



VIGITEL - Belo Horizonte 2006-2013

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

www.pbh.gov.br

VIGITEL - Belo Horizonte 2006-2013

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Elaboração

Amanda Arantes Perez

Estela de Cássia Pereira

Jaqueline Camilo de Sousa Felício

Juliana Dias Pereira dos Santos

Lenice Harumi Ishitani

Maria das Graças R Oliveira

Maria Helena Botelho

Maria Tereza da Costa Oliveira

Silvana de Andrade Souza

Simone Campos Maia de Andrade

Sumário

INTRODUÇÃO	3
RESULTADOS	4
Tabagismo	4
Excesso de peso e Obesidade	6
Consumo alimentar	7
Atividade física	9
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas	10
Auto-avaliação do estado de saúde	11
Realização de exames de detecção precoce de câncer em mulheres	11
Morbidade autorreferida: Hipertensão arterial, Diabetes mellitus, Dislipidemias	13
Conclusão	14
Tabelas	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT - representam um dos principais desafios de saúde da atualidade, pois ameaçam a qualidade de vida de pessoas e apresentam grande impacto econômico. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 63% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou seja, cerca de 36 milhões de mortes em 2008²¹.

No Brasil, séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006⁹. Em Belo Horizonte, no período de 2012 a 2014, as DCNT foram o principal grupo de causas de óbito (71,3%), destacando-se as doenças do aparelho circulatório (23,8%) e as neoplasias (20,2%).

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras e a inatividade física¹⁶.

Neste contexto, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o VIGITEL– Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico –, que tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT. Por se tratar de inquérito amostral, foi realizado o procedimento de correção das probabilidades de seleção amostral em domicílios, sendo atribuídos pesos distintos a cada indivíduo, considerando o número de residentes e de linhas telefônicas, além da composição sociodemográfica da amostra e do número de indivíduos amostrados por cidade⁵.

O boletim atual tem como objetivo analisar a prevalência de fatores de risco e proteção para as DCNT, em Belo Horizonte, no período de 2006 a 2013. Análises das edições anteriores do VIGITEL estão disponíveis em:

http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=cartilha_vigitel-2006.pdf e <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=vigitel-web-2011.pdf>.

A análise de tendência foi realizada apenas para as séries históricas, sem lacunas, de cinco anos. Os indicadores selecionados foram avaliados, segundo sexo, e são apresentadas as estimativas para a frequência da série histórica e avaliação da tendência temporal, sendo destacados os resultados que apresentaram tendência temporal estatisticamente significativos como $p < 0,05$.

Outras informações sobre o VIGITEL podem ser acessadas através do link <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/09/Vigitel-2013.pdf>.

De acordo com a metodologia do VIGITEL, aproximadamente 2.000 adultos maiores de 18 anos devem ser entrevistados por capital. Em Belo Horizonte, a frequência de entrevistas, no período de 2006 a 2013, variou de 1.811 a 2.016. Em 2013, 61,3% dos entrevistados foram do sexo feminino (Tabela 1).

Tabela 1 - Entrevistas realizadas em Belo Horizonte. Vigitel, 2006-2013

Ano	Homens	Mulheres	Total
2006	782	1234	2016
2007	803	1207	2010
2008	799	1217	2016
2009	817	1194	2011
2010	789	1218	2007
2011	836	1170	2006
2012	689	1122	1811
2013	757	1199	1956

Fonte: VIGITEL/SVS/SGEP/MS

RESULTADOS

TABAGISMO

Segundo a OMS, o tabagismo ativo é a principal causa de morte evitável no mundo em função de sua atuação como fator de risco de diversas patologias e sua alta prevalência²². Não somente o fumante está sujeito à mortalidade por todas essas doenças, pois a exposição à fumaça dos produtos de tabaco também coloca em risco a vida e saúde dos não fumantes³. O tabagismo passivo é a terceira causa de morte evitável no mundo, atrás do tabagismo ativo e do consumo excessivo de álcool¹⁴.

O tabagismo está associado à mortalidade por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do útero e leucemia mieloide aguda), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença coronariana, hipertensão arterial e acidente vascular encefálico. Estima-se que entre 71 e 80% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 80 a 90% da morbidade da DPOC têm como uma das causas o tabagismo¹⁹. A exposição à fumaça ambiental do tabagismo aumenta o risco de doenças isquêmicas coronarianas fatais e não-fatais em não-fumantes entre 25% e 30%¹.

No Vigitel, é considerado **Fumante** o indivíduo que respondeu positivamente à questão "O(a) senhor(a) fuma?", independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar.

Ex-fumante refere-se ao indivíduo não fumante que respondeu positivamente à questão "O(a) sr(a) já fumou?", independente do número de cigarros e da duração do hábito de fumar.

O cálculo do **Percentual de fumantes com consumo de 20 ou mais cigarros por dia** foi conforme resposta à questão: "Quantos cigarros o(a) senhor(a) fuma por dia?".

Percentual de fumantes passivos no domicílio é referente ao número de indivi-

duos não fumantes que relataram que pelo menos um dos moradores do seu domicílio costuma fumar dentro de casa, conforme questão "Alguma das pessoas que mora com o(a) senhor(a) costuma fumar dentro de casa?".

Percentual de fumantes passivos no local de trabalho foi calculado com base em indivíduos não fumantes, conforme resposta às seguintes questões "Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) senhor(a) trabalha?".

A prevalência do tabagismo, em Belo Horizonte, foi maior no sexo masculino durante todo o período analisado. No referido período, houve redução estatisticamente significativa da prevalência de fumantes de 15,7% para 12,8% (3,1% ao ano) (Figura 1), sendo que no sexo masculino, esta redução foi de 21,3 para 15,8% (4,2% ao ano) (Tabela 2).

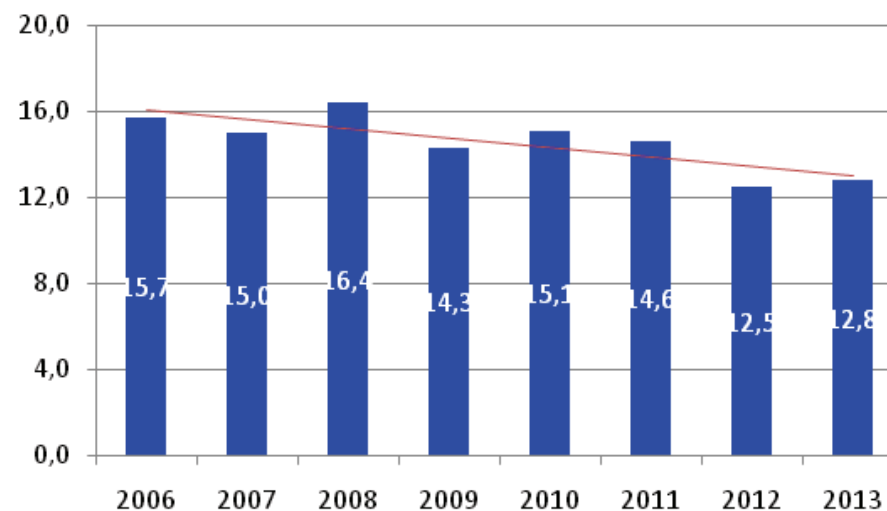
A prevalência de adultos que fumam 20 ou mais cigarros/dia também mostrou redução significativa de 7,4% ao ano no sexo masculino (Tabela 2).

O percentual de ex-fumantes foi maior que o de fumantes durante todo o período analisado, como vem acontecendo no Brasil⁵.

Outro importante indicador relacionado ao tabagismo é o percentual de fumantes passivos no local de trabalho, que mostrou maior prevalência em homens. No período analisado vem ocorrendo decréscimo significativo, de 7,9% ao ano (Tabela 2).

O percentual de fumantes passivos no domicílio também mostrou redução, porém, sem significância estatística. Ao contrário do indicador anterior, a prevalência foi maior em mulheres (Tabela 2).

Figura 1 – Evolução do percentual de indivíduos fumantes na população adulta (>18 anos) de Belo Horizonte



Fonte: VIGITEL – 2006/2013/SVS/SGEP/MS

EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

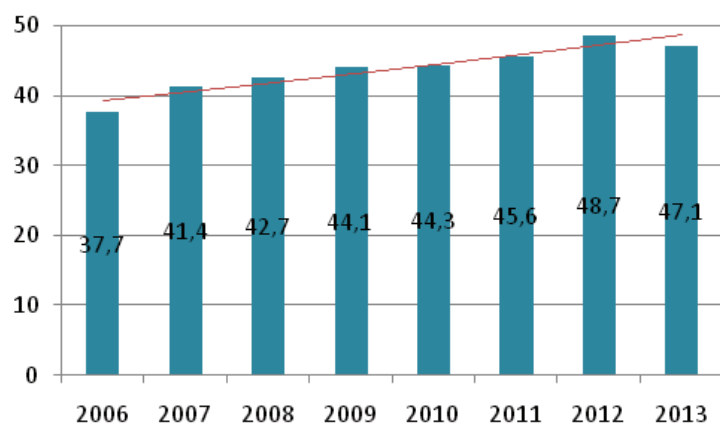
O IMC é uma medida da adequação do acúmulo de tecidos⁷. O monitoramento desse indicador é importante tendo em vista que seu incremento leva ao aumento do risco de ocorrência de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE), diabetes e câncer^{2,15}.

O aumento que vem sendo observado na prevalência da obesidade está relacionado às mudanças comportamentais, principalmente alimentação inadequada e aumento da inatividade física¹⁵. De natureza multifatorial, a obesidade é um dos fatores preponderantes para explicar o aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), uma vez que está associada frequentemente a enfermidades cardiovasculares como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes tipo 2, osteoartrites e certos tipos de câncer, sendo também apontada como importante condição que predispõe à mortalidade¹³.

Foi considerado como **Excesso de peso**, o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 25 kg/m² e **Obesidade**, o indivíduo com Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² (WHO 2000), ambos autorreferidos, conforme as questões: "O(a) senhor(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?" e "O(a) senhor (a) sabe sua altura?".

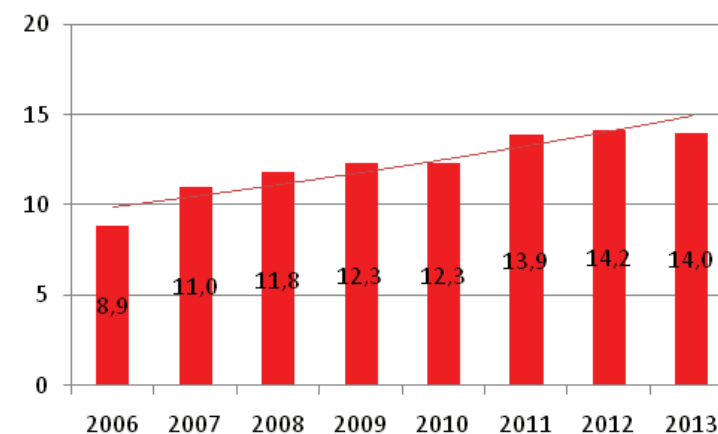
Achado preocupante a ser destacado e que segue padrão nacional, foi o aumento significativo do percentual de adultos com excesso de peso e obesidade (Figuras 2 e 3). Houve maior incremento em mulheres tanto do percentual de excesso de peso quanto de obesidade, que foi respectivamente de 1,8% (homens) e 4,6% (mulheres) e de 5,6% (homens) e 6,2% (mulheres) (Tabela 2).

Figura 2 – Evolução do percentual de indivíduos com excesso de peso na população adulta (>18 anos) de Belo Horizonte



Fonte: VIGITEL – 2006/2013/SVS/SGEP/MS

Figura 3 – Evolução do percentual de indivíduos com obesidade na população adulta (>18 anos) de Belo Horizonte



Fonte: VIGITEL – 2006/2013/SVS/SGEP/MS

CONSUMO ALIMENTAR

A alimentação e nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. No entanto, padrões de alimentação estão mudando rapidamente na maioria dos países e, em particular, naqueles economicamente emergentes. Observa-se a adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis como as principais mudanças que envolvem a substituição de alimentos "in natura" ou minimamente processados de origem vegetal (arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verduras) e preparações culinárias à base desses alimentos por produtos industrializados prontos para consumo⁶, que implica em um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultra-processados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar.

Esse hábito, aliado ao declínio do nível de atividade física, tem relação direta com o aumento do sobrepeso, da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão, observados nas últimas décadas⁴.

A OMS recomenda que o consumo seja, no mínimo, de pelo menos cinco porções diárias de frutas, legumes e verduras¹⁵.

Foi considerado **Consumo regular de frutas e de hortaliças** o consumo em cinco ou mais dias da semana de frutas e de hortaliças, estimado a partir de respostas às questões: "Em quantos dias da semana o (a) senhor (a) costuma comer frutas?"; "Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar suco de frutas natural?" e "Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu,

berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?”.

O **Consumo recomendado de frutas e de hortaliças** considerou o consumo de cinco ou mais vezes por dia, em cinco ou mais dias da semana, de frutas e hortaliças, conforme a combinação das questões acima citadas com as seguintes questões: “Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?”, “Em quantos dias da semana, o(a) senhor(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como, por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?”, “Num dia comum, o(a) senhor(a) come este tipo de salada?”, “Num dia comum, o(a) senhor(a) come verdura ou legume cozido?”, “Num dia comum, quantas copos o(a) senhor(a) toma de suco de frutas natural?” e “Num dia comum, quantas vezes o(a) senhor(a) come frutas?”.

Para o indicador **Consumo de carnes com excesso de gordura**, considerou-se resposta positiva à questão “Quando o(a) senhor(a) come carne vermelha com gordura, o(a) senhor(a) costuma comer também a gordura?” ou “Quando o(a) senhor(a) come frango/galinha com pele, o(a) Sr(a) costuma comer também a pele?”.

Foi considerado **Consumo de leite com teor integral de gordura**, a resposta à questão “Quando o senhor(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?” (indivíduos que referiram consumir ambos os tipos de leite ou que desconheciam o tipo consumido foram também incluídos), considerando-se a frequência mínima de uma vez na semana, dada pela questão: “Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar leite?”.

Na composição do indicador de **Consumo regular de refrigerante**, foram consideradas as respostas “cinco a seis dias por semana” e “todos os dias (inclusive sábado e domingo)” para a pergunta: “Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?”, independentemente da quantidade e do tipo.

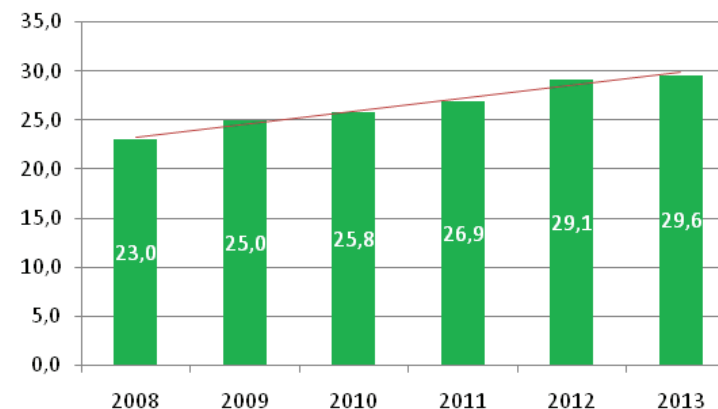
Consumo de feijão em cinco ou mais dias por semana considerou-se resposta à questão “Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer feijão?”.

O consumo alimentar saudável, no período analisado, foi, no geral, melhor em mulheres (Tabela 2). O consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças foi maior em mulheres durante todo o período analisado. Apesar do incremento de 2,0% do consumo regular de frutas e hortaliças em ambos os sexos, a análise por sexo não mostrou aumento com significância estatística. No entanto, o consumo recomendado de frutas e hortaliças mostrou aumento em homens e mulheres, respectivamente, de 5,2% e 5,0% (Figura 4 e Tabela 2).

O percentual de homens que costumam consumir carnes com gordura, leite com teor integral de gordura e refrigerante cinco ou mais dias por semana foi maior que em mulheres durante todo o período. Apesar da aparente redução desses fatores de risco, os resultados não mostraram significância estatística (Tabela 2).

Em relação ao consumo regular de feijão, as análises mostraram que os percentuais encontram-se estáveis, sendo este consumo maior em homens (Tabela 2).

Figura 4 – Evolução do percentual de indivíduos com consumo recomendado de frutas e hortaliças na população adulta (>18 anos) de Belo Horizonte.



Fonte: VIGITEL – 2006/2013/SVS/SGEP/MS

ATIVIDADE FÍSICA

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a inatividade física é considerada o quarto fator de risco de mortalidade mais importante no mundo, influenciando consideravelmente a prevalência de DCNT²⁰.

Pessoas insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade¹⁸, especialmente das doenças isquêmicas do coração, além de estar associada ao maior risco de obesidade e sobrepeso. A atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão².

Para adultos na faixa etária de 18 a 64 anos, é recomendado o acúmulo de no mínimo 150 minutos semanais de atividade física aeróbica moderada ou de 75 minutos de atividade física aeróbica vigorosa por semana ou ainda uma combinação equivalente de atividades moderadas e vigorosas. Essas atividades podem ser praticadas em sessões de no mínimo 10 minutos de duração¹⁸.

O cálculo do indicador **Prática de atividade física suficiente no tempo livre** refere-se ao número de indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais

de atividade física de intensidade vigorosa/número de indivíduos entrevistados. Atividade com duração inferior a 10 minutos não é considerada para efeito do cálculo da soma diária de minutos despendidos pelo indivíduo com exercícios físicos. Este indicador é estimado a partir das questões: “Nos últimos três meses, o(a) senhor(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”, “Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) senhor(a) praticou?”, “O(a) senhor(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?”, “Quantos dias por semana o(a) senhor(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?” e “No dia que o(a) senhor(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”.

A **Prática de atividade física no deslocamento** refere-se ao deslocamento para o trabalho ou escola de bicicleta ou caminhando e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta. São consideradas as questões sobre deslocamento para trabalho e/ou curso e/ou escola, conforme as seguintes questões: “Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?”, “Quanto tempo o(a) senhor(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?”, “Atualmente, o(a) senhor(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?” e “Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?”.

Foi considerado **Fisicamente inativo** o adulto que não praticou qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizou esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocou para o trabalho ou curso/escola caminhando ou de bicicleta perfazendo um mínimo de 20 minutos no percurso de ida e volta e não foi responsável pela limpeza pesada de sua casa. É construído com base nas questões anteriores sobre atividades físicas no tempo livre, no deslocamento e na atividade ocupacional e em questões sobre atividades físicas na limpeza da própria casa: “Quem costuma fazer a faxina da sua casa?” e “Quem costuma fazer a parte pesada da faxina da sua casa?”.

O indicador **Assistir televisão por três ou mais horas por dia** foi construído com base na resposta dada para a questão “Em média, quantas horas por dia o(a) senhor(a) costuma ficar assistindo televisão?”.

O aumento observado do percentual de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre não mostrou tendência significativa. No entanto, em relação aos demais indicadores de atividade física, os achados não são otimistas. Mulheres apresentaram redução do percentual de adultos ativos no deslocamento. Apesar de não mostrar significância estatística, também preocupantes foram os achados de redução de homens ativos no deslocamento, o aumento do percentual de mulheres fisicamente inativas e de homens que costumam assistir televisão por três ou mais horas por dia (Tabela 2).

CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

O uso abusivo do álcool é um dos quatro importantes fatores de risco modificáveis para DCNT^{14, 17}. De todas as mortes no mundo, 5,9% são atribuíveis ao consumo de álcool. Além disso, 5,1% da carga global de doenças e lesões é atribuível ao álcool, me-

dido em anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs)²³. As consequências do consumo excessivo de bebidas alcoólicas estão relacionadas às doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças hepáticas, transtornos mentais e comportamentais, absentismo, acidentes de trabalho e de transporte, agressões, homicídios, suicídios^{10,19}.

No Brasil, o consumo de álcool tem sido associado às mortes por causas violentas e aos acidentes de trânsito². Considerando a magnitude que os acidentes de trânsito vem assumindo, um importante marcador pesquisado pelo VIGITEL é a associação álcool e direção.

Considerou-se como **Consumo de bebidas alcoólicas de forma abusiva**, a resposta sim à questão “Nos últimos 30 dias, o senhor chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?”, para homens, ou “Nos últimos 30 dias, a senhora chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?”, para mulheres. Considerou-se uma dose de bebida alcoólica o correspondente a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

A condição **“Condução de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica”** inclui indivíduos que, nos últimos 30 dias, conduziram veículo motorizado após consumo abusivo de bebida alcoólica.

O percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva manteve-se estável no período de 2006 a 2013. No entanto, dirigir após consumir bebida alcoólica abusivamente mostrou redução significativa em homens (de 5,7% para 1,9%) (Tabela 2).

AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A auto-avaliação do estado de saúde também foi pesquisada no VIGITEL. Considerou-se como **Estado de saúde ruim** a resposta ruim ou muito ruim à pergunta: “O(a) senhor(a) classificaria seu estado de saúde como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?”.

O percentual de adultos que avaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim não mostrou alteração significativa, no período de 2006 a 2013, variando em torno de 4% (Tabela 2).

REALIZAÇÃO DE EXAMES DE DETECÇÃO PRECOCE DE CÂNCER EM MULHERES

As neoplasias representam a segunda causa de morte, após as doenças cardiovasculares. Existem intervenções custo-efetivas nas abordagens de prevenção e controle de câncer: prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. O diagnóstico precoce, estimulado por políticas de alerta para os primeiros sinais e sintomas, pode resultar em melhora da sobrevivência, para os cânceres de mama, do colo do útero, de pele, de cavidade oral, colorretal, entre outros.

O câncer do colo do útero é o segundo mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. A infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento

do câncer do colo do útero. Os principais fatores de risco estão relacionados ao início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros.

Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura do câncer cervical são de 100%. A efetividade da detecção precoce, associada ao tratamento em seus estádios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%.

O exame de Papanicolaou é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer a prevenção do câncer de colo do útero. Segundo o Ministério da Saúde, ele deve ser realizado prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (Ministério da Saúde, 2010). Em mulheres que tenha sido identificado algum fator de risco, como por exemplo, a infecção pelo vírus HIV, o rastreamento pelo exame de Papanicolaou deve ser anual.

O uso do preservativo (camisinha) e a vacinação contra o HPV são estratégias que devem ser somadas ao exame periódico de Papanicolaou para a prevenção do câncer de colo de útero.

O câncer de mama é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Quando identificado em estágios iniciais (lesões menores de dois centímetros de diâmetro) apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura.

As estratégias de detecção precoce são o diagnóstico precoce e o rastreamento, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação e tratamento (WHO, 2007).

No Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina de atenção integral à saúde da mulher. A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado¹¹.

Neste boletim são apresentados três indicadores:

- **Percentual de mulheres (50 a 69 anos de idade) que realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos**, conforme resposta às questões: “A senhora já fez, alguma vez, mamografia, raio-X das mamas?” e “Quanto tempo faz que a senhora fez mamografia?”.

- **Percentual de mulheres (25 a 59 anos de idade) que realizaram exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero nos últimos três anos**. Este indicador é construído com base na resposta dada para as questões “A sra. Já fez, alguma vez, exame de Papanicolaou, exame preventivo de câncer de colo de útero?” e “Quanto tempo faz que a senhora fez exame de Papanicolaou?”.

- **Percentual de mulheres (25 a 64 anos de idade) que realizaram exame de citologia oncológica para câncer de colo do útero nos últimos três anos**. Este indicador é construído com base na resposta dada para as questões “A sra. já fez, alguma vez, exame de Papanicolaou, exame preventivo de câncer de colo de útero?” e “Quanto tempo faz que a senhora fez exame de Papanicolaou?”.

Observa-se que a prevalência dos três indicadores permaneceu em torno de 80%, com aparente aumento no período analisado, tendo em vista que a análise de tendência temporal não mostrou significância estatística (Tabela 2).

MORBIDADE AUTORREFERIDA: HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, DISLIPIDEMIAS

Por apresentarem alta prevalência, terem impacto no risco para doenças isquêmicas e acidente vascular cerebral, além de serem modificáveis ou passíveis de controle, cada vez mais tem sido enfatizada a importância do controle do diabetes mellitus, da hipertensão arterial, da hiperlipidemia e da obesidade, inatividade física e uso do tabaco⁸.

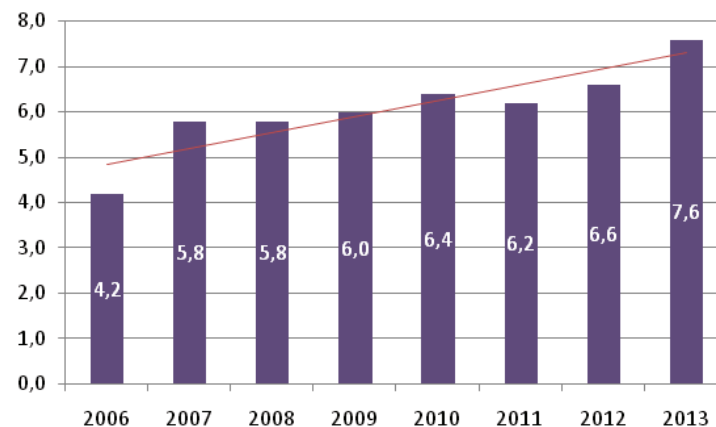
A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal crônica e fibrilação atrial. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial¹³.

A prevalência do diabetes vem mostrando um crescimento mundial, resultante, em grande parte pelo envelhecimento da população, sedentarismo, alimentação inadequada e aumento da obesidade⁸. Essa situação é preocupante, tendo em vista que o diabetes é um importante preditor de mortes prematuras e está associado com o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares.

Dessa forma, no VIGITEL, foram avaliados os indivíduos que responderam às questões “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem **pressão alta?** E **diabetes?**”

Em relação à hipertensão arterial, a prevalência foi estável durante o período (Tabela 2). No entanto, a prevalência de diabetes autorreferida apresentou um incremento de 6,0% ao ano ($p < 0,05$), sendo de 6,9% em homens e 5,1% em mulheres (Figura 5 e Tabela 2). Estes achados são preocupantes e enfatizam a importância das ações assistenciais e de promoção e prevenção.

Figura 5 – Evolução do percentual de indivíduos com diabetes autorreferida na população adulta (>18 anos) de Belo Horizonte.



Fonte: VIGITEL – 2006/2013/SVS/SGEP/MS

CONCLUSÃO

A análise da série histórica do VIGITEL permitiu verificar que a situação dos fatores de risco e de proteção em Belo Horizonte é preocupante, especialmente em relação ao aumento da prevalência do excesso de peso, obesidade e diabetes, que mostraram tendência estatisticamente significativa. Segundo Simão et al.¹³, a ligação indiscutível da obesidade e do sobrepeso com o aumento da prevalência de diabetes coloca o controle do peso como meta principal para o controle da epidemia de diabetes.

A redução do percentual de mulheres adultas ativas no deslocamento também é achado pouco otimista. Nesse aspecto, é preciso considerar que a maneira como o espaço urbano é organizado pode influenciar, tanto positiva quanto negativamente, a prática de atividades físicas, de lazer e os meios de locomoção. Entre os fatores determinantes para a prática de atividades físicas estão a criminalidade e a existência e qualidade de calçadas, iluminação pública, segurança no trânsito, transporte público e espaços para a opção de ser ativo. Além disso, a prática de atividade física como meio de locomoção pode contribuir significativamente para a saúde do ambiente com a redução da emissão dos poluentes².

Outros resultados mostram direção oposta, como o consumo alimentar, em que observou-se um aumento do consumo regular de frutas e hortaliças (total) e de consumo recomendado (tanto para homens quanto para mulheres), demonstrando que os esforços de divulgação da importância de uma prática alimentar adequada e de acordo com as necessidades humanas pode estar impactando positivamente nos hábitos da população.

Da mesma forma, a redução da prevalência do tabagismo, em Belo Horizonte, deve ser resultado das políticas de controle adotadas pelo país nos últimos anos, em função da adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, em vigor no país desde 2006, entre as quais se destacam o aumento dos impostos e preços dos produtos do tabaco, a implantação dos ambientes livres de tabaco, venda proibida para menores de 18 anos, proibição da propaganda de cigarros e as advertências sobre o risco de problemas de saúde nos maços do produto, entre outras.

Apesar da redução da prevalência de adultos que costumam dirigir após consumir bebida alcoólica abusivamente, a prevalência de quase 2%, em 2013, é um achado altamente preocupante. Campanhas educativas e ações de fiscalização para coibir o hábito de associar a ingestão de bebida alcoólica e direção têm sido desencadeadas pelos órgãos do trânsito e autoridades governamentais. Da mesma forma, a mídia tem efetuado divulgações importantes quanto à importância da adoção de comportamentos adequados no trânsito. No entanto, a abolição dessa prática ainda representa um desafio para os vários setores da sociedade e terá êxito a partir do compartilhamento de várias ações intersetoriais.

Os achados apontam para a importância da continuidade e do incremento das ações de promoção da saúde. Nesse sentido, o município tem desenvolvido diversas ações para o enfrentamento das DCNT como o *Projeto Vida no Trânsito*, as Academias

da Cidade, Lian Gong, ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária - por meio dos NASFs - focados nos principais fatores de risco contemplados no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis. Integrando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC portaria 971/2006 Ministério da Saúde), o Programa Lian Gong em 18 Terapias, por exemplo, é uma ginástica terapêutica fundamentada na Medicina Tradicional Chinesa, especialmente desenvolvida para prevenir e tratar dores no corpo. Usuários, em especial, os pacientes com diabetes, hipertensão arterial, dores crônicas ou doenças osteoarticulares, idosos, portadores de sofrimento mental e outros, além dos próprios trabalhadores de saúde podem se beneficiar dessa prática, que é oferecida nos Centros de Saúde, dentro da Unidade ou em áreas próximas (quadras, praças, igrejas, escolas ou parques).

O Programa Municipal de Controle do Tabagismo tem atuado na implantação de *Ambientes 100% Livres de Tabaco*, comemorações de datas alusivas ao controle do tabagismo, capacitação dos profissionais da rede SUS-BH para abordagem breve e intensiva dos fumantes, aumento a oferta de apoio e tratamento aos fumantes (Figura 6). Em estudo realizado em 2008, a taxa de cessação do tabagismo, por mais de 6 meses, dos usuários atendidos no Programa Municipal foi de 42,6% (Santos, 2011)¹².

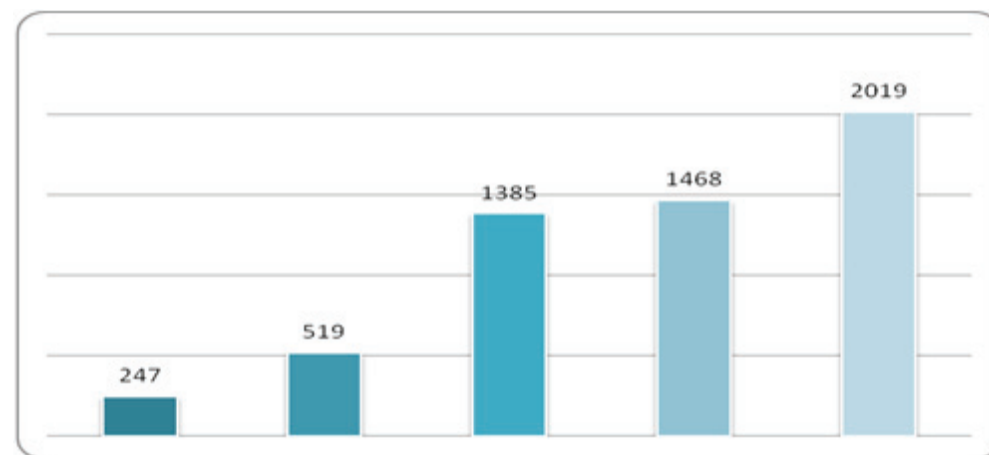


Figura 6 - Fumantes atendidos em grupos de Abordagem Intensiva dos Fumantes em Belo Horizonte, 2010-2014

Em que pese as limitações do VIGITEL, inerente aos inquéritos, os resultados apontaram que é fundamental a continuidade das ações de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de promoção da saúde.

Tabela 2 - Variações no percentual de indivíduos expostos a fatores de risco ou proteção para doenças crônicas na população adulta (>18 anos) de Belo Horizonte. VIGITEL, 2006-2013.

Fator	Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Tendência período	Variação percentual ao ano	
		%	%	%	%	%	%	%	%		Beta	p-valor
Fumantes	masculino	21,3	19,8	20,3	17,7	17,6	19,1	15,5	15,8	(-)	-0,0420	0,004
	feminino	11,0	10,9	13,2	11,5	12,9	10,8	9,9	10,3	(-)	-0,0170	0,312
	ambos	15,7	15,0	16,4	14,3	15,1	14,6	12,5	12,8	(-)	-0,0310	0,013
Ex-fumantes	masculino	28,2	29,0	27,3	27,4	32,2	25,3	25,8	23,8	(-)	-0,0220	0,132
	feminino	17,5	18,6	17,1	18,3	16,9	20,3	19,1	18,5	(+)	0,0110	0,253
	ambos	22,4	23,4	21,8	22,5	23,9	22,6	22,2	20,9	(-)	-0,0070	0,310
Fumantes com consumo de 20 ou mais cigarros por dia	masculino	7,4	6,8	7,6	4,9	5,0	5,3	5,0	4,4	(-)	-0,0740	0,006
	feminino	2,6	2,5	4,0	2,9	2,7	2,3	2,9	3,2	(+)	0,0060	0,852
	ambos	4,8	4,5	5,6	3,8	3,7	3,7	3,9	3,8	(-)	-0,0430	0,057
Fumantes passivos no domicílio	masculino				13,3	9,8	10,3	10,6	9,8	(-)	-0,0530	0,222
	feminino				16,0	11,9	14,0	14,1	10,5	(-)	-0,0670	0,237
	ambos				14,8	10,9	12,3	12,5	10,2	(-)	-0,0610	0,214
Fumantes passivos no local de trabalho	masculino				17,2	16,7	19,1	14,6	12,6	(-)	-0,0760	0,150
	feminino				10,7	8,4	8,0	6,5	7,8	(-)	-0,0890	0,116
	ambos				13,6	12,2	13,1	10,2	10,0	(-)	-0,0790	0,046
Adultos com excesso de peso (imc >= 25 kg/m2)	masculino	44,0	47,2	47,3	49,1	49,0	50,1	53,0	48,8	(+)	0,0180	0,016
	feminino	31,8	36,0	38,4	39,3	39,9	41,5	44,7	45,7	(+)	0,0460	0,000
	ambos	37,7	41,4	42,7	44,1	44,3	45,6	48,7	47,1	(+)	0,0310	0,001
Adultos com obesidade (imc >= 30 kg/m2)	masculino	9,2	10,1	11,1	10,6	12,0	13,4	13,1	13,6	(+)	0,0560	0,000
	feminino	8,6	12,0	12,4	14,0	12,6	14,4	15,2	14,5	(+)	0,0620	0,010
	ambos	8,9	11,0	11,8	12,3	12,3	13,9	14,2	14,0	(+)	0,0590	0,001
Adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente	masculino			30,0	34,6	32,4	33,4	33,1	37,2	(+)	0,0280	0,100
	feminino			49,0	46,3	47,3	47,0	51,1	51,8	(+)	0,0160	0,161
	ambos			40,3	41,0	40,4	40,8	42,9	45,1	(+)	0,0200	0,031
Adultos que consomem frutas e hortaliças conforme recomendado	masculino			18,0	19,2	21,4	22,2	22,5	23,3	(+)	0,0520	0,003
	feminino			27,1	29,8	29,6	30,8	34,7	34,8	(+)	0,0500	0,003
	ambos			23,0	25,0	25,8	26,9	29,1	29,6	(+)	0,0500	0,000
Adultos que costumam consumir carnes com excesso de gordura	masculino		55,3	47,6	50,9	52,7	52,7	48,8	49,8	(-)	-0,0080	0,450
	feminino		30,6	31,9	29,8	29,5	29,7	29,4	30,0	(-)	-0,0080	0,145
	ambos		41,9	39,1	39,5	40,2	40,2	38,2	39,1	(-)	-0,0080	0,137

Tabela 2 - Variações no percentual de indivíduos expostos a fatores de risco ou proteção para doenças crônicas na população adulta (>18 anos) de Belo Horizonte. VIGITEL, 2006-2013.

Fator	Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Tendência período	Variação percentual ao ano	
		%	%	%	%	%	%	%	%		Beta	p-valor
Adultos que costumam consumir leite com teor integral de gordura	Masculino	60,6	54,0	61,1	60,0	57,0	57,8	57,9	57,1	(-)	-0,0030	0,624
	Feminino	55,8	52,6	51,0	51,4	52,5	52,5	51,1	52,0	(-)	-0,0060	0,168
	Ambos	58,0	53,3	55,6	55,3	54,6	54,9	54,2	54,3	(-)	-0,0050	0,208
Adultos que costumam consumir refrigerante cinco ou mais dias por semana	Masculino				32,9	30,6	33,4	28,5	24,9	(-)	-0,0630	0,084
	Feminino				24,4	26,2	23,2	26,4	20,3	(-)	-0,0360	0,358
	Ambos				28,3	28,2	27,9	27,4	22,4	(-)	-0,0500	0,114
Adultos que consomem feijão cinco ou mais dias por semana	Masculino		88,1	88,2	86,6	86,2	88,2	91,3	86,5	(+)	0,0010	0,787
	Feminino		78,6	78,8	76,3	77,3	78,8	80,9	80,8	(+)	0,0060	0,149
	Ambos		82,9	83,1	81,0	81,4	83,1	85,6	83,4	(+)	0,0040	0,322
Adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre (lazer)	Masculino				41,7	40,1	44,5	45,5	42,8	(+)	0,0180	0,327
	Feminino				27,3	25,3	27,6	28,7	30,2	(+)	0,0330	0,110
	Ambos				33,9	32,1	35,3	36,4	35,9	(+)	0,0240	0,147
Adultos ativos no deslocamento	Masculino				18,6	17,1	13,8	16,1	12,3	(-)	-0,0890	0,074
	Feminino				19,3	19,6	15,5	16,6	14,4	(-)	-0,0750	0,049
	Ambos				19,0	18,4	14,7	16,4	13,5	(-)	-0,0800	0,056
Adultos fisicamente inativos	Masculino	16,2	15,1	17,8	16,0	15,9	16,5	15,4	14,9	(-)	-0,0090	0,364
	Feminino	12,1	11,0	17,6	13,8	11,5	13,6	14,0	15,7	(+)	0,0250	0,349
	Ambos	14,0	12,9	17,7	14,8	13,5	14,9	14,6	15,3	(+)	0,0080	0,645
Adultos que costumam assistir televisão por três ou mais horas por dia	Masculino	22,4	25,2	23,1	22,0	26,8	27,1	22,7	23,3	(+)	0,0050	0,718
	Feminino	31,7	26,7	26,8	26,3	24,1	25,8	27,3	25,1	(-)	-0,0210	0,099
	Ambos	27,4	26,0	25,1	24,3	25,3	26,4	25,2	24,2	(-)	-0,0100	0,131
Adultos que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva	Masculino	27,1	29,3	30,0	34,1	30,6	28,1	30,6	25,5	(-)	-0,0060	0,688
	Feminino	12,1	10,3	13,1	14,1	12,8	12,1	13,0	14,5	(+)	0,0250	0,135
	Ambos	19,0	19,0	20,8	23,3	20,9	19,4	21,1	19,6	(+)	0,0050	0,674

Tabela 2 - Variações no percentual de indivíduos expostos a fatores de risco ou proteção para doenças crônicas na população adulta (>18 anos) de Belo Horizonte. VIGITEL, 2006-2013.

Fator	Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Tendência período	Variação percentual ao ano	
		%	%	%	%	%	%	%	%		Beta	p-valor
Adultos que costumam dirigir após consumir bebida alcoólica abusivamente	Masculino		5,7	4,1	4,9	4,5	4,1	3,2	1,9	(-)	-0,1420	0,015
	Feminino		0,6	0,3	0,6	0,5	0,0	0,4	0,0	na		
	Ambos		2,9	2,1	2,6	2,4	1,9	1,7	0,9	(-)	-0,1520	0,017
Adultos que autoavaliaram o estado de saúde como ruim	Masculino	4,2	3,2	2,8	1,4	3,0	3,2	2,2	3,2	(-)	-0,0310	0,582
	Feminino	4,7	4,2	5,0	4,0	4,7	4,1	5,7	4,8	(+)	0,0150	0,458
	Ambos	4,5	3,8	4,0	2,8	3,9	3,7	4,1	4,1	(-)	-0,0020	0,932
Mulheres (50 a 69 anos) que realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos	Feminino		76,5	84,0	82,6	86,3	82,2	86,5	82,9	(+)	0,0110	0,197
Mulheres (25 a 59 anos) que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero nos últimos três anos	Feminino		81,9	83,0	84,2	83,6	82,1	83,8	83,0	(+)	0,0010	0,585
Mulheres (25 a 64 anos) que realizaram exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero nos últimos três anos	Feminino		81,4	82,9	84,3	84,1	82,4	83,8	83,1	(+)	0,0020	0,404
Adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial	Masculino	24,7	23,0	21,6	26,3	26,4	21,0	23,9	22,1	(-)	-0,0080	0,594
	Feminino	26,0	27,6	30,8	31,1	26,8	27,9	27,7	26,5	(-)	-0,0040	0,760
	Ambos	25,4	25,5	26,6	28,9	26,6	24,8	26,0	24,5	(-)	-0,0050	0,548
Adultos que referem diagnóstico médico de diabetes	Masculino	3,4	5,0	5,0	5,7	6,9	4,9	5,0	7,6	(+)	0,0690	0,060
	Feminino	4,9	6,5	6,6	6,3	6,0	7,3	7,9	7,6	(+)	0,0510	0,012
	Ambos	4,2	5,8	5,8	6,0	6,4	6,2	6,6	7,6	(+)	0,0600	0,005

Fonte: VIGITEL, 2006-2013/DPSVDANT/MS

Tendência (+) ou (+) ou (-) ou (-) indicam a existência de tendência temporal significativo.

A análise de tendência é feita apenas para as séries históricas, sem lacunas, de 5 anos. Foram considerados, como estatisticamente significativos, os casos onde p-valor < 0.05.

O cálculo do p-valor é feito pela regressão exponencial. Pesos calculados pelo Método de Ponderação Rake.

Referencias Bibliográficas

1. Associação Médica Brasileira, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde, Aliança de Controle do Tabagismo. Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário. AMB, 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 148 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
3. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do Tabagismo no Brasil : dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. -- Rio de Janeiro : Inca, 2011b.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 84 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIGI-TEL Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2014c. 156 p.
7. Conde WL, Monteiro CA. A evolução da altura e do Índice de Massa Corporal de Crianças, adolescentes e adultos brasileiros no período de 1974 a 2007. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
8. Lessa I. O Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.
9. Malta DC et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. Epidemiologia e serviços públicos de saúde, n. 15, p. 47-64, 2006.
10. Malta, Deborah Carvalho et al. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2009, vol.18, n.1, pp. 7-16.
11. PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher SMSA, Belo Horizonte, 2009.
12. Santos JDP. Avaliação da efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde. Porto Alegre: 2011. Dissertação de Mestrado.
13. Simão AF, Prêcoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2013; 101 (6Supl.2): 1-63
14. WHO. International Agency for Research on Cancer (IARC), 1987 e 2002, Surgeon General, 1986; Glantz, 1995.
15. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, 2002. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization, 2003. (WHO Technical Report Series).
16. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.
17. WHO. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. ISBN 978 92 4 359993 9 (NLM classification: WM 274) © Organización Mundial de la Salud, 2010a.
18. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010b.
19. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011a.
20. WHO, World Heart Federation, World Stroke Global. Atlas on cardiovascular disease prevention and control. editors: Shanthi Mendis, Pekka Puska and Bo Norrving. Geneva: World Health Organization, 2011b.
21. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013a.
22. WHO. Report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization, 2013b.

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



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

www.pbh.gov.br