso.

Tabela 23 – Prevalência de adolescentes com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com o número e o tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

Adolescentes (12 – 19 anos)															
	A F I	T A B	D A L	C A L	F L V	E N T	2003			2008			2015		
							%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
1	X	✓	✓	✓	✓	✓	4,0	2,5	6,5	5,6	3,7	8,4	4,1	2,6	6,2
	✓	X	✓	✓	✓	✓	0,1	-	1,2	-	-	-	0,1	-	0,9
	✓	✓	X	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	✓	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	✓	✓	X	✓	23,7	18,8	29,1	17,2	13,5	21,7	15,2	11,4	20,0
	✓	✓	✓	✓	✓	X	1,0	0,5	2,0	0,9	0,4	2,2	2,7	1,3	5,6
2	X	X	✓	✓	✓	✓	0,4	-	1,7	-	-	-	-	-	-
	X	✓	X	✓	✓	✓	-	-	-	0,4	-	2,5	-	-	-
	X	✓	✓	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	✓	✓	✓	X	✓	37,4	32,8	42,3	45,9	40,9	51,0	40,0	34,4	45,9
	X	✓	✓	✓	✓	X	1,5	0,8	2,6	1,4	0,6	3,1	1,3	0,6	3,0
	✓	X	X	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	✓	X	✓	✓	0,3	-	2,0	-	-	-	-	-	-
	✓	X	✓	✓	X	✓	1,7	0,9	3,4	0,4	-	3,2	2,7	1,3	5,6
	✓	X	✓	✓	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	X	✓	X	✓	0,4	-	1,6	0,3	-	1,9	0,4	-	2,5
	✓	✓	X	✓	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	✓	X	X	✓	0,5	0,2	1,7	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	✓	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	✓	✓	X	X	3,4	2,2	5,3	8,8	6,2	12,4	9,6	6,9	13,2
3	X	X	X	✓	✓	✓	-	-	-	0,2	-	1,3	-	-	-
	X	X	✓	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	✓	✓	X	✓	2,8	1,7	4,7	1,4	0,7	2,8	0,9	0,3	3,4

Tabela 23 – Prevalência de adolescentes com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com o número e o tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

							Adolescentes (12 – 19 anos)								
	A F I	T A B	D A B	C A B	F A L V	E N T	2003			2008			2015		
							%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
	X	X	✓	✓	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	✓	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	✓	X	✓	X	✓	0,4	-	1,5	0,8	0,2	2,4	0,8	0,3	2,6
	X	✓	X	✓	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	✓	✓	X	X	-	0,1	-	1,2	-	-	-	0,3	-	2,0
	X	✓	✓	X	✓	X	0,2	-	1,6	-	-	-	-	-	-
	X	✓	✓	✓	X	X	12,7	9,3	17,3	12,4	9,2	16,4	14,9	11,8	18,7
	✓	X	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	✓	X	✓	0,2	-	1,8	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	✓	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	✓	X	X	✓	0,6	0,2	1,7	-	-	-	0,3	-	2,4
	✓	X	✓	X	✓	X	0,3	-	1,2	-	-	-	-	-	-
	✓	X	✓	✓	X	X	0,3	-	1,2	0,5	0,1	2,2	-	-	-
	✓	✓	X	X	X	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	X	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	X	✓	X	X	0,2	-	1,5	0,3	-	2,3	-	-	-
	✓	✓	✓	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	✓	✓	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	0,1	-	1,3
	✓	X	✓	X	X	X	0,2	-	1,1	-	-	-	0,2	-	1,5
	✓	X	X	✓	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	X	X	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	✓	✓	X	X	X	-	-	-	-	-	-	0,5	0,1	2,1
	X	✓	X	✓	X	X	0,1	-	1,1	0,7	0,2	2,0	-	-	-
	X	✓	X	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	✓	X	X	X	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	✓	✓	X	X	0,2	-	1,4	0,3	-	1,3	0,3	-	1,8
	X	X	✓	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	✓	X	X	✓	0,4	-	1,5	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	✓	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	X	X	X	✓	X	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	✓	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	✓	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	✓	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Em 2008, a prevalência de estilo de vida não saudável entre os adultos foi de 96,5%, sendo que 22,1% não cumpriram um domínio, 41,4% não cumpriram dois, 28,6% não cumpriram três, 4,1% não cumpriram quatro e 0,3% não cumpriram cinco domínios. O consumo inadequado de frutas, legumes e verduras isoladamente (16,1%); a combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte e de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras (15,2%); a combinação de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e de excesso de peso (14,9%); e a combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte, de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e de excesso de peso (14,5%) foram os principais responsáveis pelo estilo de vida não saudável entre os adultos.

Em 2015, a prevalência de estilo de vida não saudável entre os adultos foi de 93,7%, sendo que 20,7% não cumpriram um domínio, 36% não cumpriram dois, 30,5% não cumpriram três, 6,1% não cumpriram quatro e 0,3% não cumpriram cinco domínios. A combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte, de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e de excesso de peso (20,5%) foi a principal responsável pelo estilo de vida não saudável entre os adultos; seguida pela combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte e de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras (14,0%), pela combinação de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e de excesso de peso (10,9%) e pelo consumo inadequado de frutas, legumes e verduras isoladamente (10,4%).

Ao comparar os períodos analisados, não houve mudanças nos principais domínios responsáveis pelo estilo de vida não saudável entre os adultos, sendo, de modo geral, a soma da atividade física no lazer e transporte, o consumo de frutas, legumes e verduras e o excesso de peso.

Tabela 24 – Prevalência de adultos com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com o número e o tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

							Adultos (20 – 59 anos)								
	A F I	T A B	D A L	C A L	F L V	E N T	2003			2008			2015		
							%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
1	X	✓	✓	✓	✓	✓	2,7	1,7	4,3	3,0	2,0	4,7	3,2	2,0	5,0
	✓	X	✓	✓	✓	✓	1,2	0,5	2,5	0,6	0,2	1,7	0,6	0,2	1,9
	✓	✓	X	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	0,8	0,2	2,7
	✓	✓	✓	X	✓	✓	0,4	-	1,7	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	✓	✓	X	✓	17,2	14,1	20,8	16,1	12,6	20,4	10,4	7,9	13,6
	✓	✓	✓	✓	✓	X	2,3	1,4	4,0	2,4	1,3	4,4	5,7	3,9	8,1
2	X	X	✓	✓	✓	✓	0,6	0,2	1,8	1,0	0,4	2,7	0,6	0,2	2,1
	X	✓	X	✓	✓	✓	0,2	-	1,4	-	-	-	0,2	-	1,2
	X	✓	✓	X	✓	✓	0,3	-	2,0	-	-	-	-	-	-
	X	✓	✓	✓	X	✓	17,6	14,0	21,8	15,2	12,0	19,0	14,0	11,1	17,5
	X	✓	✓	✓	✓	X	2,5	1,5	4,1	4,3	2,6	7,0	5,4	3,7	7,8
	✓	X	X	✓	✓	✓	0,2	-	1,8	-	-	-	0,4	-	1,5
	✓	X	✓	X	✓	✓	0,4	0,1	1,7	-	-	-	-	-	-
	✓	X	✓	✓	X	✓	4,4	3,0	6,4	4,5	3,0	6,6	2,6	1,5	4,5
	✓	X	✓	✓	✓	X	-	-	-	1,0	0,4	2,9	0,8	0,2	2,4
	✓	✓	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	X	✓	X	✓	0,5	0,1	2,4	0,5	0,1	2,1	0,5	0,2	1,4
	✓	✓	X	✓	✓	X	0,6	0,2	1,9	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	✓	X	X	✓	0,8	0,3	2,3	-	-	-	0,6	0,2	1,7
	✓	✓	✓	X	✓	X	0,4	-	1,6	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	✓	✓	X	X	12,8	10,3	15,9	14,9	11,7	18,7	10,9	8,2	14,3
3	X	X	X	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	0,2	-	1,2
	X	X	✓	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	✓	✓	X	✓	5,9	4,1	8,5	6,0	3,9	9,0	2,8	1,7	4,6
	X	X	✓	✓	✓	X	0,7	0,3	1,8	1,6	0,8	3,5	0,6	0,2	1,9
	X	✓	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	✓	X	✓	X	✓	0,4	0,1	1,3	0,7	0,2	2,1	0,3	-	1,9
	X	✓	X	✓	✓	X	-	-	-	-	-	-	0,4	-	1,4

Tabela 24 – Prevalência de adultos com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com o número e o tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

							Adultos (20 – 59 anos)								
	A F I	T A B	D A L	C A L	F L V	E N T	2003			2008			2015		
							%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
	X	✓	✓	X	X	-	0,4	0,1	1,9	-	-	-	0,3	-	1,3
	X	✓	✓	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	0,5	0,2	1,7
	X	✓	✓	✓	X	X	14,5	11,7	17,8	14,5	11,7	17,9	20,5	17,6	23,8
	✓	X	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	✓	X	✓	-	-	-	0,6	0,2	2,0	1,0	0,3	3,1
	✓	X	X	✓	✓	X	-	-	-	0,3	-	1,9	-	-	-
	✓	X	✓	X	X	✓	0,3	-	1,1	-	-	-	0,3	-	1,3
	✓	X	✓	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	0,3	-	1,8
	✓	X	✓	✓	X	X	1,3	0,6	2,8	4,4	2,8	6,8	2,2	1,3	3,7
	✓	✓	X	X	X	✓	-	-	-	-	-	-	0,2	-	1,3
	✓	✓	X	X	✓	X	0,3	-	2,1	-	-	-	0,3	-	1,8
	✓	✓	X	✓	X	X	0,6	0,2	1,7	0,5	0,2	1,7	0,3	-	1,2
	✓	✓	✓	X	X	X	0,5	0,2	1,7	-	-	-	0,3	-	1,3
4	✓	✓	X	X	X	X	0,2	-	1,6	-	-	-	0,4	-	1,6
	✓	X	✓	X	X	X	0,3	-	2,0	-	-	-	0,2	-	1,3
	✓	X	X	✓	X	X	0,4	-	1,4	0,4	0,2	1,6	-	-	-
	✓	X	X	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	X	X	✓	0,4	-	2,5	-	-	-	0,4	-	1,7
	X	✓	✓	X	X	X	0,6	0,2	2,2	-	-	-	1,2	0,5	2,9
	X	✓	X	✓	X	X	0,1	-	1,0	0,4	0,1	1,8	0,7	0,3	2,0
	X	✓	X	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	0,2	-	1,6
	X	✓	X	X	X	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	✓	✓	X	X	3,1	1,9	5,1	2,9	1,7	4,7	2,7	1,6	4,5
	X	X	✓	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	0,2	-	1,8
	X	X	✓	X	X	✓	0,5	0,2	1,4	-	-	-	0,1	-	1,2
	X	X	X	✓	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	✓	X	✓	0,3	-	1,4	0,4	0,2	1,5	-	-	-
5	X	X	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,9
	X	X	X	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	✓	X	X	0,2	-	0,9	0,3	-	1,9	0,1	-	1,5
	X	X	✓	X	X	X	0,7	0,3	1,9	-	-	-	0,2	-	2,0
	X	✓	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	✓	X	X	X	X	X	0,2	-	1,4	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Notas: AFI = atividade física na soma do lazer e do transporte; TAB = tabagismo; DAL = dependência de álcool; CAL = consumo abusivo de álcool; FLV = consumo alimentar de

Tabela 24 – Prevalência de adultos com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com o número e o tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

							Adultos (20 – 59 anos)					
	A	T	D	C	F	E	2003		2008		2015	
	F	A	A	A	L	N	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
	I	B	L	L	V	T						

frutas, legumes e verduras; ENT = estado nutricional; X = não cumpre a recomendação; ✓ = cumpre a recomendação.

A Tabela 25 apresenta as prevalências de indivíduos idosos com estilo de vida não saudável, de acordo com a quantidade e o tipo dos domínios em que não foram cumpridas as recomendações.

Em 2003, a prevalência de estilo de vida não saudável entre os idosos foi de 90,2%, sendo que 30,6% não cumpriram um domínio, 35,6% não cumpriram dois, 21,7% não cumpriram três, 2,1% não cumpriram quatro e 0,2% não cumpriram cinco domínios. A combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte e de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras (23,9%); o consumo inadequado de frutas, legumes e verduras isoladamente (16,6%); e a combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte, de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e de excesso de peso (13,7%) foram os principais responsáveis pelo estilo de vida não saudável entre os idosos.

Em 2008, a prevalência de estilo de vida não saudável entre os idosos foi de 90,4%, sendo que 32,6% não cumpriram um domínio, 38,3% não cumpriram dois, 17,9% não cumpriram três e 1,6% não cumpriram quatro domínios. A combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte e de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras (21,1%);

o consumo inadequado de frutas, legumes e verduras isoladamente (16,1%); e a combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte, de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e de excesso de peso (12,5%) foram os principais responsáveis pelo estilo de vida não saudável entre os idosos.

Em 2015, a prevalência de estilo de vida não saudável entre os idosos foi de 95,0%, sendo que 24,8% não cumpriram um domínio, 39,6% não cumpriram dois, 27,5% não cumpriram três e 3% não cumpriram quatro domínios. A combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte e de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras (23,3%); a combinação de atividade física insuficiente na soma do lazer e do transporte, de consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e de excesso de peso (19,4%); e o consumo inadequado de frutas, legumes e verduras isoladamente (12,9%) foram os principais responsáveis pelo estilo de vida não saudável entre os idosos.

Ao comparar os períodos analisados, não houve mudanças nos principais domínios responsáveis pelo estilo de vida não saudável entre idosos, sendo, de modo geral, a soma da atividade física no lazer e transporte, o consumo de frutas, legumes e verduras e o excesso de peso.

Tabela 25 – Prevalência de idosos com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com o número e o tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

							Idosos (60 anos ou mais)								
	A F I	T A B	D A L	C A L	F L V	E N T	2003			2008			2015		
							%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
1	X	✓	✓	✓	✓	✓	9,8	7,3	12,9	11,0	8,2	14,7	8,0	5,8	10,8
	✓	X	✓	✓	✓	✓	0,1	-	1,0	0,2	-	1,3	1,2	0,5	3,3
	✓	✓	X	✓	✓	✓	0,2	-	0,8	0,4	-	2,9	0,1	-	0,7
	✓	✓	✓	X	✓	✓	0,6	0,2	2,4	-	-	-	0,1	-	0,8
	✓	✓	✓	✓	X	✓	16,6	13,1	20,8	16,1	13,1	19,7	12,9	9,9	16,8
	✓	✓	✓	✓	✓	X	3,3	1,8	5,7	4,9	3,2	7,4	2,5	1,3	4,8
2	X	X	✓	✓	✓	✓	1,5	0,6	3,5	0,8	0,3	2,2	0,4	0,1	1,3
	X	✓	X	✓	✓	✓	0,3	-	1,9	-	-	-	-	-	-
	X	✓	✓	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	✓	✓	✓	X	✓	23,9	20,2	28,1	21,1	17,7	25,0	23,3	18,8	28,4
	X	✓	✓	✓	✓	X	2,3	1,3	4,0	5,0	3,4	7,3	7,5	5,2	10,6
	✓	X	X	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	0,2	-	1,7
	✓	X	✓	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	✓	✓	X	✓	1,4	0,6	2,9	2,5	1,1	5,6	1,9	0,6	5,9
	✓	X	✓	✓	✓	X	0,1	-	1,1	0,2	-	1,3	0,1	-	1,0
	✓	✓	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	0,1	-	0,8
	✓	✓	X	✓	X	✓	1,0	0,5	1,9	0,2	-	1,2	0,2	-	1,4
	✓	✓	X	✓	✓	X	-	-	-	0,4	-	2,8	-	-	-
	✓	✓	✓	X	X	✓	0,3	-	0,8	-	-	-	0,3	-	1,4
	✓	✓	✓	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	✓	✓	X	X	4,8	3,0	7,6	8,1	5,4	11,9	5,6	3,5	8,8
3	X	X	X	✓	✓	✓	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-
	X	X	✓	X	✓	✓	0,2	-	1,3	-	-	-	-	-	-
	X	X	✓	✓	X	✓	5,3	3,4	8,0	4,4	2,6	7,3	5,3	3,5	7,9
	X	X	✓	✓	✓	X	0,5	0,1	2,1	-	-	-	1,2	0,5	2,9
	X	✓	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	✓	X	✓	X	✓	0,2	-	0,9	-	-	-	0,8	0,2	3,6
	X	✓	X	✓	✓	X	0,2	-	1,7	0,6	0,1	2,7	-	-	-
	X	✓	✓	X	X	-	0,4	0,1	1,2	-	-	-	0,3	-	1,3
	X	✓	✓	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	0,2	-	1,7
	X	✓	✓	✓	X	X	13,7	11,4	16,4	12,5	9,5	16,2	19,4	15,8	23,7
	✓	X	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	✓	X	✓	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	✓	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	✓	X	X	✓	0,3	-	2,3	-	-	-	-	-	-
	✓	X	✓	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	✓	✓	X	X	0,2	-	0,6	0,2	-	1,3	0,2	-	1,1

Tabela 25 – Prevalência de idosos com estilo de vida não saudável no município de São Paulo em 2003, 2008 e 2015, de acordo com o número e o tipo de domínios não cumpridos. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015, São Paulo, Brasil.

							Idosos (60 anos ou mais)								
	A F I	T A B	D A L	C A L	F L V	E N T	2003			2008			2015		
							%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
	✓	✓	X	X	X	✓	0,2	-	0,8	-	-	-	0,1	-	1,0
	✓	✓	X	X	✓	X	0,2	-	1,5	-	-	-	-	-	-
	✓	✓	X	✓	X	X	-	-	0,7	0,2	-	1,3	-	-	-
	✓	✓	✓	X	X	X	0,3	-	1,9	-	-	-	-	-	-
4	✓	✓	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	✓	X	X	X	0,1	-	0,9	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	✓	X	X	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	X	X	✓	-	-	0,5	-	-	-	-	-	-
	X	✓	✓	X	X	X	-	-	-	-	-	-	0,4	-	1,6
	X	✓	X	✓	X	X	0,1	-	0,9	0,4	0,1	1,7	-	-	-
	X	✓	X	X	✓	X	0,1	-	0,9	-	-	-	0,2	-	1,4
	X	✓	X	X	X	✓	-	-	-	-	-	-	0,2	-	1,4
	X	X	✓	✓	X	X	0,9	0,4	2,1	0,8	0,3	2,2	0,9	0,4	2,2
	X	X	✓	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	✓	X	X	✓	-	-	-	-	-	-	0,7	0,3	2,0
	X	X	X	✓	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	✓	X	✓	0,9	0,4	2,0	0,4	0,2	1,9	0,6	-	3,7
	X	X	X	X	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	X	X	X	X	X	✓	0,1	-	1,0	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	X	✓	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	X	✓	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	X	X	✓	X	X	X	0,1	-	0,9	-	-	-	-	-	-
	X	✓	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	✓	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	X	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	

Notas: AFI = atividade física na soma do lazer e do transporte; TAB = tabagismo; DAL = dependência de álcool; CAL = consumo abusivo de álcool; FLV = consumo alimentar de frutas, legumes e verduras; ENT = estado nutricional; X = não cumpre a recomendação; ✓ = cumpre a recomendação.

O Quadro 10 apresenta a síntese dos resultados referentes aos principais domínios responsáveis pelo estilo de vida não saudável.

Quadro 10 – Síntese dos resultados referentes aos principais domínios responsáveis pelo estilo de vida não saudável. ISA-Capital 2003, 2008 e 2015. São Paulo, Brasil.

Adolescentes Adultos Idosos	Atividade física insuficiente na soma do lazer e transporte, consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e excesso de peso (em 2003, 2008 e 2015).
-----------------------------------	---

6 DISCUSSÃO

6.1 TABAGISMO

Em relação às mudanças entre os tabagistas do município de São Paulo, os resultados do presente estudo mostraram que: não houve mudanças nas prevalências dos adolescentes e idosos entre 2003 e 2015; e houve uma diminuição na prevalência entre os adultos com 9 a 11 anos de escolaridade de 23,6% em 2003 para 17,2% em 2015. Quanto às desigualdades, a prevalência de tabagistas foi maior e mais desfavorável nos adultos menos escolarizados em 2008 (27,7%) e 2015 (25,2%) e nos idosos do sexo masculino em 2003 (20,0%) e 2015 (16,9%). Sobre as faixas etárias, os adultos apresentaram as maiores prevalências de tabagistas e os adolescentes as menores em todos os períodos analisados.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 mostrou que a prevalência de tabagismo entre os brasileiros com 18 anos ou mais foi de 15%, com desigualdades por sexo, escolaridade e faixa etária que se repetiram em todas as regiões do país (IBGE, 2014). No presente estudo, a prevalência de tabagismo em 2015 também apresentou desigualdades por sexo, escolaridade e faixa etária, sendo de 4,3% entre os adolescentes, 19,3% entre os adultos e 12,3% entre os idosos. Quanto ao sexo, a prevalência de tabagismo no Brasil foi de 19,2% entre os homens e 11,2%

entre as mulheres em 2013 (IBGE, 2014). No presente estudo, está diferença ocorreu apenas entre os idosos, sendo de 16,9% entre os homens e 9,2% entre as mulheres. Quanto à escolaridade, a prevalência no Brasil foi maior entre aqueles sem instrução ou com fundamental incompleto (20,2%) (IBGE, 2014). O mesmo ocorreu entre os adultos menos escolarizados do município de São Paulo em 2015, que apresentaram uma prevalência de 25,2% de tabagismo.

Sobre os ex-tabagistas, a PNS de 2013 mostrou uma prevalência de 17,5% entre os brasileiros com 18 anos ou mais, sendo de 21,2% entre os homens e 14,1% entre as mulheres (IBGE, 2014). Já o presente estudo, mostrou uma prevalência de ex-tabagistas de 1,8% entre os adolescentes, 13,2% entre os adultos e 24,3% entre os idosos em 2015. A desigualdade entre os sexos ocorreu apenas entre os idosos, sendo de 36,6% entre os homens e 15,9% entre as mulheres. A PNS de 2013 também apresentou um aumento na prevalência de ex-tabagistas com a idade, sendo de 31,1% entre aqueles com 60 anos ou mais e 5,6% entre aqueles com 18 a 24 anos (IBGE, 2014). O mesmo ocorreu no presente estudo, no qual a prevalência de ex-tabagistas foi maior entre os idosos (24,3%), seguidos pelos adultos (13,2%) e pelos adolescentes (1,8%).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), que avalia estudantes do 9º ano do ensino fundamental (13 a 15 anos de idade), mostrou que não houve mudanças significativas nas prevalências de tabagismo no Brasil e no município de São Paulo e também não foram encontradas diferenças entre os sexos. No Brasil, as prevalências foram de 6,3% em 2009,

5,1% em 2012 e 5,6% em 2015. No município de São Paulo, as prevalências foram de 7,2% em 2009, 6,9% em 2012 e 7,2% em 2015 (IBGE, 2010, 2013, 2015). Apesar do presente estudo avaliar adolescentes do município de São Paulo em uma faixa etária diferente (12 a 19 anos), os resultados foram semelhantes, sem diferenças entre os sexos e sem mudanças significativas nos períodos analisados (7,1% em 2003, 4,8% em 2008 e 4,3% em 2015).

A pesquisa do VIGITEL, que avalia adultos com 18 anos e mais de todas as capitais brasileiras, mostrou uma diminuição na prevalência de tabagistas no Brasil e no município de São Paulo entre 2006 e 2015 e uma manutenção entre 2015 e 2018. Em São Paulo, as prevalências foram de 18,8% em 2006, 13,7% em 2015 e 12,5% em 2018, com uma prevalência maior entre os homens em 2006 (23,6%) e 2018 (15,6%). No Brasil, as prevalências foram de 16,2% em 2006, 10,4% em 2015 e 9,3% em 2018, com maiores prevalências entre os homens em todos os períodos (20,3% em 2006, 12,8% em 2015 e 12,1% em 2018). Além disso, no Brasil, as prevalências foram menores nos mais jovens e mais velhos e diminuíram com o aumento da escolaridade nos três períodos analisados (Brasil, 2007, 2016, 2019). Apesar do presente estudo também avaliar o município de São Paulo, a população foi analisada separadamente de acordo com a faixa etária (adultos e idosos). Essas diferentes categorizações dificultam as comparações das prevalências e podem explicar algumas diferenças nos resultados encontrados, uma vez que as mudanças ocorreram apenas em grupos muito específicos. Diferentemente do que foi apresentado no VIGITEL, no geral, entre 2003 e 2015, não houve mudanças significativas nas prevalências de

tabagismo de adultos e idosos do presente estudo. Houve uma diminuição entre 2003 e 2015 apenas entre os adultos de escolaridade intermediária (de 24,4% para 17,2%). Quanto às desigualdades, no presente estudo, as prevalências foram maiores apenas entre os homens idosos (20,0% em 2003 e 16,9% em 2015) e adultos menos escolarizados (32,0% em 2008 e 25,2% em 2015). Em relação à faixa etária, de modo semelhante ao VIGITEL, o presente estudo também mostrou menor prevalência de tabagismo entre os mais jovens e mais velhos.

Diversos estudos explicam os resultados encontrados em relação às diferenças por sexo, escolaridade e faixa etária. A maior prevalência de tabagistas no sexo masculino pode ser explicada por fatores históricos e socioculturais, uma vez que o tabagismo se iniciou primeiramente entre os homens na segunda década do século XX e tornou-se mais comum tanto para homens como para mulheres após a Segunda Guerra Mundial, o que resulta em prevalências diferentes nas diversas coortes de nascimento (Rosemberg, 2004; Pereira et al., 2008).

Quanto à diminuição da prevalência de tabagistas e o aumento de ex-tabagistas com o aumento da idade, alguns fatores podem contribuir para esse cenário, como o surgimento de agravos que levam à recomendação de cessação do consumo de cigarros, a maior probabilidade de óbitos precoce nos fumantes, a atual crescente preocupação com a saúde que leva à adoção de comportamentos mais saudáveis e o efeito coorte, no qual a prevalência de tabagismo era menor nas gerações anteriores à Segunda Guerra Mundial (Lima-Costa, 2004; Pereira et al., 2008; Borges e Barbosa, 2009). Sobre o

nível de escolaridade, utilizado como proxy de nível socioeconômico, a maior prevalência de tabagismo nos menos escolarizados pode estar relacionada com a maior dependência e dificuldade para deixar o comportamento pela falta de motivação ou pela falta de acesso aos métodos adequados para cessação do tabagismo (Galán et al., 2005; Peixoto et al., 2005).

De acordo com o relatório global da OMS (WHO, 2017), 27% da população mundial fumaram tabaco em 2000 e esse número baixou para 20% em 2016. Entre homens com 15 anos ou mais, 43% fumaram tabaco em 2000, em comparação aos 34% de 2015. Já em relação às mulheres, 11% fumaram em 2000 e 6% em 2015. Ainda segundo a OMS, a prevalência do tabagismo está diminuindo mais lentamente nos países de baixa renda do que nos países de alta renda, sendo que mais de 80% das pessoas que fumam tabaco vivem em países de baixa e média renda. Esses valores indicam uma redução contínua, mas em ritmo lento, o que torna inviável a meta da OMS de reduzir em 30% o consumo de tabaco no mundo até 2025.

Neste contexto, a OMS se mantém empenhada em combater a epidemia mundial de tabaco por meio da CQCT, que entrou em vigor no Brasil em fevereiro de 2005 como a mais importante ferramenta de controle do tabagismo da OMS e um marco na promoção da saúde pública. Em 2008, a OMS introduziu um método prático e eficaz em termos de custos para aumentar a implementação das disposições da Convenção-Quadro com base no princípio MPOWER. Cada medida MPOWER corresponde a pelo menos uma disposição da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco, sendo: (1) monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção, (2) proteger

as pessoas contra o tabagismo, (3) oferecer ajuda para parar de fumar, (4) avisar sobre os perigos do tabaco, (5) aplicar proibições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e (6) aumentar os impostos sobre o tabaco (INCA, 2016).

Apesar do presente estudo mostrar uma diminuição da prevalência de tabagismo no município de São Paulo entre 2003 e 2015 apenas entre os adultos com 9 a 11 anos de escolaridade, um estudo que avaliou a prevalência de tabagismo em 195 países e regiões mostrou que o Brasil, de modo geral, ainda registrou a terceira maior redução na prevalência de tabagismo ajustada pela idade entre 1990 e 2015, com uma diminuição de 56,5% entre os homens e 55,8% entre as mulheres (Reitsma et al., 2017).

Segundo o relatório global da OMS de 2017 (WHO, 2017), o Brasil atendia de forma completa as medidas de monitoramento, políticas de proteção, programas para parar de fumar e publicidade. Entretanto, ainda havia o que melhorar nos avisos sobre os perigos do tabaco e o aumento de impostos. Porém, de acordo o relatório global da OMS de 2019 (WHO, 2019), o Brasil tornou-se o segundo país a implementar integralmente todas as medidas MPOWER no mais lato nível de consecução.

Quanto ao monitoramento, o Brasil repete pesquisas nacionais e representativas com jovens e adultos pelo menos uma vez a cada cinco anos. Em relação às políticas de proteção, a população brasileira está coberta por legislação na qual todos os locais públicos e de trabalho são completamente livres do fumo. Sobre os programas para parar de fumar, há uma linha telefônica de suporte nacional gratuita e serviços de cessação do fumo com

custos cobertos pelo serviço público de saúde. Quanto à publicidade, a população brasileira está coberta por legislação na qual há a proibição de todas as formas de publicidade direta e indireta (WHO, 2017).

No que se refere aos avisos sobre os perigos do tabaco, o Brasil utilizava-se de advertências adequadas, mas realizava grandes campanhas nacionais com apenas 4 características propostas pela OMS (WHO, 2017). Entretanto, atualmente, foram incluídas medidas como a divulgação em campanhas da televisão ou rádio, o teste de materiais de campanha com a população alvo antes da execução e o monitoramento da execução e do impacto das campanhas. Em relação ao acesso e aos impostos, os cigarros estão cada vez menos acessíveis no Brasil, sendo que o PIB per capita necessário para comprar 2000 cigarros da marca mais vendida aumentou entre 2008 e 2018. Em 2017, a participação dos impostos totais no preço de varejo da marca mais vendida de cigarros no Brasil era de 51-75%. Atualmente, este valor já está acima de 75%, atingindo o ideal proposto pela OMS. A partir de 2018, os impostos sobre o tabaco representam 83% do preço na marca mais vendida no Brasil (WHO, 2019).

Apesar do Brasil, de modo geral, ser um caso de sucesso quando comparado com outros países, os resultados do presente estudo também demonstram que ainda há muito o que melhorar ao analisar a situação específica do município de São Paulo, uma vez que a redução ocorreu apenas entre adultos com 9 a 11 anos de escolaridade. Assim, para reduzir o tabagismo de forma significativa e permanente, são necessárias políticas ainda mais efetivas e agressivas, principalmente no que se refere à relação

da aplicação de impostos com o comércio ilegal e a compensação de interesses comerciais.

Os impostos sobre o tabaco são a forma mais custo-efetiva de reduzir o consumo de tabaco, especialmente entre jovens e pessoas com menor renda. Um aumento de impostos que eleva os preços do tabaco em 10% diminui o consumo de tabaco em cerca de 5% em países de baixa e média renda. Em paralelo, o comércio ilícito de produtos derivados do tabaco é outra questão muito importante. A experiência de muitos países demonstra que o comércio ilícito pode ser combatido com sucesso, mesmo com o aumento dos impostos e preços dos produtos, o que dá lugar a maiores arrecadações fiscais e uma redução efetiva no consumo de tabaco. Assim, a aplicação e a execução de medidas para controlar o comércio ilícito potencializa a eficácia do aumento dos impostos e dos preços do tabaco, bem como das políticas de controle do tabaco, na redução de seu uso e de suas consequências econômicas e sanitárias (WHO, 2017).

6.2 ATIVIDADE FÍSICA

Em relação às mudanças entre os ativos no lazer do município de São Paulo, os resultados do presente estudo mostraram que: houve uma diminuição nas prevalências entre 2008 e 2015 entre os adolescentes do sexo feminino (de 17,8% para 8,2%) e entre os idosos no geral (de 22,8% para

15,9%). Quanto às desigualdades, a prevalência de ativos no lazer foi menor e mais desfavorável nos adolescentes e adultos do sexo feminino em 2003 (13,5% e 15,3%) e 2015 (8,2% e 18,0%), nos idosos no sexo feminino apenas em 2003 (14,1%) e nos adultos e idosos menos escolarizados em 2003 (11,9% e 14,2%) e 2015 (11,3% e 11,6%). Sobre as faixas etárias, os adultos apresentaram as maiores prevalências de ativos no lazer em 2008 (24,4%) e 2015 (22,3%).

Em relação às mudanças entre os ativos no transporte do município de São Paulo, os resultados do presente estudo mostraram que: houve uma diminuição nas prevalências entre 2003 e 2015 entre os adultos e idosos no geral (de 32,2% para 22,7% e de 21,1% para 15,2%), no sexo feminino (de 30,5% para 19,9% e de 19,0% para 11,9%) e nos menos escolarizados (de 33,5% para 20,3% e de 17,7% para 14,3%). Quanto às desigualdades, a prevalência de ativos no transporte foi menor e mais desfavorável nos idosos do sexo feminino apenas em 2015 (11,9%). Sobre as faixas etárias, os adultos apresentaram as maiores prevalências de ativos no transporte em todos os períodos analisados (32,2%, 31,4% e 22,7%).

Em relação às mudanças entre os ativos na soma do lazer e transporte do município de São Paulo, os resultados do presente estudo mostraram que: houve um aumento na prevalência entre os adolescentes do sexo masculino; uma diminuição nas prevalências entre adolescentes, adultos e idosos do sexo feminino; e uma diminuição entre os adultos e idosos menos escolarizados. Quanto às desigualdades, a prevalência de ativos na soma do lazer e transporte foi menor e mais desfavorável nos adolescentes, adultos e

idosos do sexo feminino em 2003 e 2015, nos adultos menos escolarizados em 2015 e nos idosos menos escolarizados apenas em 2003. Sobre as faixas etárias, os adultos apresentaram a maior prevalência de ativos no transporte apenas em 2008.

A PNS de 2013 mostrou que a prevalência de ativos no lazer entre os indivíduos com 18 anos ou mais foi de 26,6% no Brasil e 24,7% em São Paulo, com desigualdades por sexo, escolaridade e faixa etária, sendo menor nas mulheres, nos menos escolarizados e nos mais velhos (IBGE, 2014). Apesar do presente estudo também considerar a recomendação de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física no lazer e apresentar resultados semelhantes de prevalência no ano de 2015, as comparações diretas não são possíveis devido às diferentes categorizações de faixa etária. Entretanto, ao analisar as desigualdades, ambos estudos apresentaram resultados desfavoráveis para as mulheres, os menos escolarizados e os mais velhos. Já em relação aos ativos no transporte, a PNS de 2013 mostrou uma prevalência de 31,9% no Brasil e 37,6% em São Paulo, sem diferenças por sexo e escolaridade, mas com menores prevalências entre os idosos (IBGE, 2014). Apesar de utilizar uma recomendação diferente e apresentar maiores prevalências de ativos do que no presente estudo, as desigualdades por faixa etária foram encontradas em ambos os estudos.

O VIGITEL, que avalia adultos com 18 anos e mais de todas as capitais brasileiras, mostrou um aumento na prevalência de ativos no lazer no Brasil e no município de São Paulo entre 2006 e 2015 e uma manutenção entre 2015 e 2018. Em São Paulo, as prevalências foram de 10,5% em 2006, 30,7% em

2015 e 31,0% em 2018. No Brasil, as prevalências foram de 14,9% em 2006, 37,6% em 2015 e 38,1% em 2018. Em ambos, as prevalências foram menores entre as mulheres, os menos escolarizados e os mais velhos em todos os períodos (Brasil, 2007, 2016, 2019). Apesar do presente estudo também avaliar o município de São Paulo, a população foi analisada separadamente de acordo com a faixa etária (adultos e idosos) e, diferentemente do VIGITEL, apresentou uma diminuição na prevalência de ativos entre os adolescentes do sexo feminino e entre os idosos no geral, caracterizando diferentes grupos de risco. Essas diferentes categorizações dificultam as comparações das prevalências e podem explicar algumas diferenças nos resultados encontrados, uma vez que as mudanças ocorreram apenas em grupos muito específicos. Entretanto, ao analisar as desigualdades, ambos os estudos apresentaram resultados mais desfavoráveis entre as mulheres, os menos escolarizados e os mais velhos. Já em relação à prevalência de ativos no transporte, o VIGITEL mostrou uma manutenção no município de São Paulo e uma diminuição no Brasil entre 2011 e 2018. Em São Paulo, as prevalências foram de 19,4% em 2011 e 16,1% em 2018. No Brasil, as prevalências foram de 17,0% em 2011 e 13,4% em 2018, sendo menor nos mais velhos (Brasil, 2007, 2016, 2019). Apesar das dificuldades de comparação já citadas e dos diferentes períodos de avaliação, o presente estudo mostrou resultados diferentes, uma vez que houve uma diminuição da prevalência de ativos no transporte entre adultos e idosos no geral, no sexo feminino e nos menos escolarizados entre 2003 e 2015.

O estudo transversal de Coll et al. (2014) avaliou a tendência da prática de atividade física de adolescentes de 10 a 19 anos de Pelotas (BR) entre 2005 e 2012 e encontrou uma manutenção na prevalência de fisicamente ativos no lazer de 26,3% para 28,1% e uma diminuição na prevalência de transporte ativo para a escola de 69% para 56,4%. O presente estudo também não encontrou mudanças significativas na atividade física no lazer em adolescentes no geral (23,8% para 20,7%), mas o mesmo também aconteceu no transporte (17,5% para 12,8%). Entretanto, diferenças metodológicas podem explicar estes resultados, uma vez que o estudo de Coll et al. (2014) utilizou questões diferentes e classificou como fisicamente ativos no lazer os indivíduos que praticavam pelo menos 300 minutos de atividade física no tempo livre por semana e considerou como transporte ativo aqueles que citaram realizá-lo, independentemente do tempo.

O estudo de Ferreira et al. (2018), baseado na PeNSE, também avaliou a tendência da prática de atividade física no lazer e o transporte ativo para a escola em adolescentes brasileiros e encontrou maiores prevalências de fisicamente ativos no lazer para o sexo masculino e para aqueles com maior escolaridade materna; e maiores prevalências de transporte ativo para o sexo masculino e para aqueles com menor escolaridade materna. Apesar das diferenças de método de avaliação e classificação do nível de atividade física dificultarem e limitarem as comparações, o presente estudo encontrou resultados diferentes ao analisar cada domínio separadamente, sendo que, após o período analisado, apenas o sexo permaneceu associada à atividade física no lazer e não houve diferenças na atividade física no transporte.

Utilizando o ponto de corte de 420 minutos semanais, mas avaliando a atividade física de forma global e sem separação por domínios, o estudo de Dumith et al. (2012) mostrou que 29,6% dos adolescentes eram fisicamente ativos em 2008, com uma diferença significativa entre os sexos, sendo de 43,6% entre os meninos e de 13,5% entre as meninas. No mesmo período, mas avaliando apenas a soma das atividades física no lazer e no transporte, o presente estudo mostrou uma prevalência semelhante de fisicamente ativos (30,3%), mas sem diferença significativa entre o sexo. Entretanto, em 2015, a prevalência de fisicamente ativos se manteve, mas esta diferença entre os sexos também foi encontrada, sendo de 47,0% entre os meninos e 20,4% entre as meninas.

Um estudo transversal que avaliou a tendência da atividade física de brasileiros com 18 anos ou mais entre 2006 e 2012 por meio de inquérito telefônico encontrou um aumento na prevalência de fisicamente ativos no lazer de 12,8% para 14,9%; e uma diminuição na prevalência de fisicamente ativos no transporte de 13,5% para 10,3% (Mielke et al., 2014). Por outro lado, apesar de ter apresentado prevalências um pouco mais elevadas, o presente estudo não encontrou alterações significativas nas prevalências de adultos e idosos fisicamente ativos no lazer e no transporte no município de São Paulo, com exceção dos adultos fisicamente ativos no transporte, que também diminuíram neste período. Ainda que os resultados não tenham sido semelhantes em relação às prevalências, ambos os estudos mostraram melhores valores de atividade física para o sexo masculino, os mais escolarizados e os adultos mais jovens. Além disso, estas diferenças podem

ser explicadas pelos diferentes métodos de avaliação e classificação da atividade física que foram utilizados, uma vez que o estudo de Mieke et al. (2014) foi feito por telefone, utilizou um questionário próprio e classificou como fisicamente ativos no lazer os indivíduos que praticavam pelo menos 30 minutos de atividade física em qualquer intensidade por pelo menos 5 dias e fisicamente ativos no transporte os indivíduos que utilizavam bicicleta ou faziam caminhada por menos 30 minutos por dia.

Um estudo que avaliou a tendência da atividade física no lazer de indivíduos australianos a partir dos 15 anos de idade, mas considerando o ponto de corte de 150 minutos semanais para todas as idades, mostrou, assim como o presente estudo, uma manutenção da prevalência de fisicamente ativos entre 1989 e 2011 (39,2% e 40,7%), sendo maior entre os homens durante todo o período (Chau et al., 2017). Já um estudo que avaliou a tendência da atividade física no transporte nos Estados Unidos da América entre 1999 e 2012 mostrou uma diminuição na prevalência de adultos e idosos fisicamente ativos, diferentemente do presente estudo que encontrou esta diminuição apenas entre os adultos (CDCP, 2015).

O estudo de Guthold et al. (2018) avaliou a tendência da prevalência de atividade física insuficiente em populações de 168 países entre 2001 e 2016. Foi utilizado o ponto de corte de 150 minutos semanais de atividade física de moderada a vigorosa para a atividade física global, incluindo lazer, transporte, trabalho e atividade doméstica. A prevalência global de atividade física insuficiente padronizada por idade foi de 27,5% em 2016, com uma diferença entre os sexos (23,4% no sexo masculino e 31,7% no sexo feminino)

e entre as rendas dos países (36,8% nos países de alta renda e 16,2% em países de baixa renda). Além disso, ao avaliar a tendência, as prevalências de atividade física insuficiente permaneceram estáveis entre 2001 e 2016. Apesar do presente estudo avaliar separadamente os domínios de atividade física no lazer e no transporte, os resultados ainda são semelhantes, pois não apresentam mudanças em relação à melhora da prática de atividade física durante os períodos de avaliação, sendo que os resultados foram ainda mais desfavoráveis no sexo feminino.

Diferentemente do que foi encontrado no presente estudo, realizado em um país de baixa renda, Knuth e Hallal (2009) mostraram que a atividade física no lazer de adultos aumentou nos últimos 20-30 anos em países de alta renda. Estes resultados também foram consistentes com os encontrados em estudos subsequentes realizados no Canadá (Juneau e Potvin, 2010), Espanha (Palacios Ceña et al., 2011), Suécia (Sjol et al., 2003) e Inglaterra (Stamatakis e Chaudhury, 2008). Quanto à atividade física no transporte, os dados são derivados de várias fontes, como estudos populacionais e pesquisas de transporte, sendo que as comparações de informações de diferentes países são difíceis, pois os instrumentos não são padronizados e são usados vários tipos de indicadores, como transporte ativo para escola ou trabalho, atividade física no deslocamento, prática de caminhada e uso de bicicleta. Além disso, no geral, os dados para tendências temporais da atividade física em países de baixa e média renda são escassos e, quando disponíveis, são inconsistentes (Hallal et al., 2012).

No Brasil, o MS assumiu um forte compromisso para reduzir o ônus das doenças crônicas não transmissíveis por meio de documentos que destacam a atividade física como uma área crucial para melhoria. Em 2006, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil 2010) e, em 2012, foi lançado o Plano Estratégico Brasileiro de Combate às Doenças Crônicas Não Transmissíveis até 2022 (Malta, Morais Neto, e Silva Junior 2011; Brasil 2011). Com o objetivo de melhorar os níveis de atividade física da população, o MS do Brasil vem financiando o desenvolvimento de intervenções de atividade física na comunidade em diversos municípios, incluindo São Paulo. Estas intervenções oferecem aulas gratuitas, facilitam o acesso às instalações e fornecem equipamentos para a prática de atividade física (Reis et al. 2014). Além dessas intervenções públicas, pesquisas de mercado estimaram que o número de academias particulares no Brasil também cresceu muito na última década, sendo que o mercado brasileiro é o segundo maior no mundo, com mais de 9 milhões de membros (IHRSA 2017).

Porém, apesar do cenário atual com esforços e intervenções já existentes, os resultados negativos do presente estudo mostram que ainda há muito o que melhorar. Estas intervenções, provavelmente aumentam a conscientização da população sobre a importância da atividade física para a saúde, mas ainda não foram eficazes para mudar o comportamento e promover a atividade física no lazer e transporte, mostrando a importância do desenvolvimento de políticas públicas com o apoio de setores além da saúde, como transporte, planejamento urbano e comunicação.

6.3 CONSUMO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Em relação às mudanças entre os indivíduos com consumo abusivo de álcool, os resultados do presente estudo mostraram que: não houve mudanças entre 2003 e 2015 nas prevalências de adolescentes (2,2% e 1,6%), adultos (6,1% e 6,2%) e idosos (2,8% e 2,8%). Quanto às desigualdades, a prevalência de indivíduos com consumo abusivo de álcool foi maior e mais desfavorável nos adultos mais escolarizados (12,4%) e nos idosos do sexo masculino (5,8%) apenas em 2003. Sobre as faixas etárias, os adultos apresentaram a maior prevalência somente quando comparados com os adolescentes em 2003 e 2015.

Já em relação às mudanças entre os dependentes de álcool, os resultados do presente estudo mostraram que: não houve mudanças entre 2003 e 2015 nas prevalências de adolescentes (2,0% e 1,4%), adultos (5,0% e 5,6%) e idosos (3,7% e 2,7%). Quanto às desigualdades, a prevalência de dependentes de álcool foi maior e mais desfavorável nos adultos (8,1%, 10,5% e 8,2%) e idosos (8,4%, 7,6% e 6,0%) do sexo masculino em todos os períodos analisados. Sobre as faixas etárias, os adolescentes apresentaram a menor prevalência somente quando comparados com os adultos em 2008 e 2015.

A PNS de 2013 mostrou que a prevalência de consumo abusivo de álcool entre os indivíduos com 18 anos ou mais foi de 14,9% no Brasil, sendo menor nas mulheres (8,2%). Em São Paulo, a prevalência foi de 13,0%,

também com desigualdade por sexo, sendo menor nas mulheres (7,3%). Em ambos os casos, não houve desigualdades em relação ao nível de escolaridade (IBGE, 2014). Ao comparar com os dados do presente estudo, a prevalência de consumo abusivo de álcool no município de São Paulo em 2015 foi menor, sendo de 1,6% entre os adolescentes, 6,2% entre os adultos e 2,8% entre os idosos. Quanto às desigualdades, a prevalência de consumo abusivo de álcool foi menor no sexo feminino apenas entre as idosas em 2003. Apesar de ambos os estudos utilizarem a mesma recomendação para classificar o consumo abusivo de álcool, o presente estudo obteve informações por meio do recordatório alimentar, enquanto a PNS utilizou perguntas diretas sobre a quantidade diária de doses ingeridas, o que pode interferir nos resultados devido à possível omissão do consumo abusivo pelos entrevistados.

O VIGITEL, que avalia adultos com 18 anos e mais de todas as capitais brasileiras, mostrou uma manutenção na prevalência de consumo abusivo de álcool no Brasil e no município de São Paulo entre 2006 e 2015, mas um aumento ao analisar o período entre 2006 e 2018. Em São Paulo, as prevalências foram de 12,0% em 2006, 14,8% em 2015 e 15,8% em 2018, com uma prevalência menor entre as mulheres em todos os períodos (5,1% em 2006, 8,2% em 2015 e 9,0% em 2018). No Brasil, as prevalências foram de 16,1% em 2006, 17,2% em 2015 e 17,9% em 2018, com menores prevalências entre as mulheres, os menos escolarizados e os mais velhos em todos os períodos. Apesar do presente estudo também avaliar o município de São Paulo, a população foi analisada separadamente de acordo com a faixa

etária (adultos e idosos). Além disso, foram utilizados métodos diferentes para a obtenção dos resultados. Essas diferentes análises dificultam as comparações das prevalências e podem explicar algumas diferenças nos resultados encontrados. Embora o presente estudo tenha encontrado prevalências mais baixas, ambos não encontraram mudanças até o ano de 2015. Em relação às desigualdades de sexo, nível de escolaridade e faixa etária, diferente do que foi encontrado no VIGITEL, o presente estudo mostrou prevalências maiores e mais desfavoráveis apenas em 2003 e somente para os adultos mais escolarizados e os idosos do sexo masculino.

Essas diferenças entre os sexos são amplamente reconhecidas e refletem o padrão mundial. As maiores prevalências entre os homens são amplamente explicadas pelo fato de que, em comparação com as mulheres, eles são menos abstinências e consomem álcool com maior frequência e em maior quantidade (WHO, 2014b). Entretanto, apesar do consumo ser maior entre os homens, existem evidências de que as mulheres sejam mais vulneráveis aos danos causados pelo álcool, o que as tornam igualmente importantes no desenvolvimento de políticas públicas (Wilsnack et al., 2013).

Apesar do presente estudo apresentar desigualdades quanto ao nível de escolaridade (proxy para o nível socioeconômico) apenas em 2003, estudos sugerem que, em países desenvolvidos, há mais consumidores de álcool, mais ocasiões para consumo e mais consumidores com padrões de consumo de baixo risco nos grupos socioeconômicos mais elevados, enquanto a abstenção é maior nos grupos sociais menos favorecidos. Entretanto, as pessoas com pior nível socioeconômico são mais vulneráveis

aos problemas e consequências do consumo abusivo do álcool (Grittnet et al., 2012).

O álcool tem permanecido como uma prioridade relativamente baixa nas políticas públicas, incluindo as de saúde, apesar da elevada carga social, sanitária e econômica associada ao consumo nocivo (WHO, 2014b). No Brasil, há pouca evolução nas políticas voltadas à redução do consumo nocivo do álcool, apesar de se reconhecer que as políticas públicas constituem a estratégia mais bem-sucedida para o enfrentamento deste problema. Um exemplo de sucesso é a “Lei Seca” (Lei no 11.705/2008) (BRASIL, 2008), que resultou em redução de mortes por acidentes de trânsito um ano após sua vigência, apesar de a fiscalização de seu cumprimento não ser uniforme no território nacional (Malta et al., 2010).

No contexto global, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou, em 2012, uma meta de redução de 25% na mortalidade prematura por DCNT entre os anos de 2015 e 2025, com metas específicas, a serem alcançadas globalmente, relacionadas aos quatro principais fatores de risco para as DCNT: tabagismo, consumo nocivo do álcool, alimentação não saudável e inatividade física. No Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil de 2011-2022 inclui, entre suas metas, a redução da prevalência de consumo nocivo de álcool (Malta e Silva, 2013). Entretanto, o alcance dessa meta também depende de medidas de regulação adotadas pelos governos e do enfrentamento do poder das indústrias de álcool e associados. No Brasil, o incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas apoia-se em livres valores de mercado e é socialmente aceito. Assim, de

forma crescente, as indústrias encontram suporte para defender seus interesses comerciais, que não raro conflitam com a saúde pública (Duailibi e Laranjeira, 2007).

Apesar dos esforços já existentes, os resultados do presente estudo demonstram que ainda há muito o que melhorar, uma vez que o consumo abusivo e a dependência de álcool não diminuíram no período analisado. O consumo de álcool na população pode ser reduzido de maneira custo-efetiva por meio de intervenções simples, especialmente por meio de medidas para tornar o álcool mais caro e menos disponível (WHO, 2014b).

6.4 CONSUMO ALIMENTAR

Em relação às mudanças entre os indivíduos com consumo adequado de FLV, os resultados do presente estudo mostraram que: houve um aumento da prevalência apenas nos adultos do sexo feminino de 11,9% em 2003 para 21,6% em 2015. Quanto às desigualdades, a prevalência de consumo adequado foi maior e mais favorável nos adultos do sexo masculino em 2003 (20,7%) e nos adultos mais escolarizados em 2015 (35,3%). Sobre as faixas etárias, os idosos apresentaram as maiores prevalências em 2003 (28,3%) e 2008 (32,1%) e os adultos e idosos de modo semelhante em 2015 (26,0% e 26,8%).

A PNS de 2013 mostrou que a prevalência de consumo adequado de FLV entre os indivíduos com 18 anos ou mais foi de 41,8% no Brasil e de 48,6% em São Paulo, com desigualdades por sexo, escolaridade e faixa etária, sendo maior nas mulheres, nos mais velhos e nos mais escolarizados (IBGE, 2014). Ao comparar com os dados do presente estudo, a prevalência de consumo adequado de FLV no município de São Paulo em 2015 foi menor, sendo de 13,3% entre os adolescentes, 26,0% entre os adultos e 26,8% entre os idosos. Quanto às desigualdades, a prevalência de consumo adequado de FLV foi maior e mais favorável apenas nos adultos mais escolarizados e nos mais velhos de modo geral, sem diferenças entre os sexos. Apesar de ambos os estudos utilizarem a mesma recomendação para classificar o consumo adequado de FLV, as diferentes categorizações dificultam as comparações das prevalências e também podem explicar algumas diferenças nos resultados encontrados.

A PeNSE, que avalia estudantes do 9º ano do ensino fundamental (13 a 15 anos de idade), mostrou que não houve mudanças significativas na prevalência de consumo adequado de frutas, mas houve um aumento na prevalência de consumo adequado de hortaliças. No Brasil, as prevalências de consumo adequado de frutas foram de 31,5% em 2009 e 32,5% em 2015, sem diferenças entre os sexos. Já as prevalências de consumo adequado de hortaliças foram de 31,2% em 2009 e 37,1% em 2015, também sem diferenças entre os sexos (IBGE, 2010, 2015). Apesar do presente estudo avaliar adolescentes do município de São Paulo em uma faixa etária diferente (12 a 19 anos) e o consumo adequado de frutas e hortaliças em conjunto, as

prevalências no município de São Paulo foram mais baixas, sem mudanças entre 2003 e 2015 (14,5% e 13,3%) e também sem diferenças entre os sexos. Além disso, enquanto o presente estudo considera como consumo adequado a recomendação da quantidade de 400g/dia, a PeNSE considera apenas um consumo com frequência de pelo menos 5 dias na semana, o que também pode explicar algumas diferenças encontradas.

O VIGITEL, que avalia adultos com 18 anos e mais de todas as capitais brasileiras, mostrou um aumento na prevalência de consumo adequado de FLV no Brasil e no município de São Paulo entre 2006 e 2015, uma manutenção entre 2015 e 2018 apenas no município de São Paulo e uma diminuição entre 2015 e 2018 no Brasil. Em São Paulo, as prevalências foram de 26,8% em 2006, 36,5% em 2015 e 33,8% em 2018, com uma prevalência maior entre as mulheres em todos os períodos (34,7% em 2006, 42,2% em 2015 e 40,7% em 2018). No Brasil, as prevalências foram de 23,9% em 2006, 37,6% em 2015 e 33,9% em 2018, com maiores prevalências entre as mulheres, os mais escolarizados e os mais velhos em todos os períodos. Apesar do presente estudo também avaliar o município de São Paulo, a população foi analisada separadamente de acordo com a faixa etária (adultos e idosos). Essas diferentes categorizações dificultam as comparações das prevalências e podem explicar algumas diferenças nos resultados encontrados, uma vez que as mudanças ocorreram apenas em grupos muito específicos. No presente estudo, houve um aumento entre 2003 e 2015 apenas entre os adultos do sexo feminino (de 11,88% para 21,64%).

Quanto às desigualdades, no presente estudo, as prevalências foram maiores apenas entre os adultos do sexo masculino em 2003 (20,7%) e os adultos mais escolarizados em 2015 (35,3%). Em relação à faixa etária, de modo semelhante ao VIGITEL, o presente estudo também mostrou maior prevalência de consumo adequado de FLV entre os mais velhos.

Muitos estudos apresentam maior prevalência de consumo adequado de FLV entre as mulheres, entre os indivíduos com maior nível socioeconômico e/ou de escolaridade e entre os mais velhos (Fisberg et al., 2006; Campos et al., 2010; Eikenberry e Smith, 2004; Souza, 2008; Brug et al., 2008; Mendonça e Anjos, 2004; Damiani et al., 2017). Entretanto, no presente estudo, as prevalências não foram maiores entre as mulheres e as maiores prevalências para escolaridade elevada foram apresentadas apenas entre os adultos. Quanto à faixa etárias, no presente estudo, os idosos também apresentaram prevalências mais altas de consumo adequado de FLV. A escolaridade elevada pode influenciar a escolha de alimentos saudáveis, pois pode permitir acesso a melhores oportunidades de emprego, renda e informação (Borges et al., 2015). Além disso, as maiores prevalências entre os idosos podem estar relacionadas com as diferenças na formação do hábito alimentar entre as gerações. Indivíduos mais velhos formaram seu hábito alimentar durante um período menos marcante do consumo de alimentos processados, de alto teor de gorduras, açúcares e sal. Outro fator relacionado é o cuidado com a saúde e o seguimento das orientações recebidas nos serviços de saúde entre pessoas de maior idade, que os

procuram mais devido ao aumento da prevalência de DCNT nessa fase da vida (Maciel, 2001).

Nesse contexto, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999 como parte da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), integra os esforços do Brasil que, por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. A PNAN tem como propósito 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, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Trata-se de uma política que propõe lidar com um cenário complexo de perfil nutricional, no qual coexistem quadros de desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis nas mesmas comunidades e, muitas vezes, no mesmo domicílio. Desse modo, propõe uma série de programas e ações em diferentes vertentes, que vão da promoção da saúde ao cuidado integral aos agravos nutricionais instalados. Essas ações e programas devem ser organizados de maneira descentralizada, junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a atenção básica à saúde como espaço privilegiado para o seu desenvolvimento (Brasil, 2012).

Em concomitância, em 2004, a OMS e a OPAS também aprovaram, em nível mundial e com o apoio de 192 países, a proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. No que diz respeito à alimentação saudável, os países devem incluir em suas

estratégias de ação recomendações para: obter um equilíbrio e um peso normal; limitar a ingesta energética procedente das gorduras, substituir as gorduras saturadas por gorduras insaturadas e eliminar os ácidos transgordurosos; aumentar o consumo de frutas e hortaliças, assim como de legumes, cereais integrais e frutas secas; limitar a ingesta de açúcares livres; e limitar a ingesta de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado. Ainda no Brasil, foi lançado em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022. Esse plano definiu, como uma das metas, o aumento do consumo recomendado de frutas e hortaliças, o que segundo a OMS, já foi alcançado de acordo com os últimos dados coletados (Malta, 2013).

Entretanto, apesar dos esforços já existentes, os resultados do presente estudo demonstram que ainda há muito o que melhorar, uma vez que o consumo adequado de FLV apresentou um aumento significativo apenas entre os adultos do sexo feminino no município de São Paulo. De modo geral, as políticas são amplas e dinâmicas, o que as tornam complexas e de difícil implantação. Assim, para aumentar o consumo adequado de FLV de forma significativa e permanente, são necessárias políticas ainda mais efetivas e agressivas, levando em consideração os hábitos alimentares da população, a acessibilidade ao alimento, a conveniência, a variedade local de alimentos, os preços dos alimentos, pois são barreiras importantes para a manutenção de uma dieta saudável e para mudanças de comportamento alimentar.

6.5 ESTADO NUTRICIONAL

Em relação às mudanças entre os indivíduos com excesso de peso, os resultados do presente estudo mostraram que: houve um aumento entre 2003 e 2015 nas prevalências dos adolescentes do sexo feminino (de 19,2% para 30,9%), dos adultos do sexo masculino (de 45,4% para 60,2%) e feminino (de 38,1% para 53,6%) e dos adultos de todas as escolaridades. Sobre as faixas etárias, os adultos apresentaram as maiores prevalências de excesso de peso em todos os períodos analisados (41,5% em 2003, 47,6% em 2008 e 56,7% em 2015).

De modo semelhante, o VIGITEL, que avalia adultos com 18 anos e mais de todas as capitais brasileiras, também mostrou um aumento na prevalência de excesso de peso no Brasil e no município de São Paulo entre 2006 e 2015 e uma manutenção entre 2015 e 2018 (Brasil, 2007, 2016, 2019). Em São Paulo, as prevalências foram de 44,3% em 2006, 55,3% em 2015 e 57,2% em 2018, sem diferenças entre os sexos, assim como no presente estudo. Já no Brasil, as prevalências foram de 43,0% em 2006, 53,9% em 2015 e 55,7% em 2018, com maiores prevalências entre os homens, os menos escolarizados e os mais velhos, diferente dos resultados do presente estudo, que não apresentaram diferenças entre os sexos e os grupos de escolaridade. Apesar do presente estudo também avaliar o município de São Paulo, a população foi analisada separadamente de acordo com a faixa etária (adultos e idosos). Essas diferentes categorizações dificultam as

comparações por categorias e podem explicar algumas pequenas diferenças nos resultados encontrados, apesar de ambos os estudos mostrarem um aumento significativo na prevalência de excesso de peso no município de São Paulo.

De modo geral, os mesmos resultados também foram encontrados no estudo da OMS que analisa a tendência mundial de excesso de peso ajustada pela idade. No mundo, a prevalência de excesso de peso ajustada pela idade aumentou de 30,8% em 2000 para 38,9% em 2016, sendo maior entre as mulheres apenas em 2000 (31,6%). Ao analisar apenas os dados do Brasil, a prevalência de excesso de peso ajustada pela idade aumentou de 46,0% em 2000 para 56,5% em 2016, sem diferenças entre os sexos em ambos os períodos, assim como no presente estudo (NCD-RisC, 2017).

No presente estudo, a prevalência de excesso de peso entre adultos (20 a 59 anos) do município de São Paulo foi de 56,7% em 2015. Da mesma forma, altas prevalências de excesso de peso, que afetam mais da metade da população, são encontradas em diversos países, como os Estados Unidos (67,9%), México (64,9%), Canadá (64,1%), Austrália (64,5%), Espanha (61,6%), Chile (63,1%), Argentina (62,7%), dentre outros (NCD-RisC, 2017).

Apesar de dados de países europeus apontarem maiores prevalências de sobrepeso entre mulheres (NCD-RisC, 2017), no presente estudo, a prevalência de sobrepeso foi maior apenas entre os homens adultos em 2008. Além disso, alguns dados internacionais e nacionais (NCD-RisC, 2017; Malta, 2016) observaram uma relação inversa entre excesso de peso e nível de escolaridade (como proxy de nível socioeconômico), o que também não foi

encontrado na população do presente estudo. Estes resultados evidenciam o aumento do excesso de peso no município de São Paulo como um problema de saúde pública para toda a população, independente de sexo e nível socioeconômico.

No presente estudo, a prevalência de excesso de peso foi maior para os adultos (20 a 59 anos) do município de São Paulo em todos os períodos (41,5% em 2003, 47,6% em 2008 e 56,7% em 2015). Esse padrão de aumento do excesso de peso nesta faixa etária também foi encontrado em outros dados nacionais e internacionais (NCD-RisC, 2017; Malta, 2016). A relação entre a ingestão de alimentos e o gasto energético é uma das explicações prováveis para a relação direta entre o aumento do excesso de peso com a idade. Com o envelhecimento, há um crescimento do consumo de alimentos fora de casa, um aumento na oferta de refeições rápidas e com elevado teor energético, uma redução da atividade física no lazer, um aumento de meios de deslocamento motorizados, um predomínio crescente das ocupações que demandam menor esforço físico, dentre outros (Jaime, 2013).

Nesse contexto de aumento do excesso de peso, em 2011, foi lançado no Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022. Esse plano definiu, como uma das metas, deter o crescimento da obesidade em adultos e reduzir o excesso de peso e a obesidade em adolescentes e crianças, o que não ocorreu até o momento. Em concordância com esses planos, em 2013, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes descritas no Plano Intersetorial para Prevenção e Controle da Obesidade, que tratam da organização da prevenção e do tratamento das pessoas com

sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Malta, 2013).

Entretanto, apesar dos esforços já existentes, os resultados do presente estudo demonstram que ainda há muito o que melhorar, uma vez que o excesso de peso apresentou um aumento significativo entre os adolescentes e adultos do município de São Paulo. Assim, para reduzir o excesso de peso de forma significativa e permanente, são necessárias políticas ainda mais efetivas e agressivas, com atuação junto às famílias, escolas e profissionais de saúde, com incentivo ao aleitamento materno, regulamentação da propaganda de alimentos com alto teor de gordura, estímulo à prática de atividades físicas e promoção da alimentação adequada e saudável em todos os ciclos da vida, independente do sexo e nível socioeconômico.

6.6 ESTILO DE VIDA

Em relação às mudanças entre os indivíduos com estilo de vida saudável, os resultados do presente estudo mostraram que: houve uma diminuição apenas na prevalência dos idosos do sexo masculino de 13,3% em 2003 para 5,3% em 2015, o que poderia ser explicado pelo aumento na prevalência de idosos insuficientemente ativos na soma do lazer e do transporte e com consumo inadequado de frutas, legumes e verduras.

Quanto às desigualdades, a prevalência de indivíduos com estilo de vida saudável foi menor e mais desfavorável nos adolescentes do sexo feminino (2,1%) e nos adultos menos escolarizados (1,2%) em 2015 e nos idosos menos escolarizados (6,2%) em 2003.

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, em todos os períodos e faixas etárias, não contempla nem 20% da população.

De forma similar, um estudo da American Heart Association (AHA), que avaliou adultos e idosos, estabeleceu um escore de estilo de vida composto pela dieta, o IMC, o tabagismo e o nível de atividade física. Para cada variável, foram definidas categorias binárias de comportamento saudável ou não saudável, sendo que foi atribuído um ponto para cada comportamento saudável. De um total de 6229 participantes, apenas 2% apresentaram a pontuação quatro, que representa o comportamento saudável para quatro variáveis. Ao comparar com os resultados do presente estudo, essa prevalência mais baixa poderia ser explicada, principalmente, pela avaliação da dieta. Enquanto o presente estudo avaliou apenas o consumo de frutas, legumes e verduras, o estudo da AHA avaliou todos os componentes da dieta mediterrânea, o que poderia reduzir ainda mais a prevalência de estilo de vida saudável do presente estudo (Ahmed et al., 2013).

Ao analisar o estilo de vida não saudável, de modo geral, a atividade física insuficiente na soma do lazer e transporte, o consumo inadequado de

frutas, legumes e verduras e o excesso de peso foram os principais responsáveis pelo não cumprimento das recomendações em todas as faixas etárias e durante todos os períodos avaliados.

Diversas políticas públicas relacionadas à saúde e ao estilo de vida já existem e são implantadas no Brasil atualmente. Entretanto, 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 à atividade física e ao consumo alimentar e colocando a promoção da atividade física no lazer e no transporte e da alimentação saudável como uma estratégia central para a diminuição da morbimortalidade precoce por doenças cardiovasculares.

Ainda assim, apesar do presente estudo definir o estilo de vida saudável como aquele que atende às recomendações para os fatores de risco estudados e utilizar esse conceito para analisar questões de saúde dessa população, a saúde não é definida apenas pela ausência de doenças, mas sim por um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O que envolve questões mais complexas e que vão além da presença ou não de fatores de risco. Além disso, o presente estudo não analisou todos os fatores de risco para DCV que estão relacionados ao estilo de vida, como o uso de drogas, o consumo de sal e a qualidade do sono.

6.7 LIMITAÇÕES

Embora este seja um estudo de base populacional, com três pontos de avaliação e que abrange mais de uma década de resultados, algumas limitações devem ser consideradas, como a falta de padronização das metodologias utilizadas para coletas de dados em inquéritos populacionais e a falta de trabalhos que usaram uma metodologia para classificar o estilo de vida, o que dificulta a comparação com os resultados de outros estudos e impede um consenso na interpretação dos resultados e na busca de soluções adequadas.

Além disso, por se tratar de informação autorreferidas pelos entrevistados, é possível haver diferenças na compreensão dos entrevistados, viés de recordatório, sub ou superestimação dos valores referidos. Pode existir uma tendência para os indivíduos referirem comportamentos considerados saudáveis mesmo quando não os adotam, além de não relatarem comportamentos menos aceitos socialmente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de estilo de vida saudável da população do município de São Paulo foi baixa em todas as faixas etárias e não apresentou mudanças durante os períodos analisados, estando abaixo de 10% entre os adolescentes e adultos e abaixo de 20% entre os idosos.

O tabagismo apresentou resultados positivos de diminuição apenas entre os adultos com escolaridade intermediária. Os adultos menos escolarizados e os idosos do sexo masculino apresentaram prevalências mais elevadas de tabagismo e essas desigualdades se mantiveram durante todo o período analisado. Ao comparar as faixas etárias, os adultos apresentaram os piores resultados em todos os períodos.

A atividade física no lazer apresentou resultados negativos de diminuição entre os adolescentes do sexo feminino e os idosos no geral. Os adolescentes e adultos do sexo feminino apresentaram prevalências mais baixas de cumprimento da recomendação de atividade física no lazer e essas desigualdades se mantiveram durante todo o período analisado. Ao comparar as faixas etárias, os adolescentes e idosos apresentaram os piores resultados em todos os períodos.

A atividade física no transporte apresentou resultados negativos de diminuição entre os adultos e idosos no geral, do sexo feminino e nos menos escolarizados. Os idosos do sexo feminino apresentaram prevalências mais baixas de cumprimento da recomendação de atividade física no transporte

apenas em 2015. Ao comparar as faixas etárias, os adolescentes e idosos apresentaram os piores resultados em todos os períodos.

O consumo abusivo de álcool não apresentou mudanças durante os períodos analisados. Os adultos mais escolarizados e os idosos do sexo masculino apresentaram prevalências mais elevadas de consumo abusivo apenas em 2003. Ao comparar as faixas etárias, os adultos apresentaram os piores resultados apenas quando comparados com os adolescentes, em 2003 e 2015.

A dependência de álcool não apresentou mudanças durante os períodos analisados. Os adultos e idosos do sexo masculino apresentaram prevalências mais elevadas de dependência e essas desigualdades se mantiveram durante todo o período analisado. Ao comparar as faixas etárias, os adultos apresentaram os piores resultados apenas quando comparados com os adolescentes, em 2008 e 2015.

O consumo de frutas, legumes e verduras apresentou resultados positivos de aumento apenas entre os adultos do sexo feminino. Os adultos do sexo feminino apresentaram prevalências mais baixas de consumo adequado apenas em 2003 e os idosos menos escolarizados apenas em 2008. Ao comparar as faixas etárias, os adolescentes e adultos apresentaram os piores resultados em 2003 e 2008 e apenas os adolescentes em 2015.

O excesso de peso apresentou resultados negativos de aumento entre os adolescentes do sexo feminino, os adultos de ambos os sexos e os adultos de todas as escolaridades, sendo que não houve desigualdade por sexo e nível de escolaridade em nenhum dos períodos analisados. Ao comparar as

faixas etárias, os adultos apresentaram os piores resultados em todos os períodos.

Em todas as faixas etárias e em todos os períodos analisados, as combinações de atividade física insuficiente na soma do lazer e transporte, do consumo inadequado de frutas, legumes e verduras e do excesso de peso foram os principais responsáveis pelo estilo de vida não saudável. Sendo assim, a prevenção desses fatores de risco deve ser considerada como foco nas estratégias de promoção da saúde e de planejamento de intervenções.

A implementação de políticas públicas deve propiciar ambientes condizentes com estilos de vida saudáveis, incluindo políticas fiscais de tributação diferenciada dirigidas à bens e serviços saudáveis e insalubres, o estabelecimento de programas para prevenção e controle das DCNT, o monitoramento contínuo da mortalidade, morbidade e fatores de risco para as DCNT. Além disso, essas ações para o enfrentamento das DCNT requerem não apenas ações do setor saúde, mas a busca constante de parcerias e ações intersetoriais capazes de potencializar estratégias de mudança de hábitos, pois há muita complexidade nos comportamentos relacionados à saúde.

Uma vez que já existem políticas públicas vigentes que são relacionadas aos fatores de risco apresentados, os resultados também demonstram a necessidade de avaliação e aprimoramento das políticas vigentes, principalmente naquelas que tem como objetivo principal intervir nos fatores cujos resultados se apresentaram piores.

8 REFERÊNCIAS

Ahmed HM, et al. Low-risk lifestyle, coronary calcium, cardiovascular events, and mortality: results from MESA. *Am J Epidemiol*. 2013; 178(1):12-21.

Alwan A, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*. 2010; 376(9755):1861-1868.

Andersen LB, et al. All-Cause Mortality Associated With Physical Activity During Leisure Time, Work, Sports, and Cycling to Work. *Arch Intern Med*. 2000; 160(11):1621-1628.

Anthony JC, Helzer JE. Syndromes of drug abuse and dependence. In: Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press, 1991.

Babor TF, et al. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2001.

Barreto SM, 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.

Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(Supl 1):6-19.

Batista Filho M, Rissini A. A transição nutricional no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(Supl 1):181-191.

Bauman A, Lewicka M, Schöppe S. The Health Benefits of Physical Activity in Developing Countries. Geneva: World Health Organization, 2005.

Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Curr Atheroscler Rep*. 2003; 5(6):492-499.

Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. *Eur Respir Mon*. 2002; 7:161-79.

Bloch KV, et al. ERICA: prevalences of hypertension and obesity in Brazilian adolescents. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50(Supl 1):9s.

Borges CA, et al. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(1):137-148.

Borges MTT, Barbosa RHS. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14:1129-39.

Borland C, et al. Carbon monoxide yield of cigarette and its relation to cardiorespiratory disease. *Br Med J*. 1983; 287(6405):1583-1586.

Botrel TEA, et al. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. *Rev Bras Clin Terap*. 2000; 26(3):87-90.

Brasil. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que “institui o Código de Trânsito Brasileiro”, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 jun 2008; Seção 1:1.

Brasil. Ministérios da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A ANVISA e o controle dos produtos derivados do tabaco. Rio de Janeiro: ANVISA, 2014c.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro: INCA, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e Tratamento do Fumante-Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab): relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Brasil. 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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de

ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

Brasil – Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil – Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

Brasil – Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2015: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil – Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brug J, et al. Taste preferences, liking and other factors related to fruit and vegetable intakes among schoolchildren: results from observational studies. *Br J Nutrition*. 2008; 99(1):s7-s14.

Campos VC, et al. Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(2):352-362.

Carlini EA, et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Rev IMESC*. 2001; 3:9-35.

Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise and physical fitness. *Public Health Reports*. 1985; 100(2):126-131.

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

CDCP – Center for Disease Control and Prevention. Active Transportation Surveillance — United States, 1999–2012. Atlanta; 2015.

Cesar CLG, et al. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo – ISA/SP. São Paulo: USP/FSP; 2005. 212 p.

Chaloupka F. Economic Research Informing Tobacco Control Policy: generating revenue & cutting costs- the health and economic benefits of tobacco control. Cambridge: Harvard, 2016.

Chau J, et al. Trends in Prevalence of Leisure Time Physical Activity and Inactivity: Results from Australian National Health Surveys 1989 to 2011. Aust N Z J Public Health 2017; 41(6):617–624.

Cook I, Alberts M, Lambert EV. Relationship between adiposity and pedometer-assessed ambulatory activity in adult, rural African women. Int J Obes. 2008, 32:1327–1330.

Cooke JP, Bitterman H. Nicotine and angiogenesis: a new paradigm for tobacco-related diseases. Ann Medicine. 2004; 36(1): 33-40.

Coll CVN, et al. Time Trends of Physical Activity Among Brazilian Adolescents Over a 7-Year Period. J Adolesc Health 2014; 54(2):209–213.

Craig CL, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc. 2003; 35(8):1381-95.

Dâmaso AR. Obesidade. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Dâmaso AR, Tock L. Obesidade: perguntas e respostas. Guanabara Koogan, 2005.

Damiani TF, Pereira LP, Ferreira MG. Consumo de frutas, legumes e verduras na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. Cien Saúde Coletiva. 2017; 22(2):369-382.

Ding D, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. Lancet. 2016; 388(10051):1311-1324.

Duailibi S, Laranjeira R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5):839-48.

Dumith SC, Muniz LC, Tassitano RM, Hallal PC, Menezes AMB. Clustering of Risk Factors for Chronic Diseases among Adolescents from Southern Brazil. Prev Med 2012; 54(6):393–396.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. The treatment of drinking problems: a guide for the helping professions. London: Cambridge, 2004.

Eikenberry N, Smith C. Healthful eating: perceptions, motivations, barriers, and promoters in low-income Minnesota communities. J Am Diet Assoc. 2004; 104(107):1158-1161.

Ekpu VU. The economic impact of smoking and of reducing smoking prevalence: review of evidence. Tob Use Insights. 2015; 8:1-35.

Escrivão MAMS, Lopez FA. Prognóstico da obesidade na infância e na adolescência. In: Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995, p.146-155.

Ferreira RW, et al. Desigualdades sociodemográficas na prática de atividade física de lazer e deslocamento ativo para a escola em adolescentes: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009, 2012 e 2015). Cad Saúde Pública 2018; 34(4):1-13.

Fisberg RM, et al. Dietary quality and associated factors among adults living in the state of Sao Paulo, Brazil. J Am Diet Assoc, 2006; 106(12):2067-2072.

Fisberg RM, Marchioni DML, Colucci ACA. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53(5):617-624.

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, et al. Epidemiology of leisure, transportation, occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors. J Phys Act Health. 2009; 6(5):625-32.

Fortes JRA. Conceito e definição de alcoolismo. In: Gatto BCF. Alcoolismo. São Paulo: Sarvier, 1975, p.11-27.

Furst T, et al. Food choice: a conceptual model of the process. Appetite. 1996; 26(3):247-266.

Galán I et al. Agregación de factores de riesgo ligados al comportamiento y su relación con la salud subjetiva. Gac Sanit. 2005; 19:1-9.

Grittner U, et al. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. Alcohol. 2012; 47(5):597-605.

Guenther PM, et al. Development and evaluation of the Healthy Eating Index-2005: technical report. Alexandria: Center for Nutrition Policy and Promotion, 2007.

Guthold R, et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001:2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet* 2018; 6(10):1077-1086.

Hallal PC, et al. Global Physical Activity Levels: Surveillance Progress, Pitfalls, and Prospects. *Lancet* 2012; 380(9838):247–257.

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

Hallal PC, et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. *J Phys Act Health.* 2010; 7(Suppl2):S259-S264.

Hallal PC, et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2003; 35(11):1894-900.

Hu G, et al. Occupational, Commuting, and Leisure-Time Physical Activity in Relation to Risk for Type 2 Diabetes in Middle-Aged Finnish Men and Women. *Diabetologia.* 2003; 46(3):322-329.

Hu G, et al. The Joint Associations of Occupational, Commuting, and Leisure-Time Physical Activity, and the Framingham Risk Score on the 10-Year Risk of Coronary Heart Disease. *Eur Heart J.* 2007; 28(4):492–98.

Hu G, et al. Leisure Time, Occupational, and Commuting Physical Activity and the Risk of Stroke. *Stroke.* 2005; 36(9):1994–99.

IARC Working Group. Consumption of alcohol beverages. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IHRSA – International Health, Racquet and Sportclub Association. Global Report: The State of the Health Club Industry. Boston; 2017.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes para implementação do artigo 5.3 da Convenção-Quadro da OMS para controle do tabaco. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

Irving HM, Samokhvalov AV, Rehm J. Alcohol as a risk factor for pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. JOP. 2009; 10:387–92.

Jaime PC, et al. Brazilian obesity prevention and control initiatives obesity reviews. Obes Ver. 2013; 14(2):88-95.

Janssen I. Physical activity guidelines for children and youth. Can J Public Health. 2007; 98(Suppl 2):109–121.

Janssen I, Leblanc A. Systematic review of the health benefits of physical activity in school-aged children and youth. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010; 11:7-40.

Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. Rev Nutr. 2008; 21(1):63-73.

Juneau CE, Potvin L. Trends in Leisure-, Transport-, and Work-Related Physical Activity in Canada 1994-2005. Prev Med. 2010; 51(5):384–386.

Kirchenchtein C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. J Bras Pneumo. 2004; 30(Supl 2):S11-S18.

Knuth AG, Hallal PC. Temporal Trends in Physical Activity: A Systematic Review. J Phys Act Health 2009; 6(5):548–559.

Lee IM, et al. Impacto of physical inactivity on the world's major non-communicable diseases. Lancet. 2012; 380(9838):219-229.

Lee S, et al. Examining trends and averages using combined cross-sectional survey data from multiple years. CHIS Methodology Paper. 2007; 1:1-26.

Leshner AL. Drug abuse and addiction are biomedical problems. Hosp Pract. 1997; Supl:2-4.

Levy-Costa RB, et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev Saúde Pública. 2005; 39(4):530-540.

Lim SS, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–

2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012; 380(9859):2224–2260.

Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2004; 13:201-8.

Maciel ME. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? Horizontes Antropológicos. 2001; 16(7):145-156.

Mann SJ, et al. Elevation of ambulatory blood pressure in hypertensive smokers: a case-control study. JAMA. 1991; 265(17):2226-2228.

Malta DC, et al. Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca - Brasil, 2007-2009. Epidemiol Serv Saúde. 2010; 19(4):317-28.

Malta DC, et al. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(1):159-67.

Malta DC, et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Revista Bras Epidemiol. 2011; 14:136-146.

Malta DC, et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(4):1061-1069.

Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saúde. 2011; 20(4):425–438.

Malta DC, Silva JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol Serv Saude. 2013; 22(1):151-64.

Marchioni DML, Slater B, Fisberg RM. O estudo da dieta: considerações metodológicas. Cadernos de Debates. 2003; 3:62-76.

Marques ACPR. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. Rev IMESC. 2001; 3:73-88.

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):215-218.

Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry.* 1974; 131(10):1121-1123.

Menai M, et al. Walking and cycling for commuting, leisure and errands: relations with individual characteristics and leisure-time physical activity in a cross-sectional survey (the ACTI-Cités Project). *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015; 12:150.

Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(3):698-709.

Mielke GI, et al. Time Trends of Physical Activity and Television Viewing Time in Brazil: 2006-2012. *Int J Behav Nutr Phy.* 2014; 11(1):1-9.

Morgan WP. Affective beneficence of vigorous physical activity. *Med Sci Sports Exerc.* 1985; 17: 94-100.

Moshfegh AJ, 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):324-332.

Monteiro CA, et al. The nutrition transition in Brazil. *Eur J Clin Nutr.* 1995; 49:105-113.

Monteiro CA, et al. 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.

Moraes E, et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso do álcool. *Rev Bras Psiquiatria.* 2006; 28:321-325.

Mozaffarian D, et al.; Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med.* 2014; 371(7):624–634.

NAS – National Academy of Sciences. Institute of Medicine. Food and Nutrition Board Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. Washington: NAS, 2004.

NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128,9 milion children, adolescents, and adults. *Lancet.* 2017; 390:2627-42.

- Nocon M, et al. Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008; 15:239–246.
- Oberg M, et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2011; 377(9760):139–146.
- Oliveira MVC, Sales MPU. Tabagismo passivo. *J Bras Pneumo*. 2004; 30(Supl 2): S65-S72.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Anales da 36ª Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en salud. Encuesta multicentrica: salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe; 2011 Maio; Washington, DC, USA. Whashington: Wold Health Organization, 2001.
- Palácios-Ceña D, et al. Time trends in leisure time physical activity and physical fitness in elderly people: 20 year follow-up of the Spanish population national health survey (1987-2006). *BMC Public Health* 2011; 11(799):1-11.
- Paterson DH, Jones GR, Rice CL. Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Can J Public Health*. 2007; 98(Supl 2):69-108.
- Paterson D, Warburton D. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009; 7(38):1-22.
- PAGAC – Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington: USDA, 2008.
- Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:746-53.
- Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardio*, 2008; 91:1-10.
- Pinheiro AMV, et al. Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. 5.ed. São Paulo: Atheneu, 2000.
- Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015 June; 31(6):1-14.

Previdelli AN, et al. A revised version of the Healthy Eating Index for the Brazilian population. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4):794-798.

Raper N, et al. An overview of USDA's Dietary Intake Data System. *J Food Compost Anal*. 2004; 17(3):545-555.

Rehm J, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010; 105(5):817-843.

Reis RS, Yan Y, Parra DC, Brownson RC. Assessing Participation in Community-Based Physical Activity Programs in Brazil. *Med Sci Sports Exerc* 2014; 46(1):92–98.

Reitsma MB, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017; S0140-6736(17)30819-X.

Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am J Clin Nutr*. 2003; 78(Suppl 3):559-569.

Roeder MA. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 1999; 4(2): 62-76.

Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2010; 171(6):633-644.

Rosemberg JN. Nicotina: droga universal. São Paulo: Produção Independente, 2004.

Rutishauser IHE. Dietary intake measurements. *Public Health Nutr*. 2005; 8(7):1100-1107.

Sallis JF, Owen N. Physical activity and behavioral medicine. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1999.

Sarno F, et al. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira: 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(3):571-578.

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(Suppl 1):2-19.

Siol A, et al. Secular Trends in Acute Myocardial Infarction in Relation to Physical Activity in the General Danish Population. *Scand J Med Sci Sports*

2003; 13(4):224–230.

Silva Júnior JB, et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.289-311.

Sofi F, et al. Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2008; 15(3):247–257.

Souza RS. Comportamento de compra dos consumidores de frutas, legumes e verduras na região central do Rio Grande do Sul. Ciência Rural. 2008; 38(2):511-517.

Stamatakis E, Chaudhury M. Temporal Trends in Adults' Sports Participation Patterns in England between 1997 and 2006: The Health Survey for England. Br J Sports Med 2008; 42(11):901–908.

Stamatakis E, Hamer M, Lawlor, DA. Physical Activity, Mortality, and Cardiovascular Disease: Is Domestic Physical Activity Beneficial? (The Scottish Health Survey - 1995, 1998, and 2003). Am J Epidemiol. 2009; 169 (10):1191–1200.

Stamatakis E, Hillsdon M, Primatesta P. Domestic Physical Activity in Relationship to Multiple CVD Risk Factors". Am J Prev Med. 2007; 32(4):320-327.

Stein K, et al. Risk factors associated with myocardial infarction in Africa: the INTERHEART Africa study. Circulation. 2005; 112(23):3554–3561.

Tierney LMJR, Mcphee SJ, Papadakis MA. Current Medical Diagnosis and Treatment. 42nd ed. USA: Mc Graw Hill, 2003.

Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(6):1641-1650.

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

USDHHS – United States Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Washington: USDA, 1988.

USDHHS – United States Department of Health and Human Services. Dietary guidelines for americans 2015-2020. Washington: USDA, 2015.

Vuillemin A, et al. Leisure Time Physical Activity and Health-Related Quality of Life. Prev Med. 2005; 41(2):562–69.

Warburton D, et al. Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults. *Can J Public Health*. 2007; 98(Suppl 2):16-68.

Warburton D, et al. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010; 11:7-39.

WHO – World Health Organization. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: World Health Organization, 2007a.

WHO – World Health Organization. Child and growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

WHO – World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization, 2003.

WHO – World Health Organization. Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Geneva: World Health Organization, 2007b.

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

WHO – World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Report. Geneva: World Health Organization, 2010.

WHO – World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization, 2014b.

WHO – World Health Organization. Global status report on mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization, 2012a.

WHO – World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2014a.

WHO – World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2004.

WHO - World Health Organization. Guideline sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization, 2012b.

WHO – World Health Organization. Guideline sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization, 2013.

WHO - World Health Organization. Guideline sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization, 2015.

WHO – World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Geneva: World Health Organization, 2014c.

WHO – World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 1998.

WHO – World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

WHO – World Health Organization. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO – World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.

WHO – World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO – World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic: offer help to quit tobacco use. Geneva: World Health Organization, 2019.

Wilsnack SC, Wilsnack RW, Kantor LW. Focus on: women and the costs of alcohol use. Alcohol Res. 2013; 35(2):219-28.

ANEXO I – PLANO DE TRABALHO

- Levantamento bibliográfico e revisão de artigos científicos.
- Submissão do trabalho ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).
- Coleta e organização dos dados: obtenção dos bancos de dados do ISA – Capital 2003, 2008 e 2015 e adequação dos bancos para a análise estatística.
- Análise dos dados: utilização do pacote estatístico *Stata* (*Stata, versão 14, StataCorp, College Station, Texas, EUA*) e revisão crítica dos dados obtidos.
- Redação do projeto a ser submetido ao exame de qualificação.
- Realização do exame de qualificação.
- Redação dos manuscritos.
- Envio para publicação.
- Elaboração da tese.
- Elaboração da versão final da tese.
- Defesa.

ANEXO II – CRONOGRAMA

Atividades	1º Sem. 2016	2º Sem. 2016	1º Sem. 2017	2º Sem. 2017	1º Sem. 2018	2º Sem. 2018	1º Sem. 2019	2º Sem. 2019	1º Sem. 2020
Disciplinas	X	X	X						
Revisão bibliográfica	X	X	X						
Redação do projeto a ser submetido ao Exame de Qualificação	X	X	X						
Submissão ao Comitê de Ética			X						
Exame de qualificação			X						
Doutorado sanduíche				X					
Coleta e organização dos dados			X	X					

Análise dos dados				X					
Redação dos manuscritos					X	X			
Envio dos manuscritos para publicação						X			
Participação em eventos científicos		X	X	X	X	X	X		
Elaboração da Tese			X	X	X	X	X	X	
Defesa									X

ANEXO III – PLANO AMOSTRAL – ISA CAPITAL 2003

Maria Cecília Goi Porto Alves

PLANO DE AMOSTRAGEM

A população de estudo refere-se à população residente em área urbana do Município de São Paulo no período de realização do inquérito.

Considerando os objetivos da pesquisa, foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos sexo/idade: menores de um 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. Para cada um desses domínios, foi planejada a realização de 420 entrevistas, perfazendo um tamanho de amostra total de 3360 indivíduos (Tabela 1).

Tabela 1. Tamanho de amostra planejado, segundo grupo sexo/idade. ISA-Capital, 2002.

Grupo sexo/idade	Nº. Pessoas
Menor de 1 ano	420
1 a 11 anos	420
Mulheres de 12 a 19 anos	420
Homens de 12 a 19 anos	420
Mulheres de 20 a 59 anos	420
Homens de 20 a 59 anos	420
Mulheres de 60 anos ou mais	420
Homens de 60 anos ou mais	420
Total	3360

A amostra foi sorteada em estágios: setores censitários e domicílios. O município foi estratificado segundo escolaridade do chefe de família,

considerando o percentual de chefes com nível universitário em três níveis: até 5%, 5% (inclusive) a 25% e 25% ou mais, conforme divisão utilizada no ISA-SP.

O ponto de partida para o sorteio foi a PNAD-2002 que amostrou no Município de São Paulo 264 setores censitários urbanos, não pertencentes ao estrato de novas construções, entre os quais foram sorteados 60 setores para compor a amostra do ISA- Capital, sendo 15, 28 e 17, respectivamente, nos estratos 1, 2 e 3. Essa partição seguiu a distribuição dos setores censitários da PNAD pelos estratos.

Em cada setor, planejou-se a obtenção de 7 entrevistas de cada grupo sexo/idade de interesse e para se precaver da perda de 20% de unidades da amostra em função da não resposta, foi previsto o sorteio de 8,75 pessoas em cada grupo sexo/idade ($7/0,8=8,75$).

Considerando as razões pessoas/domicílios observadas no Censo-2000 (Tabela 2), foi determinado o número de domicílios que precisariam ser visitados para se encontrar o número planejado de pessoas. Com base nos domínios menos frequentes, o de homens de 60 anos ou mais no estrato 1 e o de menores de um ano nos estratos 2 e 3, foi determinado que seriam visitados 130, 170 e 245 domicílios, nos estratos 1, 2 e 3, respectivamente, valores que correspondem à divisão de 8,75 pelas razões 0,07; 0,0518 e 0,0362 (arredondados para cima).

Tabela 2. Razão pessoas/domicílios, segundo estrato e grupo idade/sexo. Município de São Paulo, 2000.

Grupo Idade/sexo	Estrato		
	1	2	3

<1	0,0879	0,0518	0,0362
1 a 11	0,9298	0,5626	0,3865
12 a 19 – M	0,3085	0,2467	0,1873
12 a 19 – F	0,3388	0,2531	0,1918
20 a 59 – M	1,0189	0,9160	0,8421
20 a 59 – F	1,0487	1,0354	1,0000
60 e mais – M	0,0700	0,1563	0,1822
60 e mais – F	0,10005	0,2182	0,2706
Total	3,903	3,439	3,097

Fonte: Censo 200.

Na Tabela 3 estão indicados os números de unidades de amostragem sorteadas.

Tabela 3. Unidades de amostragem sorteadas, segundo estrato. ISA-Capital, 2002.

Estrato (%ch.NU)	Setores	Domicílios		Pessoas
		Por setor	Na amostra	
<5%	15	130	1950	1092
5% - 25%	28	170	4760	1972
25%	17	245	4165	1206
Total	60		10875	4270

Essa amostra de 10875 domicílios foi denominada amostra principal. Porém, para que no conjunto desses domicílios fosse selecionado somente o número planejado de pessoas de cada domínio, foram calculados os intervalos de amostragem a serem utilizados em novo sorteio de domicílios dentro da amostra principal (Tabela 4). Esses números (intervalos amostrais) indicaram a fração de domicílios nos quais as pessoas dos diferentes domínios deveriam ser buscadas. Como exemplo, no estrato 1, foram selecionados os homens de 20 a 59 anos que residiam em um a cada 13,2837 domicílios da amostra principal.

Tabela 4. Intervalo entre os domicílios da amostra principal para seleção de pessoas no domínio. ISA-Capital, 2002.

Grupo	Estrato		
	1	2	3
<1	1,2560	1	1
1 a 11	13,2837	10,8511	10,6667
12 a 19 – M	4,4083	4,7360	5,1696
12 a 19 – F	4,8408	4,8820	5,2924
20 a 59 – M	14,5571	17,6657	23,2398
20 a 59 – F	14,9827	19,9691	27,5965
60 e mais – M	1	3,014	5,0292
60 e mais – F	1,436	4,2079	7,4678

Os estágios de seleção da amostra principal em cada estrato e as respectivas frações de amostragem foram:

- 1º estágio: sorteio dos setores censitários da PNAD (a_1 setores) com probabilidade proporcional ao tamanho M_i , expresso pelo número de domicílios do setor no Censo 2000, $f_1 = \frac{a_1 M_i}{M}$, sendo M o número de domicílios do estrato;
- 2º estágio: sorteio de setores censitários do ISA-Capital (a_2 setores) com probabilidade fixa, $f_2 = \frac{a_2}{a_1}$;
- 3º estágio: sorteio de domicílios (b) com probabilidade inversa ao tamanho atual do setor, $f_3 = \frac{b}{M_i}$.

A fração global de amostragem foi: $f = \frac{a_1 M_i}{M} \cdot \frac{a_2}{a_1} \cdot \frac{b}{M_i} = \frac{a_2 b}{M} \cdot \frac{M_i}{M_i}$

Os domicílios da amostra principal foram selecionados com essas frações de amostragem. Para os domínios (grupos sexo/idade) em que houve novo sorteio de domicílios, as frações foram multiplicadas pelo inverso dos intervalos indicados na Tabela 4.

Os dados da amostra foram ponderados para compensar as diferentes

probabilidades de seleção. Na tabela 5, consta, para cada setor censitário, o peso referente ao emprego de distintas frações de amostragem nos estratos ($peso_1 = \frac{M}{a_2b}$) e à correção devida ao uso de medidas desatualizadas dos tamanhos dos setores censitários ($peso_2 = \frac{M_i}{M_t}$) e o produto entre eles, correspondente ao peso de cada setor na amostra principal.

Tabela 5. Setores censitários sorteados e pesos. ISA-Capital, 2002/2003.

	Código distrito	Setor	Distrito	Peso 1	Peso 2	Peso amostra principal
1	13	17	Cachoeirinha	469,6031	1,3738	645,1416
1	17	176	Campo Limpo	469,6031	1,1924	559,9603
1	18	31	Cangaíba	469,6031	1,3493	633,6271
1	19	51	Capão Redondo	469,6031	1,2632	593,1828
1	22	177	Cidade Ademar	469,6031	1,2978	609,4287
1	23	127	Cidade Dutra	469,6031	1,2308	577,9730
1	30	244	Grajaú	469,6031	1,2828	602,3874
1	36	246	Itaim Paulista	469,6031	1,0959	514,6572
1	36	188	Itaim Paulista	469,6031	1,2199	572,8835
1	37	253	Itaquera	469,6031	1,0038	471,3886
1	43	73	Jardim Ângela	469,6031	0,9794	459,9205
1	44	153	Jardim Helena	469,6031	1,0881	510,9671
1	76	115	Sapopemba	469,6031	1,1417	536,1302
1	84	169	Vila Curuçá	469,6031	1,0302	483,8004
1	3396	5292	Iguatemi/Lajeado	469,6031	1,0964	514,8947
2	1	29	Água Rasa	235,4261	1,1983	282,1054
2	2	9	Alto de Pinheiros	235,4261	1,1495	270,6186
2	4	45	Aricanduva	235,4261	1,1337	266,8939
2	5	83	Artur Alvin	235,4261	1,1755	276,7508
2	11	117	Brasilândia	235,4261	0,9159	215,6305
2	14	46	Cambuci	235,4261	1,4356	337,9879
2	21	14	Casa Verde	235,4261	1,0413	245,1544
2	23	81	Cidade Dutra	235,4261	1,1627	273,7350
2	24	6	Cidade Líder	235,4261	1,2232	287,9765
2	27	84	Cursino	235,4261	1,1287	265,7284
2	29	143	Freguesia do Ó	235,4261	1,1333	266,8162
2	30	288	Grajaú	235,4261	1,2171	286,5383
2	34	128	Ipiranga	235,4261	1,1883	279,7595
2	42	5	Jaraguá	235,4261	1,1003	259,0448
2	43	264	Jardim Ângela	235,4261	0,9292	218,7587
2	46	98	Jardim São Luiz	235,4261	1,0683	251,4976
2	59	166	Penha	235,4261	1,2791	301,1263

2	63	71	Pirituba	235,4261	1,1255	264,9734
2	68	170	Sacomã	235,4261	1,1214	263,9972
2	72	9	São Lucas	235,4261	1,1895	280,0331
2	77	170	Saúde	235,4261	1,2160	286,2781
2	78	36	Sé	235,4261	1,6855	396,8068
2	81	14	Tremembé	235,4261	1,2892	303,5109
2	84	62	Vila Curuçá	235,4261	1,2346	290,6606
2	86	10	Vila Guilherme	235,4261	1,7388	409,3602
2	87	148	Vila Jacuí	235,4261	1,1369	267,6517
2	89	86	Vila Maria	235,4261	1,2208	287,4160
2	92	133	Vila Medeiros	235,4261	1,2560	295,6951
3	7	26	Bela Vista	190,0262	1,3211	251,0508
3	12	48	Butantã	190,0262	1,1856	225,3005
3	26	48	Consolação	190,0262	1,1382	216,2843
3	32	132	Moema	190,0262	1,4258	270,9358
3	35	31	Itaim Bibi	190,0262	1,5221	289,2310
3	38	180	Jabaquara	190,0262	1,2134	230,5805
3	45	118	Jardim Paulista	190,0262	1,3808	262,3792
3	51	1	Mandaqui	190,0262	1,1704	222,4049
3	53	47	Mooca	190,0262	1,1149	211,8535
3	60	123	Perdizes	190,0262	1,2199	231,8050
3	62	5	Pinheiros	190,0262	1,1729	222,8878
3	66	86	República	190,0262	1,2193	231,6930
3	70	34	Santana	190,0262	1,3563	257,7230
3	79	40	Socorro	190,0262	1,1032	209,6277
3	82	110	Tucuruvi	190,0262	1,1176	212,3822
3	91	26	Vila Matilde	190,0262	1,1725	222,8124
3	94	62	Vila Sônia	190,0262	2,0467	388,9252

Os dados sofreram ainda outra ponderação referente ao ajuste de pós-estratificação pela escolaridade (anos de estudo) dos chefes dos domicílios, considerando 4 grupos: com menos de 3, de 4 a 7, de 8 a 11 e com 12 ou mais anos de estudo. Essa ponderação visou ajustar a distribuição da amostra, já ponderada pelos pesos apresentados anteriormente, à observada no Censo-2000. Para isso, foram calculadas as razões entre as proporções de pessoas da amostra do ISA-Capital nos novos estratos criados e as observadas no Censo- 2000 (Tabela 6).

Tabela 6. Pesos para ajuste de pós-estratificação por escolaridade do chefe. ISA-Capital, 2002/2003.

Anos de estudo	Estrato		
	1	2	3
Até 3 anos	0,7631	0,7498	0,6747
De 4 a 7 anos	1,2298	1,1904	1,0714
De 8 a 11 anos	1,0178	1,0656	0,9282
12 ou mais anos	1,3598	1,4198	1,6509

Na tabela 7, estão indicados os números de pessoas entrevistadas.

Tabela 7. Número de pessoas entrevistadas, segundo estrato e grupo idade/sexo. ISA-Capital, 2002/2003.

Grupo Idade/Sexo	Estrato			Total
	1	2	3	
<1	146	188	74	408
1 a 11	132	216	87	435
12 a 19 – M	137	197	106	440
12 a 19 – F	126	183	98	407
20 a 59 – M	125	159	98	382
20 a 59 – F	139	193	81	413
60 e mais – M	151	175	95	421
60 e mais – F	148	207	96	451
Total	1104	1518	735	3357

Na Tabela 8 estão indicados os números de pessoas entrevistadas por domínio com a sua distribuição percentual, após a aplicação dos pesos finais (do delineamento e de pós- estratificação), e para fins de comparação, os percentuais observados no Censo-2000.

Tabela 8. Distribuição por idade/sexo e estrato. ISA-Capital 2002/2003 e Censo-2000.

Grupo Idade / Sexo	ISA-Capital		Censo-2000 %
	No.	% ponderado	
<1	408	1,51	1,64
1 a 11	435	18,27	17,51
12 a 19 – M	440	7,64	7,21
12 a 19 – F	407	7,41	7,40

20 a 59 – M	382	25,25	26,67
20 a 59 – F	413	29,51	29,87
60 e mais – M	421	4,13	3,93
60 e mais – F	451	6,29	5,77
Total	3357	1	100,00

TAMANHO DA AMOSTRA

Para calcular o tamanho da amostra, considerou-se a expressão algébrica utilizada na estimação de proporções: $n_0 = \frac{P(1-P)}{(\frac{d}{z})^2} \cdot deff$. os valores aplicados a ela foram: $z=1,96$ o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança de 95%; $d=0,06$ a erro de amostragem admitido; $deff=1,5$ o efeito do delineamento e $P=0,50$ a proporção a ser estimada. Tomou-se esse valor para P por ser o que leva à obtenção de tamanhos de amostras conservadores, uma vez que várias proporções serão estimadas no estudo. Dessa forma, $n_0 = 400$.

A seguir, fixou-se em 7 o número de pessoas a serem entrevistadas em cada unidade primária de amostragem (UPA), arredondando para 60 o número de setores a ser sorteado ($400 / 7 = 57,2$). Esses valores elevaram a amostra para 420 ($60 \times 7 = 420$), significando um erro de amostragem de 0,0586.

ANEXO IV – PLANO AMOSTRAL – ISA CAPITAL 2008

Maria Cecília Goi Porto Alves

Maria Mercedes Loureiro Escuder

TAMANHO DA AMOSTRA

A população de estudo refere-se àquela residente em área urbana do Município de São Paulo, ou seja, residentes em setores de situação urbana: área urbanizada, não urbanizada e urbanizada isolada, e dos tipos: comum e especial subnormal (favela), segundo classificação do IBGE. A partir dos objetivos do projeto, foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos sexo/idade: menores de um 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.

Planejou-se a realização de pelo menos 300 entrevistas em cada subgrupo populacional de interesse. Esse tamanho permitiria estimar proporções ($P=0,50$) com erros de amostragem de 7 pontos percentuais ($d=0,07$) ao nível de confiança de 95% e com efeitos do delineamento de 1,5.

Considerando-se que os percentuais da população nos grupos etários eram muito distintos entre si, optou-se em não manter a auto ponderação da amostra. Assim sendo, os tamanhos de amostra foram calculados de tal forma que as frações de amostragem nos diferentes grupos fossem de 2 a 7 vezes a observada no grupo de menores de um ano (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da população em área urbana do Município de São Paulo* e das amostras proporcional e planejada, segundo grupos idade e sexo. ISA-Capital, 2008.

	População	Proporção população	Amostra proporcional	Fração	Amostra pessoas
Menor 1 ano	160351	0,01637	300	1	300
1 a 11 anos	1715453	0,17510	3210	7	459
12 a 19 homem	705881	0,07205	1321	3	440
12 a 19 mulher	724741	0,07387	1356	3	452
20 a 59 homem	2612632	0,26667	4889	7	699
20 a 59 mulher	2926930	0,29875	5477	7	783
60 e mais homem	385478	0,03935	722	2	361
60 e mais mulher	565702	0,05774	1059	2	530
Total	9797168	1			4024

* Censo de 2000.

Na tabela 2 estão indicados os números de domicílios que deveriam ser visitados para localizar as pessoas de cada grupo sexo/idade. Esses cálculos foram feitos a partir da média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílios) em cada grupo de idade, sendo que o total de domicílios existentes no Município de São Paulo, considerando-se os setores censitários de interesse, era de 2866183 no ano do censo. Dividiu-se, então, o tamanho da amostra por essa média.

Tabela 2. Cálculo dos tamanhos de amostra nos grupos de idade e sexo. ISA-Capital, 2008.

Grupo Sexo/Idade	Amostra pessoas	Razão	Amostra domicílios
Menor 1 ano	300	0,05595	5362
1 a 11 anos	459	0,5986	767
12 a 19 homem	440	0,24631	1787
12 a 19 mulher	452	0,2529	1788
20 a 59 homem	699	0,91167	767
20 a 59 mulher	783	1,02134	767
60 e mais homem	361	0,13451	2684
60 e mais mulher	530	0,1974	2685
Total	4024	3,41868	

O número total de domicílios sorteados não correspondeu à soma de domicílios de cada grupo sexo/idade uma vez que não se planejou procurar todos os grupos em todos os domicílios da amostra.

Na Tabela 3 estão indicados os números de domicílios a serem visitados em cada setor censitário considerando o sorteio de 60 setores censitários. Para esse número de setores, o número de entrevistas por setor deveria variar entre 5 (menores de um ano) e 13 (mulheres de 20 a 59 anos), correspondendo a efeitos de delineamento entre 1,2 a 1,6 para grau de homogeneidade intraclasse de 0,05.

Tabela 3. Número de domicílios e setores na amostra e número de domicílios por setor, segundo domínio de estudo. ISA-Capital, 2008.

Domínio	Amostra domicílios	Setores	Amostra domicílios por setor
Menores 1 ano	5362	60	90
1 a 11 anos	767	60	13
Homens 12 a 19 anos	1787	60	30
Mulheres 12 a 19 anos	1788	60	30
Homens 20 a 59 anos	767	60	13
Mulheres 20 a 59 anos	767	60	13
Homens 60 anos ou +	2684	60	45
Mulheres 60 anos ou +	2685	60	45

Prevendo-se uma taxa de não resposta da ordem de 20% e o encontro de 5% de domicílios vagos, seria necessário o sorteio de números maiores de domicílios. No entanto, as frações de amostragem foram calculadas com os números apresentados na Tabela 3, uma vez que se verificou que o tamanho atual dos setores censitários eram, no conjunto, 30% maiores em relação ao tamanho que tinham no Censo de 2000 (com base no qual foi feito o sorteio da PNAD).

PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O cadastro utilizado para o sorteio de unidades primárias (setor censitário) foi o da PNAD 2005. Ou seja, a amostra do ISA-Capital constitui uma subamostra da PNAD. Nessa pesquisa do IBGE haviam sido sorteados 267 setores censitários na área urbana não pertencentes ao estrato de novas construções, entre os quais foram sorteados 60 setores para compor a amostra do ISA-Capital.

Os estágios de seleção de cada domínio e as respectivas frações de amostragem foram:

- 1º estágio: sorteio de 267 setores censitários da PNAD com probabilidade proporcional ao tamanho M_i , expresso pelo número de domicílios do setor no Censo de 2000, e posterior sorteio aleatório simples de 60 setores, $f_1 = \frac{267M_i}{M} \cdot \frac{60}{267}$, sendo M o total de domicílios.
- 2º estágio: sorteio de b domicílios com probabilidade $f_2 = \frac{b}{M_i}$. Para manter a mesma fração em todos os setores censitários considerando que os tamanhos dos setores de alteraram desde o censo de 2000 (passando para M_i), foram incluídos na amostra $b(M_i/M_i)$ domicílios em cada setor i . Os valores de b foram 90, 13, 30 e 45 para, respectivamente, os grupos de menores de um ano, de crianças e adultos, de adolescentes e de idosos, levando a diferentes probabilidades de seleção. Os dados da amostra foram

ponderados para compensar essas diferentes probabilidades de seleção.

A fração global de amostragem foi: $f = \frac{267M_i}{M} \cdot \frac{60}{267} \cdot \frac{b(M_i/M_i)}{M_i} = \frac{60b}{M}$.

Durante o trabalho de campo, foi contabilizado um número menor de entrevistas do que o esperado. Analisando-se os dados produzidos durante os primeiros meses, verificou-se que as razões pessoas/domicílios em 2009 eram menores do que as utilizadas no plano de amostragem (do Censo de 2000), e que, portanto, os tamanhos de amostra planejados não seriam alcançados. Optou-se, então, pelo sorteio de mais 10 setores censitários, o que foi possível por ser a amostra ao ISA-Capital 2008 uma subamostra, sorteada por amostragem aleatória simples, da PNAD. Com isso, a fração global de amostragem foi alterada para: $f = \frac{70b}{M}$ e os dados da amostra foram ponderados por $\frac{M}{70b}$.

OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO DE AMOSTRAGEM

A primeira tarefa consistiu no sorteio dos setores censitários, a partir da listagem de setores da amostra da PNAD, fornecida pelo IBGE. Foram excluídos da listagem os setores de área rural.

Para os setores sorteados, à exceção dos constituídos por favelas, foi obtida no IBGE a listagem de endereços feita durante o trabalho de campo do PNAD 2005, além dos croquis e da descrição dos limites geográficos correspondentes. Nas quatro favelas sorteadas, os pesquisadores de campo

percorreram toda a área refazendo os croquis e realizando um novo “arrolamento” de endereços.

Com base no número de domicílios constante nesse material, foi realizada a seleção de segunda etapa, sorteando-se números que correspondem aos domicílios da amostra. Estes foram transcritos nas listagens de endereços, identificando, assim, aqueles que pertenceriam à amostra e que foram digitados.

A partir do arquivo de endereços da amostra, foram elaboradas etiquetas para serem coladas nos questionários, contendo as informações referentes à localização dos domicílios sorteados e a identificação (pelo sexo e faixa etária) das pessoas que devem ser incluídas na amostra.

ANEXO V – PLANO AMOSTRAL – ISA CAPITAL 2015

Maria Cecília Goi Porto Alves

Maria Mercedes Loureiro Escuder

PLANO DE AMOSTRAGEM

A população de estudo foi constituída de pessoas com 12 anos e mais de idade, residentes em domicílios particulares permanentes e em área urbana do município de São Paulo. Foram excluídas as pessoas em situação de rua ou residentes em instituições.

Foi utilizada amostragem probabilística estratificada, com sorteio em dois estágios: setores censitários e domicílios. As Coordenadorias Regionais de Saúde Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Leste constituíram estratos e foram tomadas como domínios de estudo.

Para fins de planejamento da amostra, foram também considerados como domínios os grupos de: adolescentes (12 a 19 anos de idade), homens adultos (20 a 59 anos), mulheres adultas (20 a 59 anos) e idosos (homens e mulheres de 60 anos ou mais). A distribuição da população urbana do Município de São Paulo segundo os domínios de estudo está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. População residente em área urbana do Município de São Paulo, Segundo Coordenadoria Regional de Saúde e idade/sexo.

Coordenadoria	Idade (anos) / Sexo				Total
	12 a 19	20 a 59 homens	20 a 59 mulheres	60 e mais	

População					
Norte	268489	613562	684973	266052	1833076
Centro-Oeste	155753	464696	518726	238299	1377474
Sudeste	277068	755332	848308	403229	2283937
Sul	335585	706625	784700	217103	2044013
Leste	304317	617650	682615	206808	1811390
Total	1341212	3157865	3519322	1331491	9349890

Fonte: IBGE. Agregado de setores.

Determinou-se que a amostra total seria de 4250 pessoas, sendo 850 por Coordenadoria (Tabela 2). Além disso, definiu-se um número mínimo de 150 entrevistas em cada um dos domínios de estudo. Esse número possibilitaria estimar proporções de 0,50, com erro de amostragem de 0,10, considerando um nível de confiança de 95% e um efeito de delineamento de 1,5.

Tabela 2. Tamanhos de amostra planejados segundo domínios de estudo.

Coordenadoria	Idade (anos) / Sexo				Total
	12 a 19	20 a 59 homens	20 a 59 mulheres	60 e mais	
Norte	153	234	261	203	850
Centro-Oeste	150	223	249	228	850
Sudeste	150	219	246	234	850
Sul	176	247	275	152	850
Leste	179	242	267	162	850
Total	808	1165	1298	980	4250

Em cada coordenadoria foram sorteados 30 setores censitários (Unidade Primária de Amostragem – UPA) a partir da listagem de setores urbanos do Censo de 2010 (tipos 1 a 3, correspondentes, respectivamente a área urbanizada, área não-urbanizada e área urbanizada isolada), disponibilizados no site do IBGE. O sorteio foi proporcional ao tamanho dos setores, medido pelo número de domicílios particulares permanentes. Os

setores censitários sorteados estão apresentados na Figura 1.

Figura 1. Setores censitários sorteados no ISA Capital 2015.

Para determinar o número de domicílios que deveriam ser sorteados, foi considerada a razão pessoa domicílio para cada domínio de idade, a partir de informações do Censo de 2010. Considerando também uma taxa de não resposta da ordem de 40% e um percentual de domicílios vagos de 10%, foi sorteado um número maior de domicílios. Os domicílios foram selecionados por sorteio sistemático, com base na listagem de todos os domicílios efetuada em campo. A tabela 3 apresenta o número de domicílios sorteados para realizar as entrevistas em cada Coordenadorias Regionais de Saúde.

Tabela 3. Número de domicílios sorteados, Segundo Coordenadoria Regional de Saúde do Município de São Paulo e domínio de idade/sexo.

Regional do Estado do Município do Cuiabá - dados do domínio da idade/sexo:					
Coordenadoria	Domínio Idade / Sexo				Total
	12 a 19	20 a 59	20 a 59	60 e mais	
		H	M		
Norte	728	488	482	878	1108
Centro-Oeste	1100	563	565	1021	1312
Sudeste	1029	551	536	984	1307
Sul	796	519	531	945	1181
Leste	696	453	440	792	1034
Total	4349	2574	2554	4620	5942

O aplicativo utilizado para coleta de dados indicava todos os domicílios sorteados em cada setor censitário e, em cada domicílio, quais os domínios demográficos a serem pesquisados. Todos os moradores de um domicílio pertencentes a esses domínios eram entrevistados.

AMOSTRA OBTIDA

Todos os domicílios sorteados foram visitados pelo menos 3 vezes, tanto para obtenção de informações sobre os moradores da residência quanto para obtenção das entrevistas com pessoas elegíveis no domicílio.

No total, foram realizadas 4043 entrevistas. A tabela 4 mostra o número de entrevistas realizadas em cada domínio de estudo.

Tabela 4. Número de entrevistas realizadas, Segundo Coordenadoria de Saúde do Município de São Paulo e domínio de idade/sexo.

Cidade do Município de São Paulo e domínio de idade e sexo:					
Coordenadoria	12 a 19	Idade (anos) / Sexo			Total
		20 a 59 homens	20 a 59 mulheres	60 e mais	
Norte	161	200	229	187	777
Centro-Oeste	113	135	160	201	609
Sudeste	150	182	231	260	823
Sul	244	231	301	199	975

Leste	191	205	291	172	959
Total	859	953	1212	1019	4043

Em 76% dos domicílios visitados foi possível obter informação sobre a existência de pessoa a ser entrevistada, o que corresponde a uma taxa de resposta por domicílio de 0,76. Na Coordenadoria de Saúde Leste observou-se a maior taxa (0,88) e na Centro-Oeste, a menor (0,66). Considerando a realização de entrevistas na população elegível contatada nesses domicílios, a taxa de resposta foi de 0,74. A tabela 5 mostra as taxas de resposta por domicílio e por pessoa em cada Coordenadoria. A Coordenadoria Sul apresentou a maior taxa de resposta (0,79) e a Centro-Oeste a menor (0,65).

Tabela 5. Taxa de resposta de domicílio e de pessoas elegíveis, por Coordenadoria de Saúde no Município de São Paulo.

	TR domicílios	TR pessoas elegíveis
Norte	0,77	0,71
Centro-Oeste	0,66	0,65
Sudeste	0,72	0,75
Sul	0,80	0,79
Leste	0,88	0,74
Total	0,76	0,74

ANÁLISE DOS DADOS

Para fins de inferência amostral, cada indivíduo da amostra foi associado a um peso amostral. O peso final calculado teve três componentes:

1. Peso de delineamento, que leva em conta as frações de amostragem das duas etapas de sorteio, a de setor censitário e a de domicílio;
2. Ajuste de não

resposta, que leva em conta as taxas de resposta dos domicílios e dos indivíduos elegíveis; 3. Pós-estratificação, que ajusta a distribuição da amostra por sexo, faixa etária e coordenadoria de residência, de acordo com a distribuição da população no Município de São Paulo estimada para 2015 pela Fundação Seade.

Todas as análises estatísticas (obtenção de estimativas e intervalos de confiança e realização de testes) devem considerar, além do peso amostral, os outros dois aspectos relacionados ao desenho complexo da amostra: o sorteio de conglomerados e a estratificação.

ANEXO VI – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estilo de vida saudável em São Paulo: 2003, 2008 e 2015

Pesquisador: TATIANE KOSIMENKO FERRARI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89418217.2.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.667.916

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado trata da descrição e comparação do estilo de vida da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo nos anos de 2003, 2008 e 2015.

Objetivo da Pesquisa:

- Descrever e comparar o estilo de vida da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas nos anos de 2003, 2008 e 2015;
- Descrever e comparar o estilo de vida não saudável da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo e suas interações, de acordo com a quantidade e o tipo de domínios não cumpridos nos anos de 2003, 2008 e 2015. Ou seja, de acordo com o não cumprimento das recomendações para o tabagismo, a atividade física, o consumo de álcool, o consumo alimentar e o estado nutricional;
- Descrever e comparar cada uma das variáveis relacionadas ao estilo de vida (tabagismo, atividade física, consumo de álcool, consumo alimentar e estado nutricional) da população adolescente, adulta e idosa do Município de São Paulo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas nos anos de 2003, 2008 e 2015.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de relevância em saúde Pública

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.246-904

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.667.916

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

É apresentada autorização do uso do banco de dados da Pesquisa ISA Capital - Inquérito de Saúde no município de São Paulo.

Há dispensa de TCLE já que se trata de dados secundários.

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_912074.pdf	26/04/2018 15:55:43		Aceito
Outros	Declaracao.jpg	26/04/2018 15:55:20	TATIANE KOSIMENKO FERRARI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensaTCLE.pdf	15/04/2018 23:17:32	TATIANE KOSIMENKO FERRARI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	15/04/2018 23:17:19	TATIANE KOSIMENKO FERRARI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	05/07/2017 15:40:25	TATIANE KOSIMENKO FERRARI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.667.916

SAO PAULO, 22 de Maio de 2018

Assinado por:
Kelly Polido Kaneshiro Olympio
(Coordenador)

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

Página 03 de 03