

INDICADORES DE SAN - Saúde e nutrição

Os Inquéritos populacionais são de extrema relevância para o monitoramento das condições de saúde, alimentação e nutrição da população. Os resultados desses estudos constituem evidências científicas sólidas para definição de prioridades internacionais, nacionais e regionais, como também para tomada de decisão política, incluindo a construção e o monitoramento dos Planos Estaduais e Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional.

A Série Histórica de estado nutricional da população brasileira soma pouco mais de 4 décadas, com os primeiros dados sistematizados nas cinco grandes regiões brasileiras (Norde, Nordeste, Suel, Sudeste, Centro-oeste), através do Estudo Nacional de Despesa Familiar. Na atualidade, o Brasil possui outras duas principais fontes de sistematização de informações de estado nutricional, sendo elas: o relatório anual de Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e o Sistema de informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Com a finalidade de sistematizar informações que possam ser utilizadas nos planos de Segurança alimentar e nutricional, nos estados de São Paulo e Paraná, o texto apresentará um breve resumo sobre as pesquisas de base populacional e em seguida os dados que caracterizam o estado nutricional da população brasileira e dos

INQUÉRITOS DOMICILIARES

ENDEF - Estudo Nacional de Despesa Familiar

No Brasil, na década de 1970, ocorreu o primeiro inquérito nacional com informações acerca do consumo alimentar e estado nutricional dos brasileiros, denominado de Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF)¹. As informações sistematizadas sobre antropometria foram: o peso corporal (Kg), a altura(cm) e a circunferência do braço esquerdo(cm). Crianças a partir de 1 dia de vida até idosos de 69anos ou mais, compuseram as faixas etária da pesquisa.

Pesquisas de Orçamento Familiar -POF

As edições da Pesquisa de Orçamento Familiar de 1987/88², 1995/96³, 2002/03⁴ e 2008/09⁵ trouxeram informações sobre a disponibilidade de alimentos para consumo nos domicílios. Apenas a pesquisa de 2002/03 e 2008/09 sistematizaram informações de antropometria. Entre as crianças menores de 5 anos foram avaliados os indicadores de déficit de altura para idade e IMC, não sendo calculado o déficit de peso para idade, entre os adultos foi avaliado o IMC

Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN/1989)

A PNSN⁶ foi realizada em única versão pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), extinto em 1997, dando lugar para atual Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN). Foram avaliados peso (kg) e altura (cm) em todos os ciclos de vida, sendo para as crianças utilizado o índice de peso/Idade e altura/idade e para os adultos o IMC.

Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV/1997)

A pesquisa foi desenvolvida pelo IBGE em parceria com o Banco Mundial⁷. Foram Identificar panorama do bem estar social da população, assim como os fatores determinantes. Foi realizado questionário de frequência com 28 tipos de alimentos, além da verificação de Peso (kg) e Altura (cm). Todavia a amostra da pesquisa foi representada apenas pela população das regiões do Nordeste e do Sudeste. Como a pesquisa não oferece dados para a grande região Sul, onde está localizado o estado do Paraná, não será abordada neste relatório.

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS de 1996 e 2006)

A pesquisa⁸⁻⁹ foi promovida pelo Ministério da Saúde e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap). O objetivo da pesquisa foi caracterizar a população feminina em idade fértil e as crianças abaixo de 5 anos de idade, segundo fatores demográficos, socioeconômicos e culturais. Questionário de frequência com 20 tipos de alimentos e verificação de Peso

(kg) e Altura (cm). Para as crianças foram avaliados os índices de Peso/Idade e Altura/Idade e para as mulheres em idade fértil o IMC.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013)

A pesquisa foi promovida pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE. A PNS¹⁰ terá periodicidade semelhante à da POF, isto é, cinco anos, e trata-se da primeira pesquisa do IBGE que realizou coleta de sangue para exames laboratoriais, a fim de caracterizar o perfil lipídico, de glicemia e de creatinina plasmática de um morador, com mais de 18 anos, em cada domicílio. A análise bioquímica somada à avaliação antropométrica, do consumo alimentar e dos dados socioeconômicos, possibilitaram avaliação completa do estado nutricional da população, assim como seus fatores determinantes. A classificação do estado nutricional de adultos é dada pelo IMC

INQUÉRITOS ESCOLARES

Além dos inquéritos domiciliares supracitados tem-se os escolares, como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE de 2009 e 2012)¹¹⁻¹²

Os inquéritos escolares fornecem informações importantes de dois públicos – escolares e adolescentes – que não possuem o hábito de procurar os serviços de saúde, a não ser em situações de ocorrência de agravos e doenças. Sendo assim, esses inquéritos colaboram para a definição de prioridades e ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos direcionados para esses grupos, cujos dados são limitados em sistemas de informação tradicionais.

ESTUDO DE RISCO CARDIOVASCULAR

O Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA/2014)¹³, de forma semelhante à PNS do IBGE, também foi coletado amostras de sangue para exames laboratoriais, sendo dosados colesterol total, HDL-colesterol, triglicerídeos, glicose de jejum, hemoglobina glicada e insulina de jejum, de uma subamostra de 40 mil adolescentes.

O ERICA avaliou pouco mais de 75.000 adolescentes em 1.248 escolas de 121 municípios, em todo o território brasileiro. O número de fatores de risco

avaliados é maior que as pesquisas de domiciliares e o estudo tem representatividade nacional, regional, de capitais e de estratos do interior das cinco regiões para municípios com mais de 100 mil habitantes.

INQUÉRITOS TELEFÔNICOS

Além dos inquéritos domiciliares, escolares e estudo de riscos cardiovasculares, o Brasil conta com os inquéritos telefônicos, como é o caso da Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico VIGITEL 2006¹⁴, 2007¹⁵, 2008¹⁶, 2009¹⁷, 2010¹⁸, 2011¹⁹, 2012²⁰, 2013²¹, 2014²², 2015²³, 2016²⁴, 2017²⁵). O VIGITEL, desde a sua primeira edição em 2006, vem sendo desenvolvido anualmente nas capitais dos estados e Distrito Federal, sendo o foco principal a vigilância e o monitoramento dos principais fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, que constituem, atualmente, a principal causa de morbimortalidade no Brasil e demandam atenção especial na agenda política de alimentação e nutrição.

São utilizadas informações auto declaradas de peso (Kg) e altura (cm) de Adultos, e o índice utilizado para avaliação do estado nutricional é o IMC.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)²⁶ corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população.

O SISVAN – módulo municipal encontra-se instalado em praticamente todos os municípios brasileiros. Trata-se de uma ferramenta informatizada, desenvolvida pelo DATASUS, que apresenta a possibilidade de registro de informações para monitoramento do estado nutricional da população atendida por demanda espontânea nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde o por profissionais da Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Vale a pena ressaltar que ele também é alimentado como condicionalidade para os usuários cadastrado no Programa Bolsa Família.

São avaliadas diferentes faixas etárias, desde crianças até idosos. Os índices utilizados para classificação de estado nutricional são: Peso/Idade e Altura/Idade, para crianças menores de cinco anos; IMC para adolescentes, gestantes, adultos e idosos.

O módulo de dados públicos possibilita a aplicação de vários filtros, incluindo a desagregação dos estados do nível nacional para o estadual, regiões de saúde de um estado e municipal. Esse sistema mostra-se de grande valia para a obtenção de dados de antropometria para os municípios monitorarem seus planos municipais de segurança alimentar. Ao ser atrelado aos atendimentos gerais da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como ao acompanhamento do Bolsa Família, sua cobertura vem aumentando.

Em estudo recente sobre avaliação de cobertura do SISVAN, as autoras²⁷ apontam que em relação à estratificação por fases do curso da vida, o maior volume de informações advém de crianças, gestantes e adolescentes. As gestantes, os pré-escolares, os adultos e os idosos apresentaram tendência significativa de aumento da cobertura, e a variação da cobertura das crianças menores de cinco anos passou de 17,69% a 27,89% e a das gestantes, de 4,71% para 16,96%, no período avaliado. O aumento médio da frequência desses dois grupos foi de quase três pontos percentuais ao ano, destacando-se das demais fases. Apesar do aumento significativo na cobertura da população idosa, ela apresentou médias e variação anual muito baixas (0,41%-1,17%).

Porém, vale destacar que para a Vigilância em Saúde o aprimoramento desse sistema é fundamental, uma vez que os serviços de atenção básica coletam as informações de maneira sistematizada e rotineira. As autoras²⁸ destacam que os resultados da pesquisa apontam para uma cobertura ainda baixa para um sistema de vigilância alimentar e nutricional que se pretende universal. Porém, verifica-se aumento significativo da cobertura no período (2008-2013) e fatores relacionados a esse aumento (IDH-M UF, PIB per capita, coberturas de ACS e EqSF).

Vale ressaltar que os Relatórios Consolidados do SISVAN, acessados através [sítio do e-Gestor Atenção Básica](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml) (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>), são gerados a partir dos dados registrados pelos funcionários da Atenção Básica. Os seus registros podem representar a capacidade do serviço de atendimento da população específica, da organização e mesmo da capacidade de registro das informações no sistema. Diferentemente de uma pesquisa de inquérito domiciliar, com plano amostral cuidadosamente definido e ajustado, os dados podem não representar uma amostra suficiente daquele estado ou do município. Todavia, é o único relatório capaz de desagregar as informações de antropometria para os estados e municípios.

Há uma diversidade de pesquisas e sistemas de avaliação periódica do estado nutricional da população brasileira, contudo, alguns entraves ainda dificultam a utilização desses dados, sendo eles:

- falta de informação sobre onde buscar as bases de dados, que são de acesso livre e gratuito, e de como extrair e proceder com as análises estatísticas, uma vez que o plano de amostragem dos inquéritos possuem particularidades;
- existem diferenças no processo amostral entre as pesquisas, o que causa fragilidade na construção da série histórica dos dados.
- o processo amostral, para a maioria das pesquisas, possibilita a desagregação dos dados apenas para as grandes regiões, não chegando a desagregação até os estados e municípios. Essa é uma grande dificuldade para utilização dos dados referentes às pesquisas domiciliares, no monitoramento dos Planos Estaduais e Municipais de SAN.
- o SISVAN é o único sistema de informação que possibilita a geração de relatórios com filtros para diferentes fases da vida, tendo como localidade os municípios ou regiões de saúde de um estado;
- o VIGITEL sistematiza informações de estado nutricional com informações referidas das capitais Brasileiras. Na literatura científica ele tem sido utilizado para vigilância em saúde, com dados para construções de séries históricas do Brasil e suas 26 capitais. Porém, não possibilita informações sobre os municípios.

A vigilância nos serviços de saúde, em conjunto com os inquéritos populacionais, as chamadas nutricionais e a produção científica, compõe a vigilância alimentar e nutricional e, conseqüentemente, as estratégias de vigilância em saúde no país. Nesse documento iremos sistematizar informações que podem ser utilizadas pelos estados de São Paulo e Paraná, para o monitoramento dos Planos Estaduais de Saúde de SAN.

O quadro abaixo é uma síntese dos inquéritos e sistemas de informação que possibilitam acessos aos dados de antropometria da população.

Quadro1: Síntese dos principais inquéritos e sistemas de informações de dados antropométricos da população brasileira.

Pesquisa	Amostra	Objetivos	Antropometria	Fase de Vida
Inquéritos Domiciliares				
Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF - 1974/1975)	55 mil domicílios; 267.446 pessoas.	Avaliar as condições de vida e a situação nutricional da população.	Peso (kg) Altura (cm) Perímetro do Braço (cm)	Todos os ciclos de vida
Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 1985 e de 1995.	1987: 13.707 domicílios. 1995: 19.816 domicílios.	Traçar o perfil das condições de vida da população a partir da análise de seus orçamentos domésticos.	Não foi avaliado.	Todos os ciclos de vida
Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN – 1989) ⁹	14.455 domicílios; 63.213 indivíduos.	Descrever o estado nutricional da população brasileira, além de caracterizar as condições de saúde e a estrutura socioeconômica nos domicílios.	Peso (kg) Altura (cm)	Todos os ciclos de vida
Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV – 1997) ¹⁰	Nordeste e Sudeste. 5.000 domicílios.	Identificar panorama do bem estar social da população, assim como os fatores determinantes.	Peso (kg) Altura (cm)	Todos os ciclos de vida
Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS de 1996 e 2006) ^{11,12}	1996: 13.283 domicílios; 12.612 mulheres, 2.949 homens e 4.782 crianças < de 5 anos. 2006: 14.617 domicílios; 15.575 mulheres e 5.461 crianças < de 5 anos	Caracterizar a população feminina em idade fértil e as crianças abaixo de 5 anos de idade, segundo fatores demográficos, socioeconômicos e culturais.	1996: Peso (kg) Altura (cm) 2006: Peso (kg) Altura (cm) Perímetro da cintura (cm) das mulheres.	Mulher idade fértil (15 e 49 anos) e criança
POF - 2002/03 ⁷	48.470 domicílios; 182.333 pessoas.	Fornecer informações sobre a composição dos orçamentos domésticos e as condições alimentares e nutricionais da população.	Peso (kg) Altura (cm)	Todos os ciclos de vida
POF – 2008/09	55.970 domicílios; 159.941 pessoas. Análise do consumo alimentar: 34.003 pessoas.	Idem POF 2002-2003.	Peso (kg) Altura (cm)	Todos os ciclos de vida

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS - 2013) ¹³	62.986 domicílios.	Coletar dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira.	Peso (kg) Altura (cm) Perímetro da Cintura (cm) Pressão Arterial (mmHg) exames bioquímicos de perfil lipídico, glicemia e creatinina plasmática	Adulto
Inquéritos Escolares				
Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE de 2009, 2012 e 2015)	Escolares do 9º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas das capitais brasileiras e do Distrito Federal. 2009: 6.780 escolas; 60.973 escolares. 2012: 42.717 escolas; 109.104 escolares.	Conhecer a prevalência dos fatores de risco e a proteção à saúde dos adolescentes, e orientar intervenções em saúde adequadas.	2009: Peso (kg) Altura (cm) 2012: sem antropometria. 2015: Peso(Kg) Altura(cm)	Escolares
Pesquisa	Amostra	Objetivos	Antropometria	Idade
Estudo de Riscos Cardiovasculares				
Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA/2014) ¹⁶	Adolescentes de 12 a 17 anos. Total de 1.251 escolas; 75 mil estudantes; 121 municípios	Conhecer a proporção de adolescentes com diabetes mellitus e obesidade, assim como traçar o perfil dos fatores de risco de doenças cardiovasculares.	Peso (kg) Altura (cm) Perímetro da cintura (cm)	Adolescente
Inquéritos Telefônicos				
Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel 2006; 2014) ¹⁷	Adultos com mais de 18 anos residentes nas capitais dos 26 estados e Distrito Federal. Entrevistas por inquérito telefônico.	Monitorar a magnitude das doenças e dos agravos não transmissíveis e de seus determinantes.	Dados autodeclarados de peso e altura.	Adulto
Relatórios Públicos da Atenção Básica em Saúde (e-gestor/datasus)				
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	Crianças < 5 anos, adolescentes, gestantes, adultos e idosos. O sistema de informações é alimentado pelo SISVAN-WEB, Sistema Gestão do Bolsa Família e o e-SUS AB. Possibilita filtros específicos.	Consolidar os dados referentes às ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatório	Peso (kg) Altura (cm)	Crianças, adolescentes, gestantes adultos e idosos.

Fonte: elaborado pela autora

TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Série Histórica da população brasileira e dos estados de SP e PR

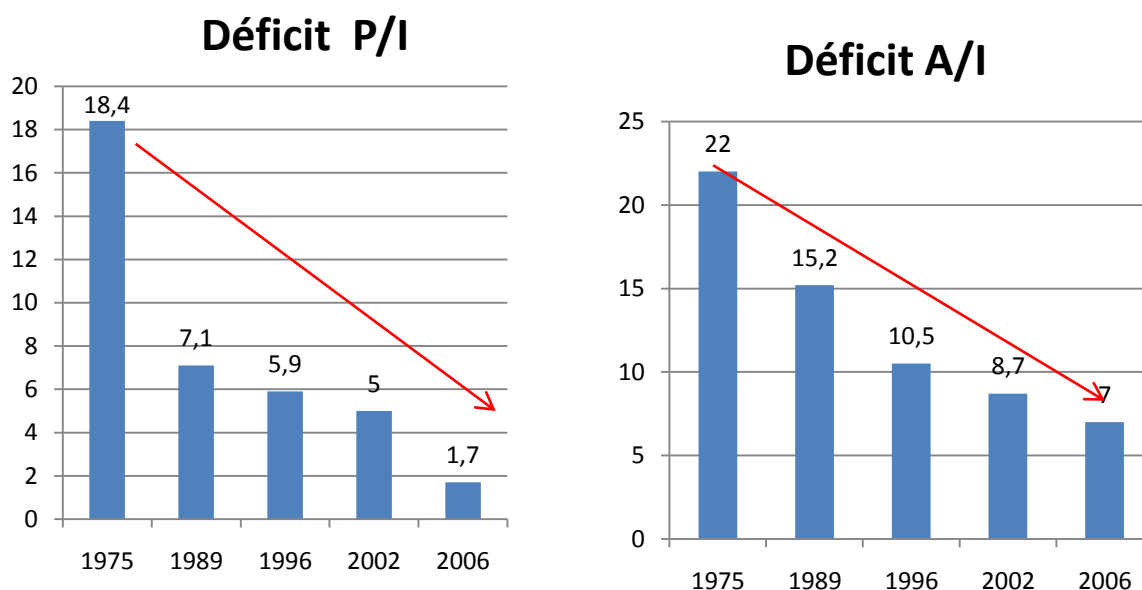
Fase da Vida: Criança menores de 5 anos

INQUÉRITOS - Brasil

O país apresenta acentuada diminuição dos déficits de Peso para Idade e Altura para Idade, evidenciando melhora do estado nutricional de crianças menores de 5 anos, residentes no Brasil, conforme evidencia a Figura 1. .

A Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008/2009 não sistematizou dados do indicador Peso para Idade e Altura/Idade, para crianças menores de 5 anos.

Figura 1: Prevalência de Déficit Nutricional, segundo os índices antropométricos de Peso/idade e Altura/Idade em crianças menores de 5 anos, no Brasil, 2019.



Fonte: Pesquisas ENDEF (1974/1975), PNSN(1989), PNDS (1996), POF (2002), PNDS(2006), relatórios públicos.

A última pesquisa de Inquérito Domiciliar que avaliou o estado nutricional de crianças menores de 5anos, ocorreu no ano de 2006. Há necessidade de

inclusão dessa fase da vida nas novas pesquisas, com a finalidade de dar continuidade a série histórica dos indicadores Peso/Idade e Altura/Idade em pesquisa com desenho metodológico rigoroso, no Brasil e nas Grandes Regiões.

Para a análise do comportamento dos índices Peso/Idade e Altura/Idade em crianças menores de 5 anos, nos estados de São Paulo e Paraná, foram utilizados os relatórios públicos do SISVAN, que estão alocados na plataforma "e-Gestor Atenção Básica - Relatórios Públicos dos Sistemas de Atenção Básica"

(<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>)

Os filtros utilizados para a construção das Figuras 2-9, foram: (ano de referência:2008-2018;mês:todos;estado:SP;região de cobertura:todas;acompanhamentos :todos; fase:criança; idade: 0-5anos; índice: peso/idade; povos:todos; sexo: fem/masc; escolaridade: todos). Destaca-se que os municípios tem o prazo de até 365 dias para encaminhar as informações de fechamento do ano, na prática o ano de 2018 terminará e ser repassado pelos municípios em 31 de dezembro de 2019. Dessa forma, os dados apresentados nas colunas de 2018, não representam o total de informações do estado analisado.

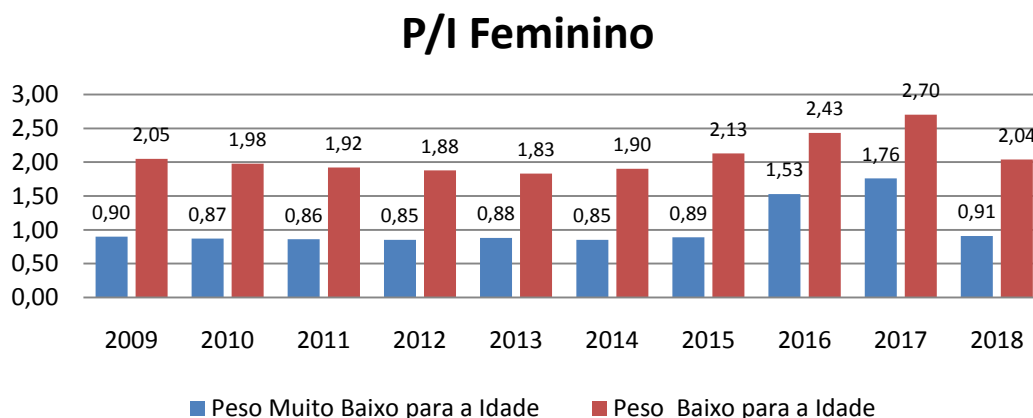
Para a classificação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos, o SISVAN adota como referência as curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006 ²⁸, onde: a classificação de **muito baixo peso para a idade** é delimitado pelo valor de < Escore-z -3; o **baixo peso para idade** é delimitado pelo valor > Escore-z -3 e < Escore-z -2; **muito baixa estatura para a idade** é delimitado pelo valor de < Escore-z -3; **baixa estatura para idade** é delimitado pelo valor > Escore-z -3 e < Escore-z -2 ²⁹.

SISVAN - SÃO PAULO

No estado de São Paulo a prevalência de Peso Muito baixo para Idade no sexo feminino (Figura 2) ficou entre 0,85-0,90% no período de 2009 a 2015. Sofreu ligeiro aumento nos anos de 2016(1,5%) e 2017(1,76) e voltou para a cair em 2018 (0,91%).

A classificação de Peso Baixo para a idade entre o sexo feminino, também apresentou leve declínio no período de 2009-2013 (2,05%-1,83%), com aumento no período de 2014-2017(1,90%-2,70%) e nova queda em 2018 (2,04%)

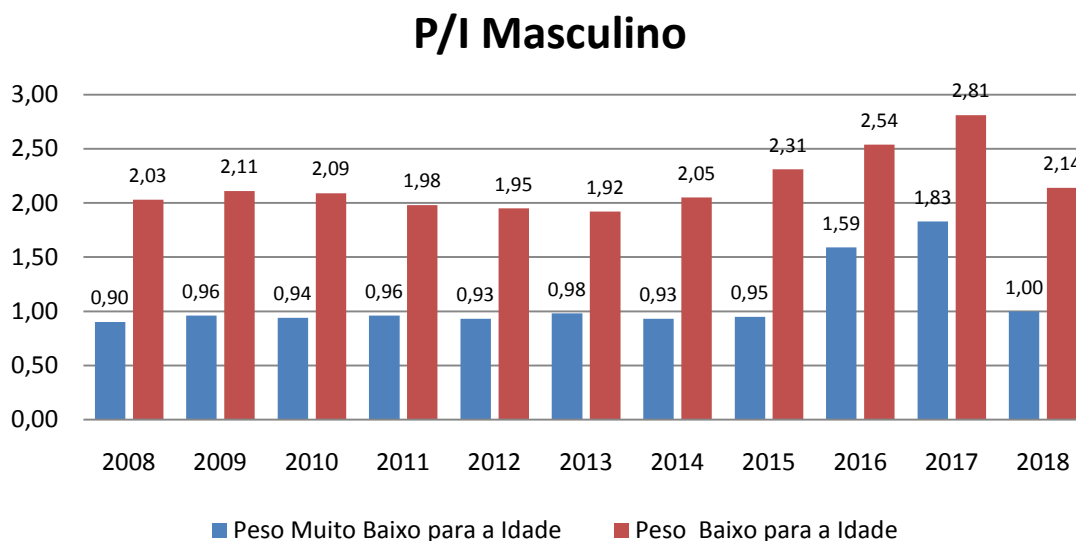
Figura 2: Prevalência de déficits de peso em crianças menores de 5 anos do sexo feminino, segundo o índice peso para idade, estado de SP, 2019.



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2009-2018.

Entre os meninos menores de 5 anos, residentes no estado de São Paulo (Fig 3), observa-se manutenção das prevalências de Peso Muito Baixo para idade no período de 2008-2015(0,9%-0,95%), com ligeiro aumento nos anos de 2016(1,59%) e 2017 (1,83%), retornando a 1% no ano de 2018. Essa mesma tendência ocorre com o índice de peso baixo para a idade.

Figura 3: Prevalência de déficit de peso em crianças menores de 5 anos do sexo masculino, segundo o índice peso para idade, estado de SP, 2019.

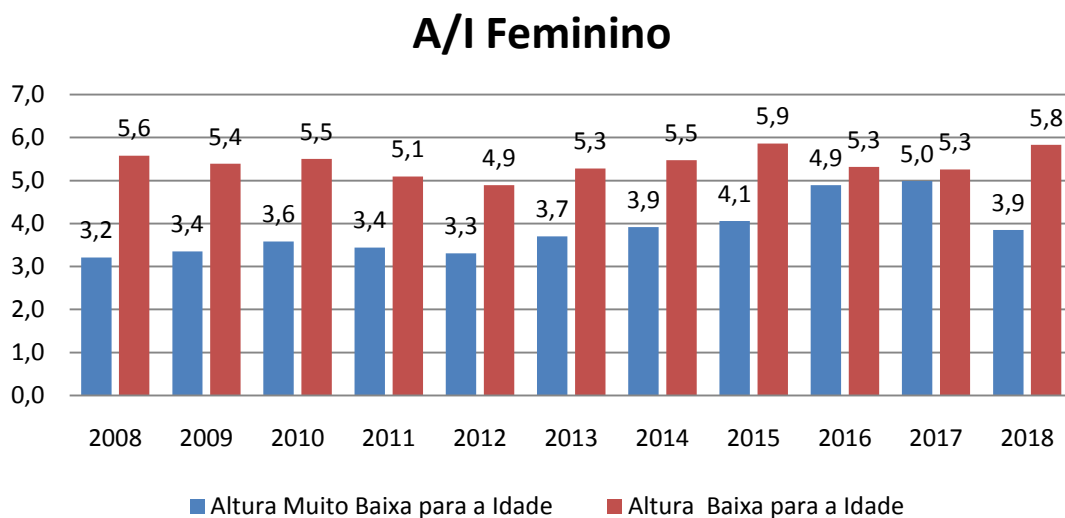


Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Para o período de 2009 a 2015, o estado de São Paulo apresentou prevalência de Muito Baixo Peso para a Idade, para meninos e meninas, inferiores às médias de prevalência do Brasil. O aumento ocorrido no período de 2016-2018 foi superior a média Brasileira (Média Brasileira - 2009{1,4%}; 2010{1,3%}; 2011{1,3%}; 2012{1,3%}; 2013{1,4%}; 2014{1,6%}; 2015{1,2%}; 2016{1,3%}; 2017{1,4%}; 2018{1,3%}).

A figura 4 apresenta o índice de altura para idade para as meninas, residentes no estado de SP, no período de 2008-2018. Há uma leve piora da prevalência de Altura Muito Baixa para Idade no período de 2016 (4,9%) e 2017 (5%). No entanto, o déficit de Altura Baixa para a Idade mantém a prevalência entre 5,6% (2008) e 5,8% (2018) no período estudado.

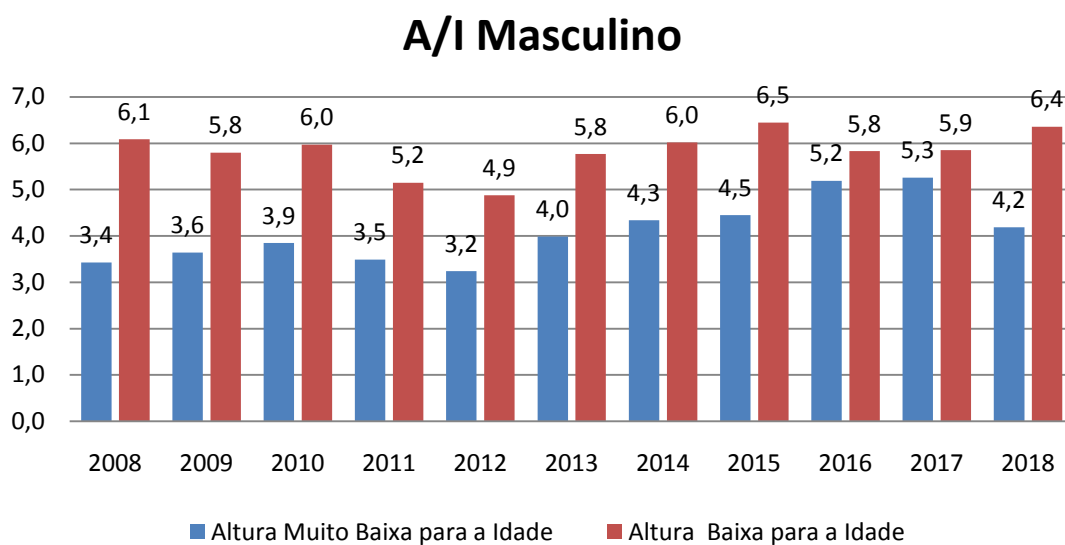
Figura 4:prevalência de déficit de altura em crianças menores de 5 anos, do sexo feminino, segundo o índice altura para idade, no estado de SP, 2019.



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018

Entre os meninos (Figura 5) também houve uma piora do déficit de Altura Muito Baixa para a idade nos anos de 2016(5,2%) e 2017 (5,9%), enquanto a Altura Baixa para a Idade manteve a prevalência entre 6,1%(2008) e 6,4%(2018) no período estudado.

Figura 5: Prevalência de déficit de altura em crianças menores de 5 anos do sexo masculino, segundo o índice altura para idade, no estado de SP, 2019



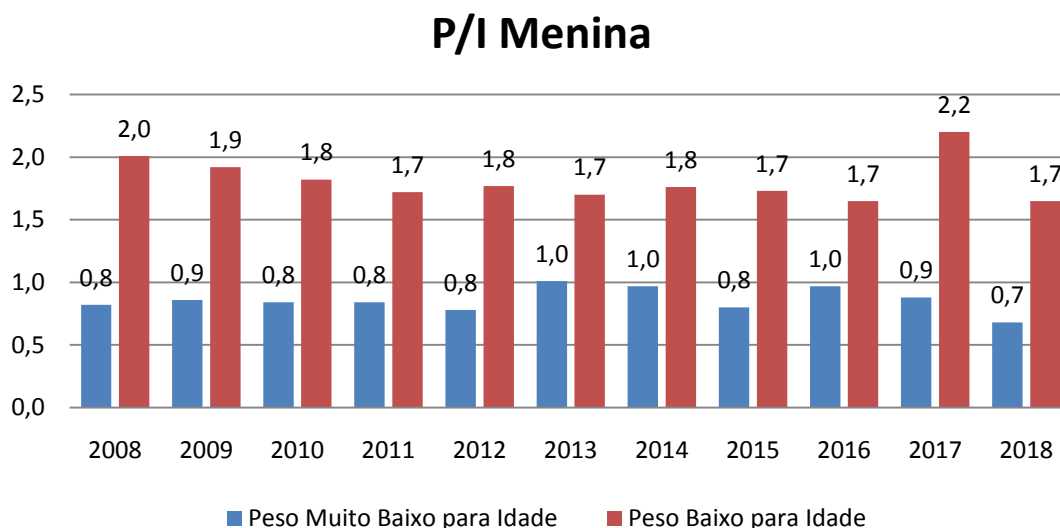
Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

SISVAN - PARANÁ

No estado do Paraná a prevalência de Peso Muito baixo para Idade no sexo feminino(Figura 6) ficou entre 0,8- 1% no período de 2008 a 2015. Sofreu ligeiro aumento nos anos de 2016(1,5%) e 2017(1,76) e voltou para 0,91% em 2018.

A classificação de Peso Baixo para a idade entre o sexo feminino, também apresentou leve declínio no período de 2008-2016 (2,1%-1,7%), com aumento no ano de 2017 (2,2%)

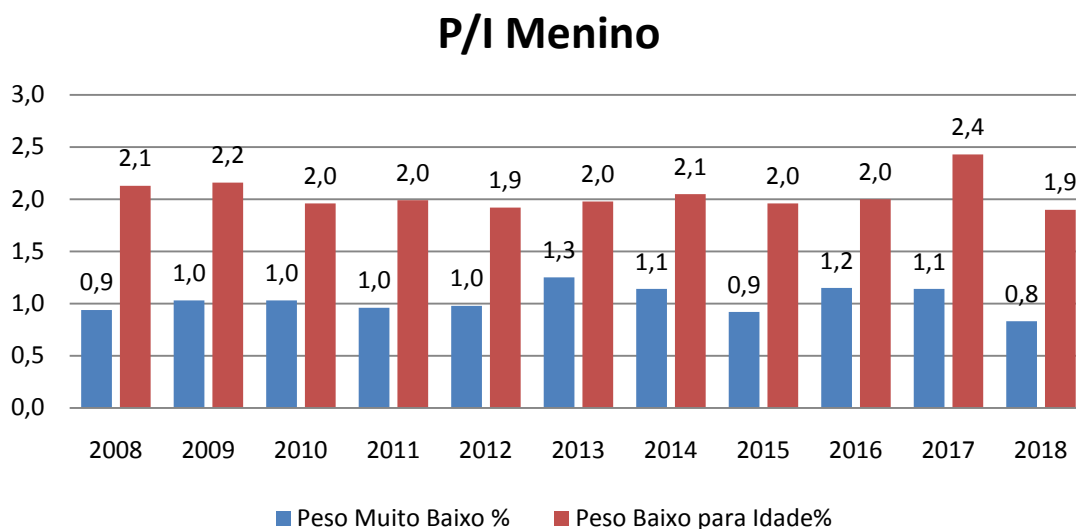
Figura 6: Prevalência de Déficit de Peso em crianças menores de 5 anos do sexo feminino, segundo o índice Peso para idade, no estado do PR, 2019.



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Entre os meninos menores de 5 anos (Figura 6), residentes no estado do Paraná, a prevalência de Peso Muito Baixo para idade no período de 2008-2018 mantém-se entre 0,9 e 0,8%, com ligeiro aumento nos anos de 2013(1,3%) e 2016 (1,2%). Já para classificação de peso baixo para a idade, o período de 2008-2016 mantém a prevalência de 2,1-2,0% para o período, com ligeiro aumento em 2017(2,4%).

Figura 6: Prevalência de Déficit de Peso em crianças menores de 5 anos do sexo masculino, segundo o índice Peso para Idade, no estado do PR, 2019.



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Para o período de 2008 a 2018, o estado do Paraná apresentou prevalência de Muito Baixo Peso para a Idade e Peso Baixo para a idade, para meninos e meninas, inferiores às médias de prevalência do Brasil, como mostra a tabela .1

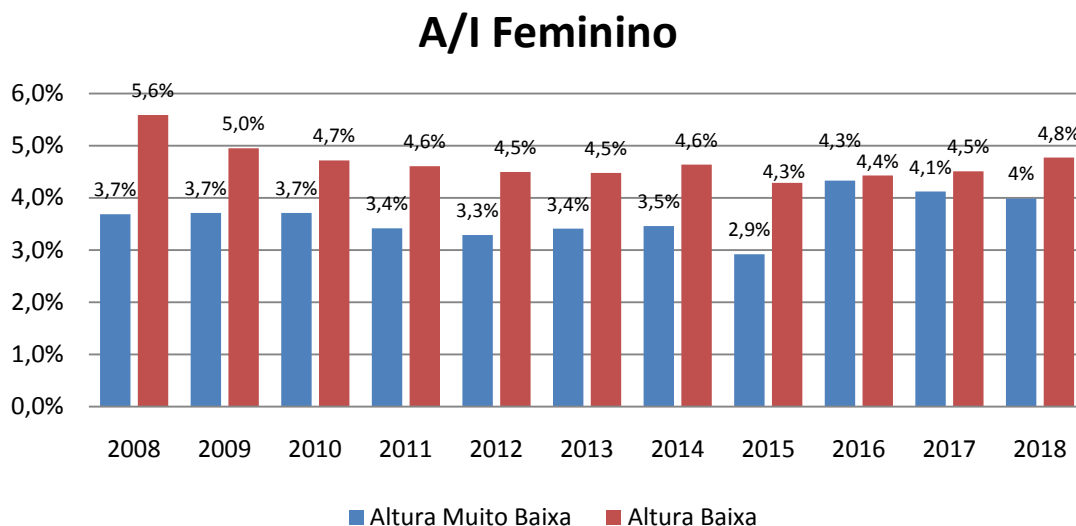
Tabela 1: Prevalência brasileira de déficit de peso, segundo o índice de Peso para Idade, para ambos os sexos, no período de 2008-2018, 2019.

	Peso Muito Baixo para Idade (%)		Peso Baixo para Idade (%)	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
2008	1,2	1,4	3,4	3,7
2009	1,3	1,4	3,3	3,6
2010	1,2	1,4	3,2	3,5
2011	1,2	1,4	3,1	3,3
2012	1,2	1,3	3,0	3,2
2013	1,3	1,4	3,0	3,1
2014	1,2	1,4	2,9	3,1
2015	1,0	1,2	2,7	3,0
2016	1,2	1,4	2,8	3,1
2017	1,2	1,4	3,0	3,3
2018	1,2	1,4	2,7	3,0

Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

A figura 8 apresenta a prevalência de déficit de altura para idade para as meninas, residentes no estado do PR, no período de 2008-2018. Há um leve aumento da prevalência de Altura Muito Baixa para Idade no período de 2016 (4,3%) e 2017 (4,1%), já a Altura Baixa para a Idade apresenta declínio de 5,6% (2008) e 4,8% (2018) para o período estudado.

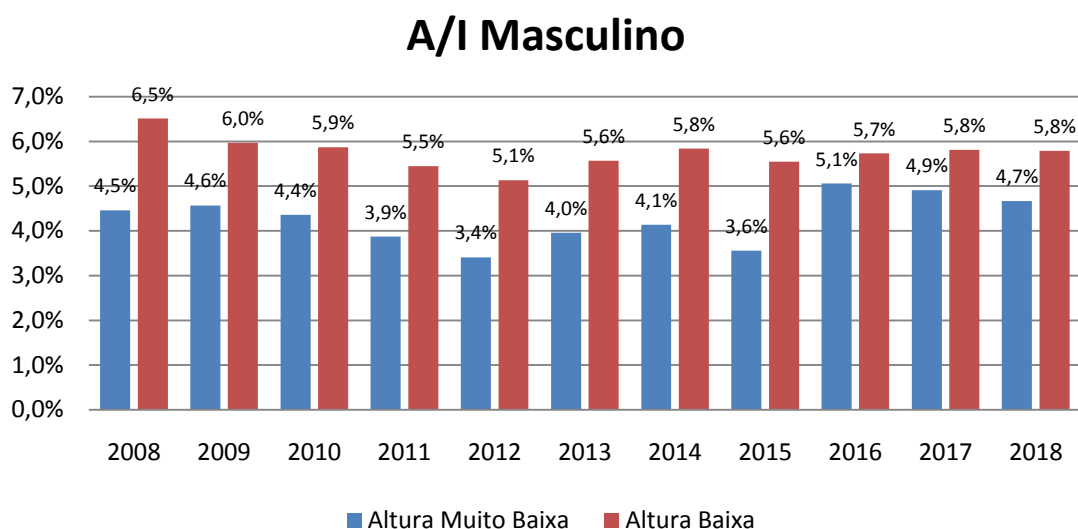
Figura 8: Tendência do déficit de altura em crianças menores de 5 anos, segundo o indicador de altura para idade, no sexo feminino no estado de PR, 2019.



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Entre os meninos (Figura 9) a prevalência de déficit de altura segundo a classificação de Altura Muito Baixa para a idade apresenta melhoras nos anos de 2012(3,4%) e 2015(3,6%). Já a prevalência de Altura Baixa para a Idade diminui de 6,5% em 2008 para 5,8% em 2018.

Figura 9: Prevalência de déficit de altura em crianças menores de 5 anos do sexo masculino, segundo o indicador de altura para idade, no estado de PR, 2019



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Para o período de 2008 a 2018, o estado do Paraná apresentou prevalência de Altura Muito Baixa para Idade e Altura Baixa para Idade, para meninos e meninas, inferiores às médias de prevalência do Brasil, como mostra a tabela 2.

Tabela 2: Prevalência brasileira do indicador Altura para Idade, segundo os sexos feminino e masculino, no período de 2008-2018, 2019.

	Altura Muito Baixa para idade %		Altura Baixa para idade %	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
2008	6,4%	7,2%	7,8%	8,8%
2009	6,3%	7,2%	7,5%	8,5%
2010	6,1%	7,0%	7,2%	8,2%
2011	6,0%	6,4%	6,9%	7,6%
2012	5,6%	5,4%	6,7%	6,8%
2013	5,6%	6,4%	6,7%	7,6%
2014	5,6%	6,7%	6,7%	7,9%
2015	4,9%	5,9%	6,5%	7,7%
2016	5,5%	6,4%	6,2%	7,4%
2017	5,4%	6,3%	6,5%	7,8%
2018	5,2%	6,2%	6,8%	8,0%

Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Fase da Vida: Adolescentes (> 10 anos e < 20 anos)

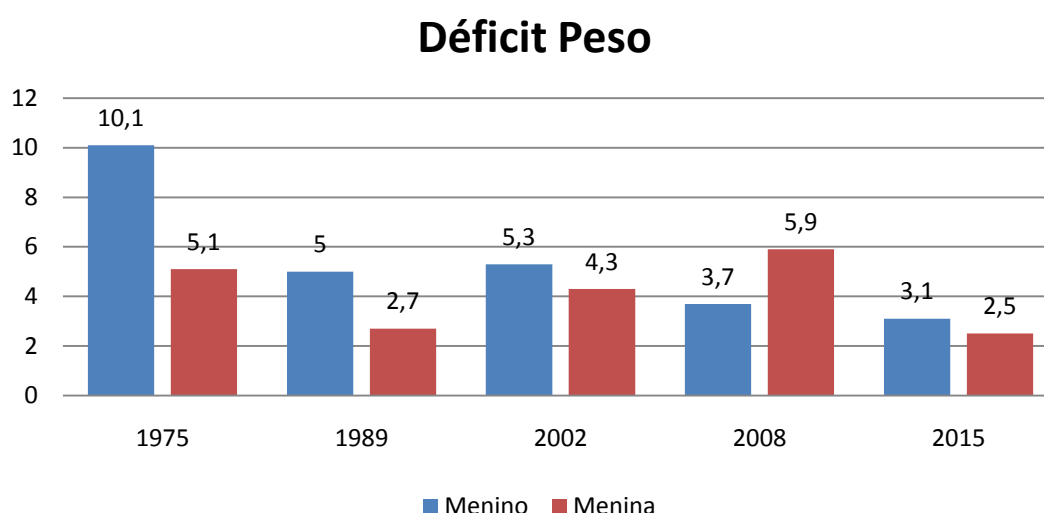
INQUÉRITO - Brasil

Para analisar o estado nutricional de adolescentes em âmbito nacional, foram utilizadas como fontes de dados secundários as seguintes pesquisas de inquérito domiciliar: ENDEF (1974/1975)¹, PNSN (1989)⁶, POF(2002,2008)⁴⁻⁵, e a pesquisa de inquérito escolar PNSE(2015)³⁰.

O déficit de Peso (Figura 10), em ambos os sexos apresentou tendência de declínio nas pesquisas de 1975 (Menino:10,01%, Menina 5,1%) e 1989 (Menino:5%, Menina: 2,7%), aumentando nas pesquisas de 2002 (Menino: 5,3%, Menina: 4,3%) e 2008 (Menino: 3,7% e Menina: 5,9%) e com nova tendência de declínio na última pesquisa em 2015, onde meninos apresentaram uma prevalência de 3,1% de déficit de peso e as meninas 2,5%.

Não é possível observar tendência de declínio acentuado para o déficit de peso em adolescentes, como ocorre entre a população adulta. Vale lembrar que essa fase da vida é acometida de apropriação/distorção de imagem corporal com espaço para a instalação de alterações emocionais que se relacionam diretamente com a magreza e a perda de peso (bulimia/anorexia).

Figura 10: Prevalência de déficit de peso em adolescentes, segundo o sexo no Brasil, 2019

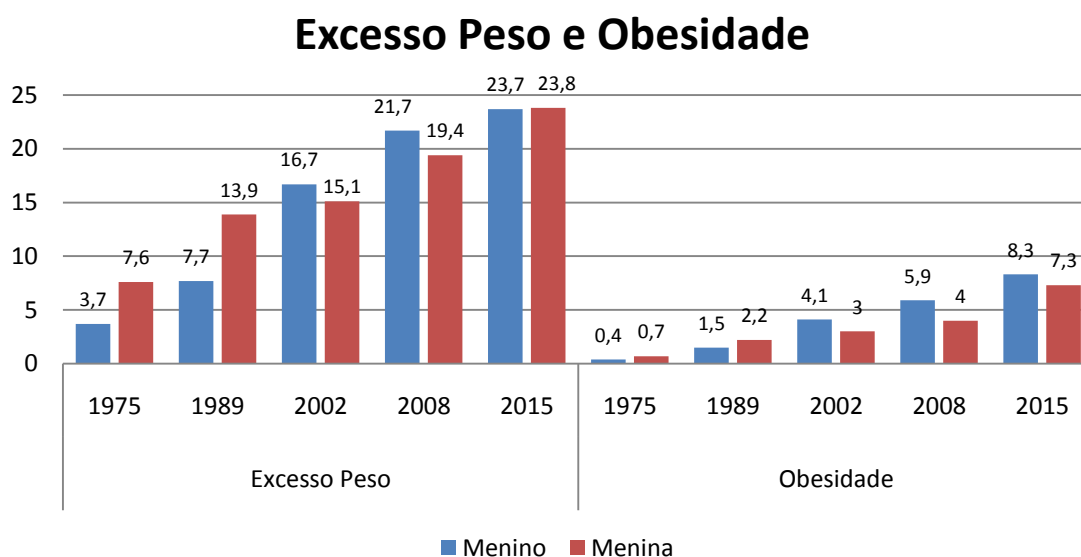


Fonte: Pesquisas ENDEF (1974/1975), PNSN(1989), PNDS (1996), POF (2002), POF (2008/2009),PNSE (2015), relatórios públicos.

Já o excesso de peso e a obesidade, apresentam crescimento contínuo entre ambos os sexos, como pode ser visto na Figura 11.

Chama a atenção que o excesso do peso acometia 3,7% dos meninos e 7,6% das meninas na década de 70, e na última pesquisa em 2015 o excesso de peso foi diagnosticado em 24% dos adolescentes. Esse mesmo crescimento ocorreu com a obesidade.

Figura 11: Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade em adolescentes, segundo o sexo no Brasil, 2019



Fonte: Pesquisas ENDEF (1974/1975), PNSN(1989), PNDS (1996), POF (2002), POF (2008/2009), PNSE (2015), relatórios públicos.

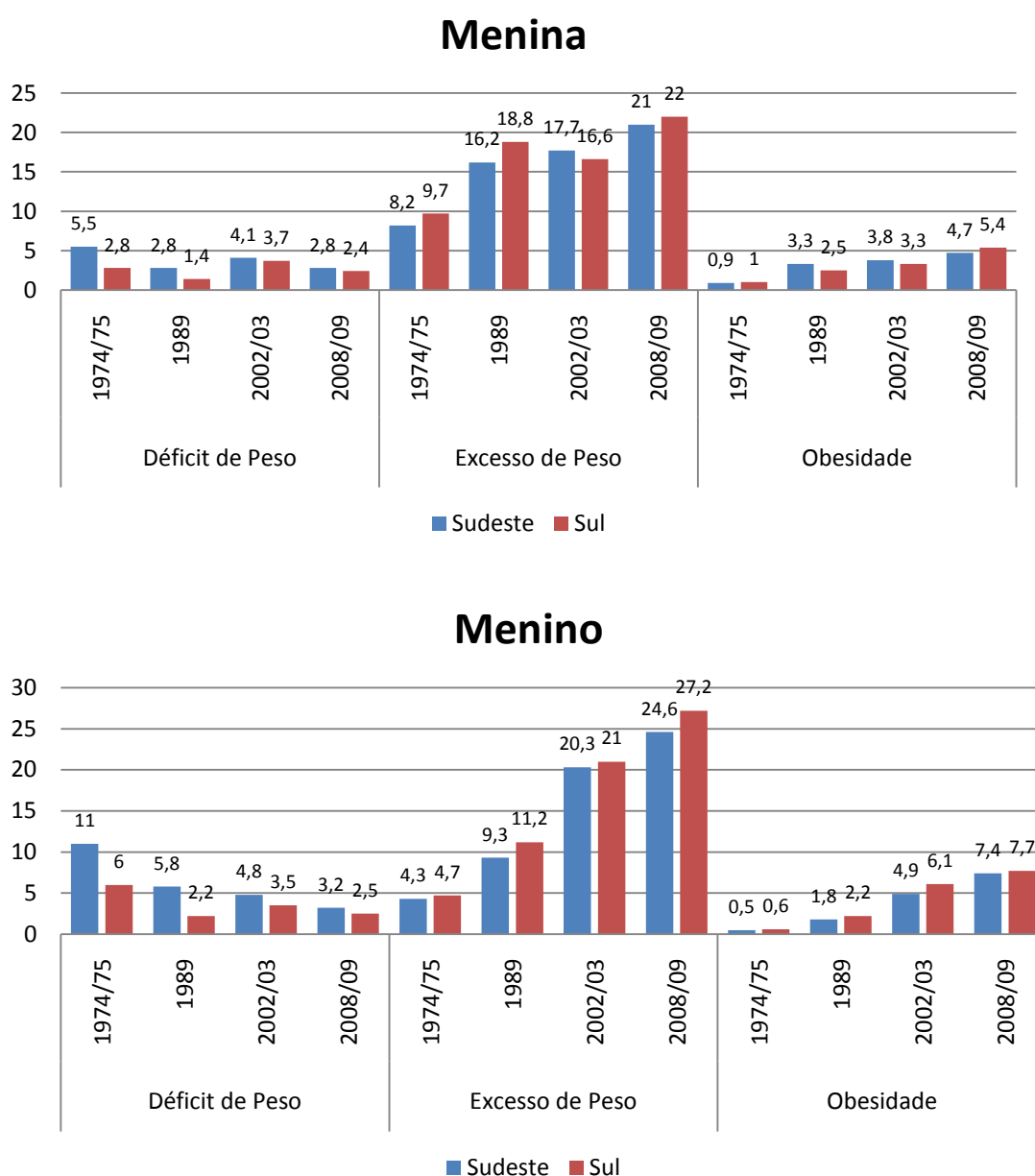
INQUÉRITOS - Grande Região Sul (Paraná) e Sudeste (São Paulo)

As informações de déficit de peso, excesso de peso e obesidade das pesquisas de inquérito domiciliar e escolar supracitadas, foram estratificadas por grandes regiões, sendo as regiões Sul e Sudeste apresentadas nesta avaliação, segundo o sexo dos adolescentes.

- Para os adolescentes das regiões Sul e Sudeste a tendência do déficit de peso é semelhante aos resultados do âmbito nacional: diminuição na pesquisa de 1989, aumento em 2003 e nova queda em 2008. Não há estratificação para grandes regiões e sexo na PNSE de 2015 (Figura 12);

- O excesso de peso é crescente entre o sexo masculino, em ambas regiões. Entre as meninas há uma pequena diminuição da prevalência na POF (2002) (Sul:17,7%; Sudeste:16,6%), porém com aumento na pesquisa seguinte(Figura 12);
- A obesidade segue tendência de aumentos, em ambos os sexos e regiões, acompanhando a tendência nacional (Figura 12).

Figura 12: Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade em adolescentes, segundo as grandes regiões Sul e Sudeste, e ambos os sexos, 2019



Fonte: Pesquisas ENDEF (1974/1975), PNSN(1989), POF (2002/2003), POF (2008/2009), relatórios públicos.

Para a análise dos índices de magreza acentuada, magreza, sobrepeso, obesidade e obesidade grave, em adolescentes (>10ans e < 20 anos), , nos estados de São Paulo e Paraná, foram utilizados os relatórios públicos do SISVAN, que estão alocados na plataforma "e-Gestor Atenção Básica - Relatórios Públicos dos Sistemas de Atenção Básica" (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>)

Os filtros utilizados para a construção das Figuras 10-15, foram: (ano de referência:2008-2018;mês:todos;estado:SP ou PR;região de cobertura:todas;acompanhamentos :todos; fase: adolescente; índice: IMC/idade (Kg/m²); povos:todos; sexo: fem/masc; escolaridade: todos).Destaca-se que os municípios tem o prazo de até 365 dias para encaminhar as informações de fechamento do ano, na prática o ano de 2018 terminará e ser repassado pelos municípios em 31 de dezembro de 2019. Dessa forma, os dados apresentados nas colunas de 2018, não representam o total de informações do estado analisado.

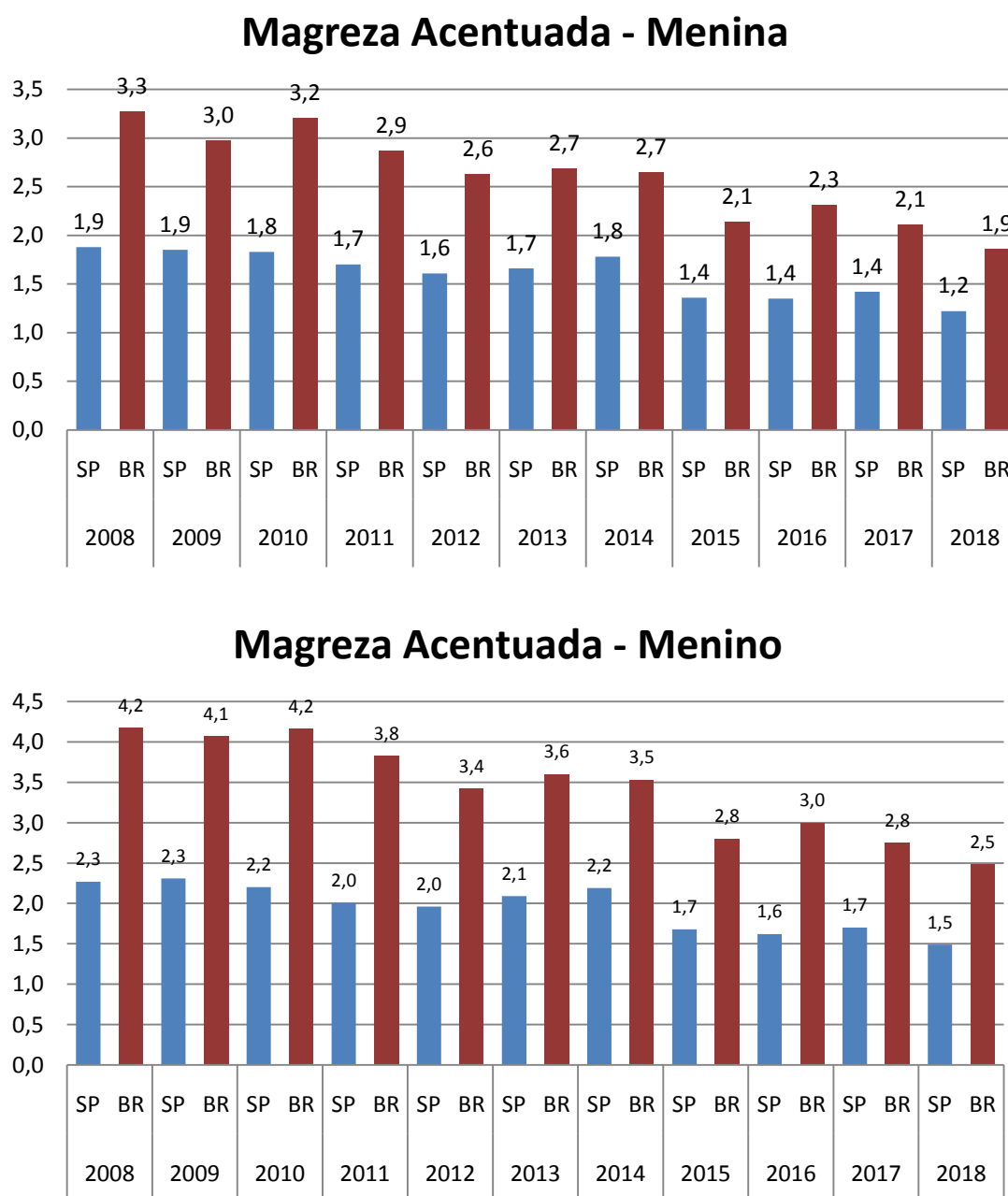
Para a classificação do estado nutricional de adolescentes, o SISVAN adota como referência as curvas de crescimento propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006 ²⁸, onde: a classificação de **magreza acentuada** é delimitado pelo valor de < Escore-z -3; **magreza** é delimitado pelo valor ≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2; **sobrepeso** é delimitado pelo valor de ≥ Escore-z +1 e < Escore-z +2; **Obesidade** é delimitado pelo valor > Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3; e **Obesidade Grave** pelo valor > Escore-z +2 ³¹.

SISVAN - SÃO PAULO

Ao sistematizar os relatório consolidados do SISVAN do período de 2008-2018, observou-se que a prevalência da Magreza Acentuada apresentou um pequeno declínio entre as meninas e meninos do estado de São Paulo (Figura 10). Ao comparar a prevalência de magreza acentuada dos adolescentes do estado de São Paulo com a média brasileira, é possível observar que a tendência de diminuição é mais acentuada para a média brasileira (Meninas {2008:3,3%; 2018:1,9%}, Meninos{2008:4,2%;2018: 2,5}),

do que para a média de São Paulo (Meninas {2008:1,9%;2018:1,2%}, Meninos{ 2,3%;2018:1,5%}).

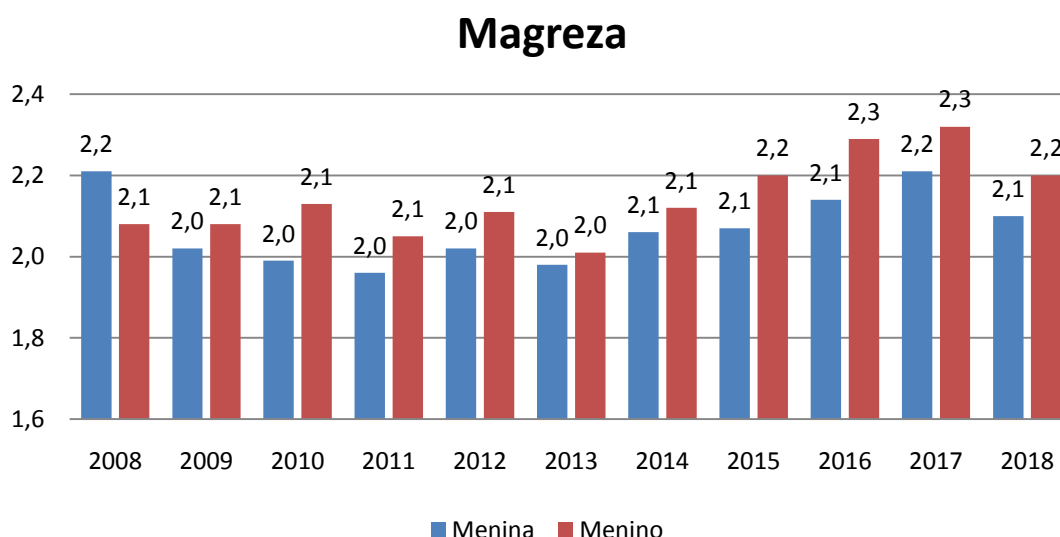
Figura 10: Prevalência de Magreza Acentuada em adolescentes, no estado de São Paulo, segundo o sexo, 2019.



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Para o índice de magreza (Figura 11), ambos os sexos mantiveram a prevalência próxima a 2%, no período de 2008 a 2018. A média nacional para magreza foi de 3%, para o mesmo período analisado, evidenciando que o estado de SP manteve-se abaixo da prevalência nacional.

Figura 11: Prevalência de Magreza em adolescentes, no estado de SP, segundo o sexo, 2019.

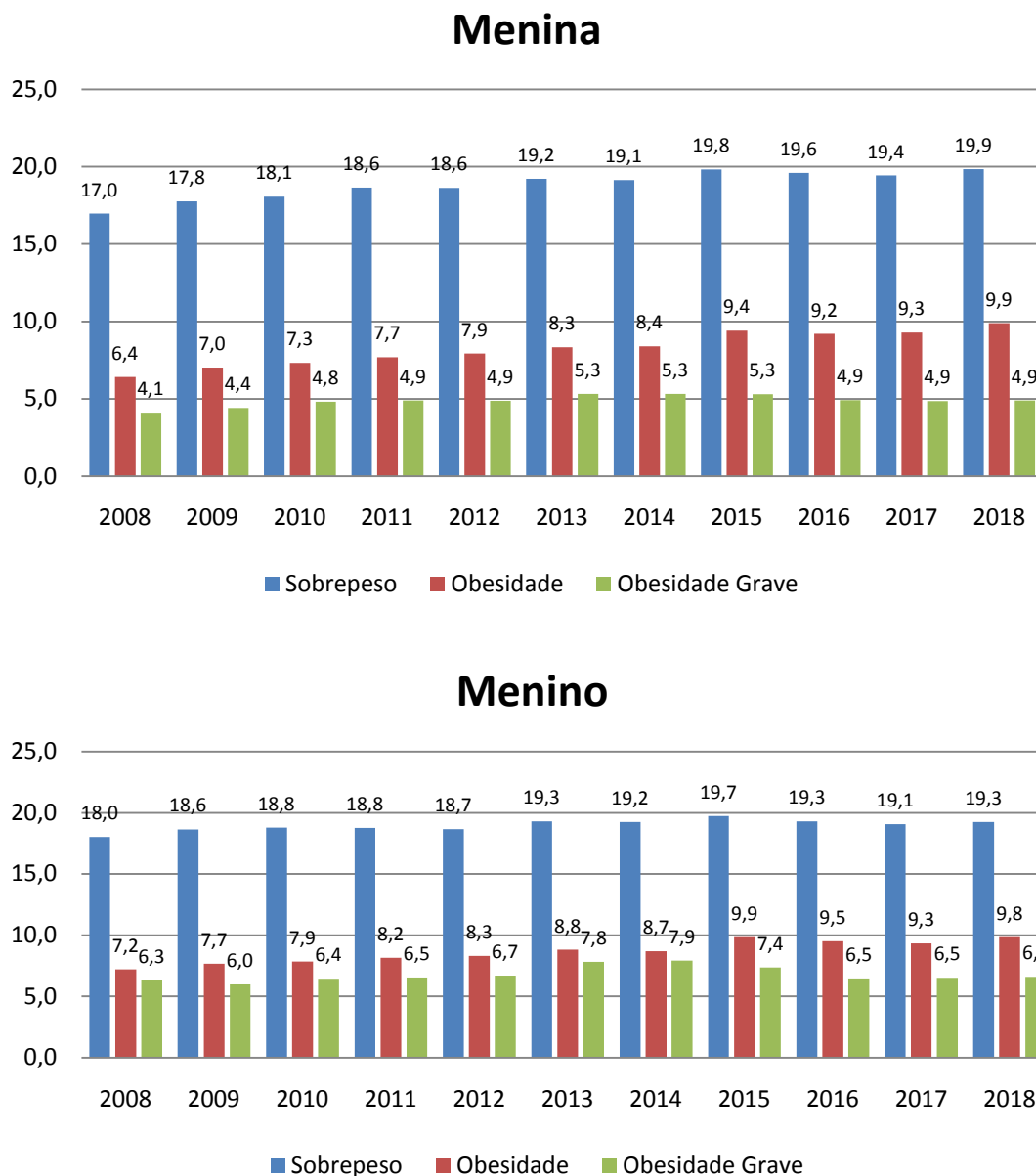


Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Para a situação de Sobrepeso (Figura 12) é possível observar leve aumento nos valores de prevalência para o período estudado, para ambos os sexos (Meninas{2008:17%; 2018:20%}, Meninos{2008:18%; 2018:19,3%}). A mesma tendência de aumento é observado para as situações de obesidade (Meninas{2008:6,4%; 2018:10%}, Meninos{2008:7,2%; 2018:10%}). e obesidade grave (Meninas{2008:4,1; 2018:4,9%}, Meninos{2008:6,3%; 2018:6,6%}).

Para o mesmo período, a média brasileira de sobrepeso em adolescentes ficou em 18,8% (Fem) e 19%(Masc), o sobrepeso em 8,3%(Fem) e 8,7%(Masc) e a Obesidade Grave em 4,9%(Fem) e 6,8%(Masc)

Figura 12: Prevalência de Sobrepeso, Obesidade e Obesidade Grave em adolescentes, no estado de São Paulo, segundo o sexo, 2019.

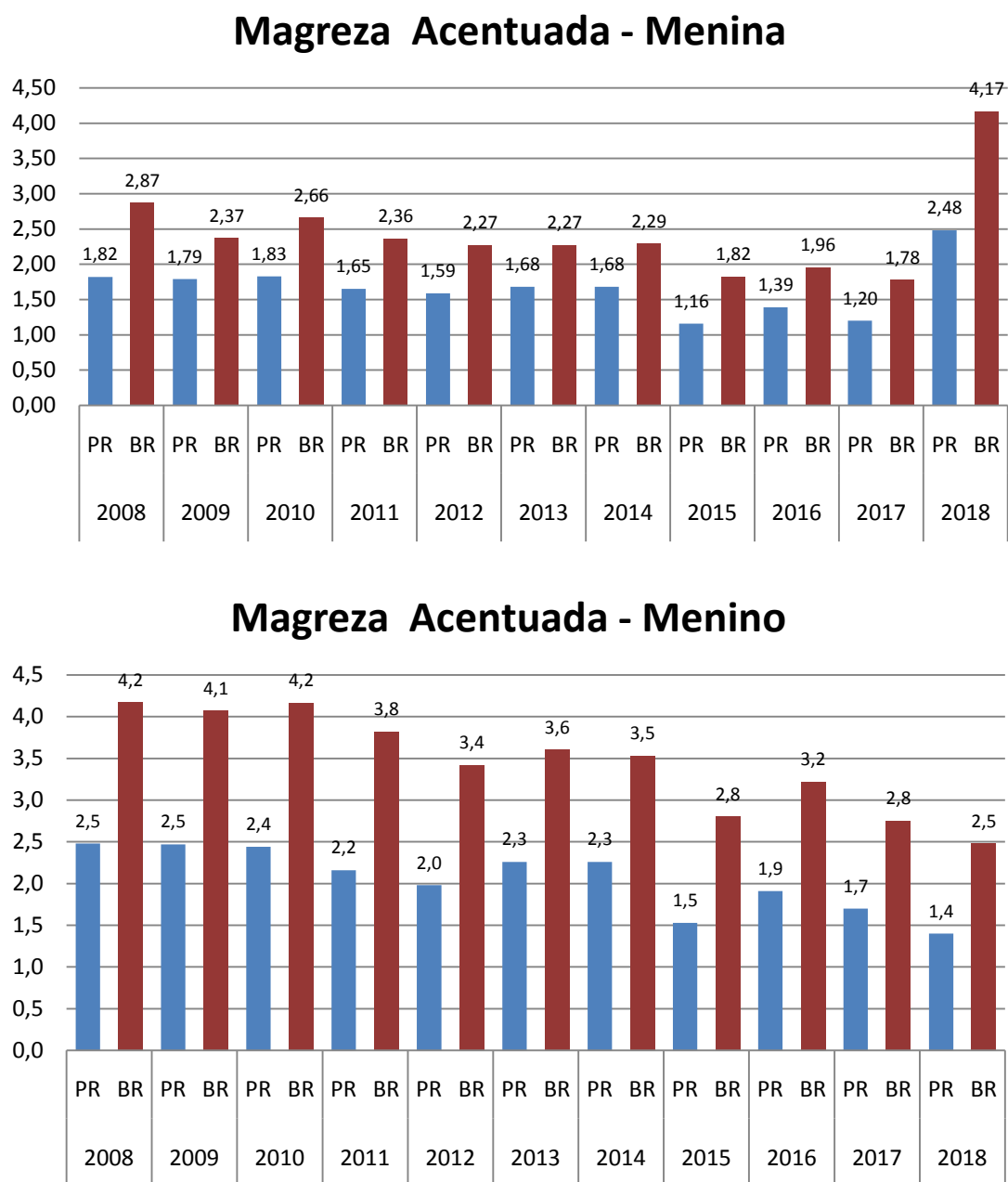


Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

SISVAN - PARANÁ

Ao avaliar a situação de Magreza Acentuada (Figura 13) entre os adolescentes do estado do Paraná, para o período de 2008-2018, foi possível identificar que para ambos os sexos há redução da prevalência do índice para no período . Em âmbito nacional a tendência de redução do índice é o mesmo,o que aponta para a melhorado estado nutricional dos adolescentes.

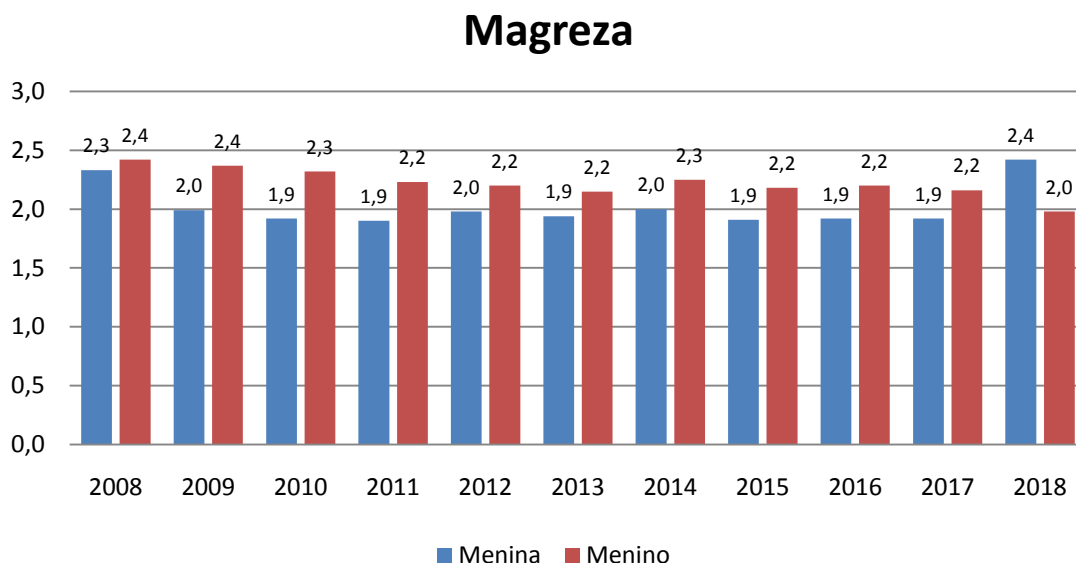
Figura 13: Prevalência de Magreza Acentuada em adolescentes, no estado do Paraná, segundo o sexo, 2019.



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Para o estado nutricional magreza (Figura 14), o sexo masculino manteve a prevalência próxima a 2% enquanto o sexo feminino manteve a prevalência entre 2,2-2,4%, no período de 2008 a 2018. A média nacional para magreza foi de 3%, para o mesmo período analisado, evidenciando que o estado do PR manteve-se abaixo da prevalência nacional.

Figura14: Tendência de Magreza em adolescentes, no estado do Paraná, em ambos os sexos, 2019.



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Para a situação de Sobrepeso (Figura 15) é possível observar leve aumento nos valores de prevalência para o período estudado, para ambos os sexos (Meninas{2008:17%; 2018:18%}, Meninos{2008:18%; 2018:19,7%}). A mesma tendência de aumento é observado para as situações de obesidade (Meninas{2008:5,6%; 2018:7,8%}, Meninos{2008:7,8%; 2018:9,7%}). e obesidade grave (Meninas{2008:2,6%; 2018:5,9%}, Meninos{2008:5,9%; 2018:6,6%}).

Para o mesmo período, a média brasileira de sobrepeso em adolescentes foi de 19% para ambos os sexos, obesidade em 7%(Fem) e 9%(Masc) e a Obesidade Grave em 4%(Fem) e 6%(Masc)

Figura 15: Prevalência de Sobrepeso, Obesidade e Obesidade Grave em adolescentes, no estado do Paraná, segundo o sexo, 2019.



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

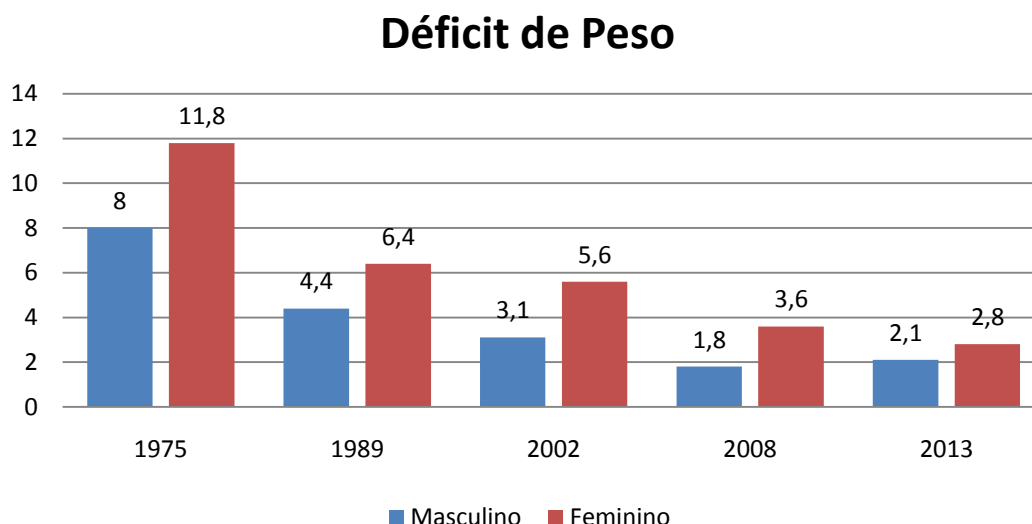
Fase da Vida: Adulto (> 20 anos)

INQUÉRITO - Brasil

Para analisar o estado nutricional da população adulta em âmbito nacional, foram utilizadas como fontes de dados secundários as seguintes pesquisas de inquérito domiciliar: ENDEF (1974/1975)¹, PNSN (1989)⁶, POF(2002,2008)⁴⁻⁵, e a Pesquisa Nacional de Saúde (2013)¹⁰.

A figura 16 evidencia a diminuição de déficit de peso entre adultos, ambos os sexos, nas pesquisas de inquérito domiciliar realizadas entre os anos de 1975-2013. No sexo feminino a prevalência de Déficit de Peso diminuiu de 11,8%(1975) para 2,8% (2013). A diminuição também ocorre entre os homens (1975 -8% ; 2013-2,1%). Esse quadro aponta para melhora do estado de déficit de peso no cenário nacional.

Figura 16: prevalência do Déficit de Peso entre adultos, segundo o sexo no Brasil, 2019

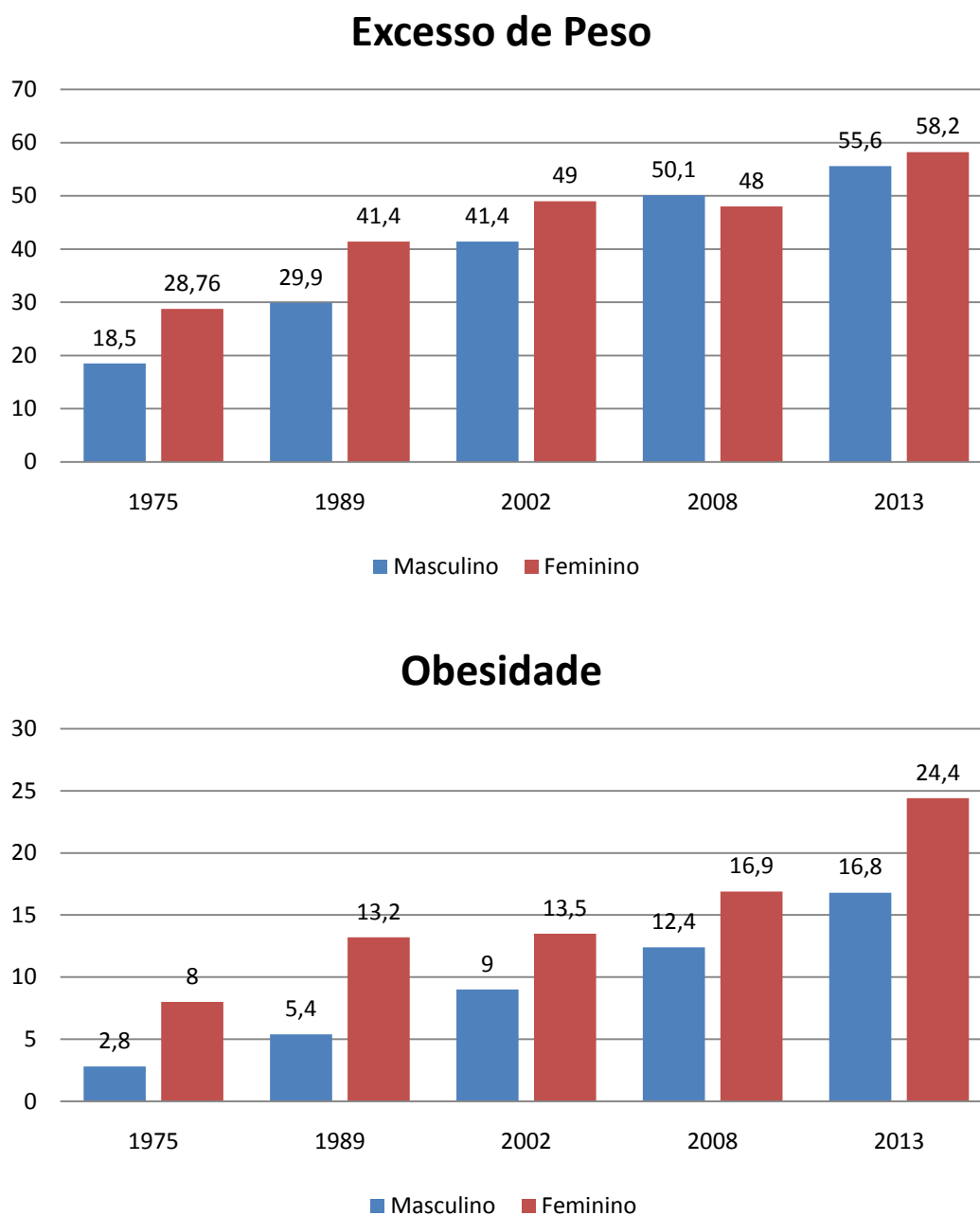


Fonte: Pesquisas ENDEF (1974/1975), PNSN(1989), POF (2002,2008), PNS(2013) relatórios públicos.

A figura 17 mostra o cenário do estado nutricional de excesso de peso e obesidade no Brasil, crescente para ambos os sexos, nas pesquisas de inquérito domiciliar. Os resultados da última Pesquisa Nacional de Saúde , realizada em 2013, evidenciam que mais da metade dos brasileiros encontram-

se em situação de excesso de peso, sendo que 24,4% das mulheres e 16,8% dos homens, estão com o diagnóstico de obesidade.

Figura 17: Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade entre adultos, segundo o sexo no Brasil, 2019



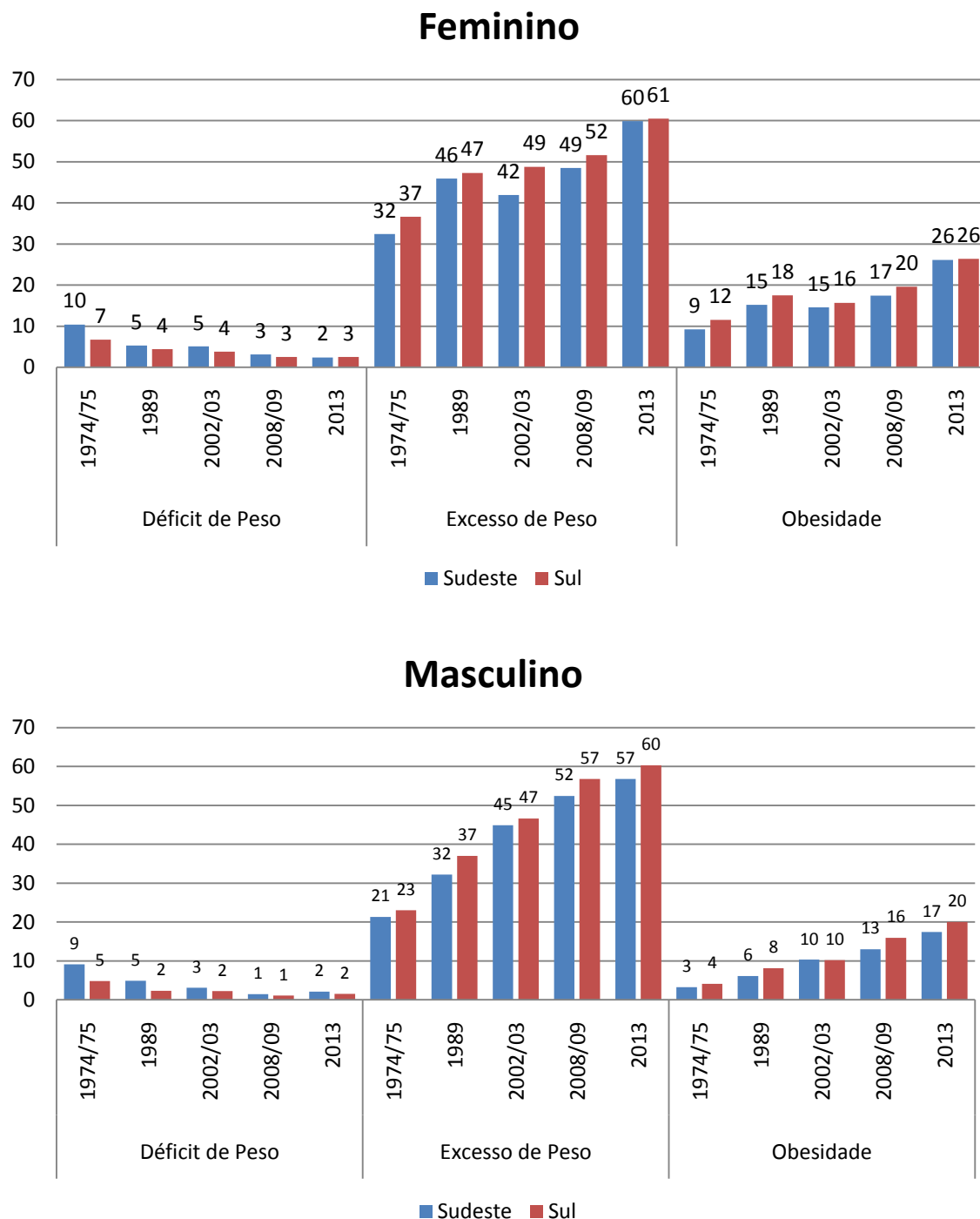
Fonte: Pesquisas ENDEF (1974/1975), PNSN(1989), POF (2002,2008), PNS(2013) relatórios públicos.

INQUÉRITOS - Grande Região Sul (Paraná) e Sudeste (São Paulo)

As informações de déficit de peso, excesso de peso e obesidade das pesquisas de inquérito domiciliar, foram estratificadas por grandes regiões, sendo as regiões Sul e Sudeste apresentadas nesta avaliação. Vale lembrar que as pesquisas supracitadas não apresentam estratificação por unidade de federação, impossibilitando a avaliação para os estados São Paulo e Paraná. Desta forma justifica-se a seleção das grandes regiões SUL e SUDESTE para exemplificação desta análise.

- Para os mulheres das regiões sul e sudeste há uma mesma tendência para melhora do estado nutricional com a queda do déficit de peso. Há também uma mesma tendência para as duas grandes regiões no aumento do excesso de peso e obesidade (Figura 18). Destaca-se que as prevalências de excesso de peso e obesidade, em ambas as grandes regiões, são superiores às médias brasileiras. Na PNS de 2013, mulheres com excesso de peso representaram 58,2% do estado nutricional do Brasileiro, enquanto que as mulheres do Sul apresentaram uma prevalência de 60% e as do Sudeste 61%. A prevalência de obesidade entre as mulheres das duas grandes regiões (26%), também foi superior à média brasileira (24,4%) apresentada na pesquisa de 2013.
- Para os homens a tendência de diminuição de déficit de peso seguiu a tendência de diminuição Nacional, como apresentado na Figura 17. O excesso de peso e a obesidade, em ambas as grandes regiões, seguiram a tendência de aumento nacional. Vale destacar que ambas as regiões apresentaram prevalência de excesso de peso e obesidade superiores à média nacional (Excesso Peso - 55,6%; Obesidade - 16,8%) (Figura 18).

Figura 18: Prevalência de Déficit de Peso, Excesso de Peso e Obesidade entre adultos, nas grandes regiões Sudeste e Sul do Brasil, segundo o sexo. 2019



Fonte: Pesquisas ENDEF (1974/1975), PNSN(1989), POF (2002,2008), PNS(2013) relatórios públicos.

Para a análise dos índices Baixo Peso, Sobrepeso, Obesidade e Obesidade grave, em adultos (≥ 20 anos e < 60 anos), nos estados de São Paulo e Paraná, foram utilizados os relatórios públicos do SISVAN, que estão alocados na plataforma "e-Gestor Atenção Básica - Relatórios Públicos dos Sistemas de Atenção Básica" (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>)

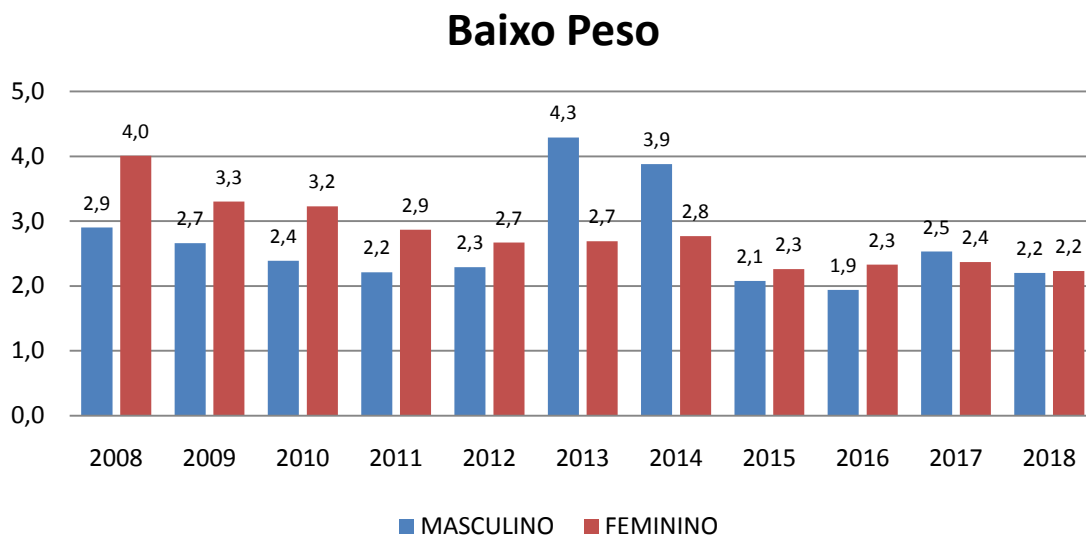
Os filtros utilizados para a construção das Figuras 19-23, foram: (ano de referência:2008-2018;mês:todos;estado:SP ou PR;região de cobertura:todas;acompanhamentos :todos; fase: adulto; índice: IMC (Kg/m^2); povos:todos; sexo: fem/masc; escolaridade: todos). Destaca-se que os municípios tem o prazo de até 365 dias para encaminhar as informações de fechamento do ano, na prática o ano de 2018 terminará e ser repassado pelos municípios em 31 de dezembro de 2019. Dessa forma, os dados apresentados nas colunas de 2018, não representam o total de informações do estado analisado.

Para a classificação do estado nutricional de adultos, o SISVAN adota como referência classificação do IMC proposta pela OMS³², onde: a classificação de **magreza acentuada** é delimitado pelo valor de $< \text{Escore-z } -3$; **magreza** é delimitado pelo valor $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$; **sobrepeso** é delimitado pelo valor de $\geq \text{Escore-z } +1$ e $< \text{Escore-z } +2$; **Obesidade** é delimitado pelo valor $> \text{Escore-z } +2$ e $\leq \text{Escore-z } +3$; e **Obesidade Grave** pelo valor $> \text{Escore-z } +2$ ³¹.

SISVAN - SP

Ao sistematizar os relatório consolidados do SISVAN do período de 2008-2018, observou-se que a prevalência Baixo Peso apresentou declínio entre ambos os sexos. Entre o sexo masculino houve aumento da prevalência nos anos de 2013(4,3%) e 2014(3,9%). Ao comparar a prevalência de baixo peso dos adultos do estado de São Paulo com a média brasileira, é possível observar que a tendência de diminuição do estado de São Paulo acompanha a tendência nacional, embora as prevalências do estado de São Paulo (Figura 19) sejam menores que as observadas âmbito nacional pelo SISVAN (Masculino {2008:3,5;2018:1,9}, Feminino {2008:5,8%; 2018:2,5%}).

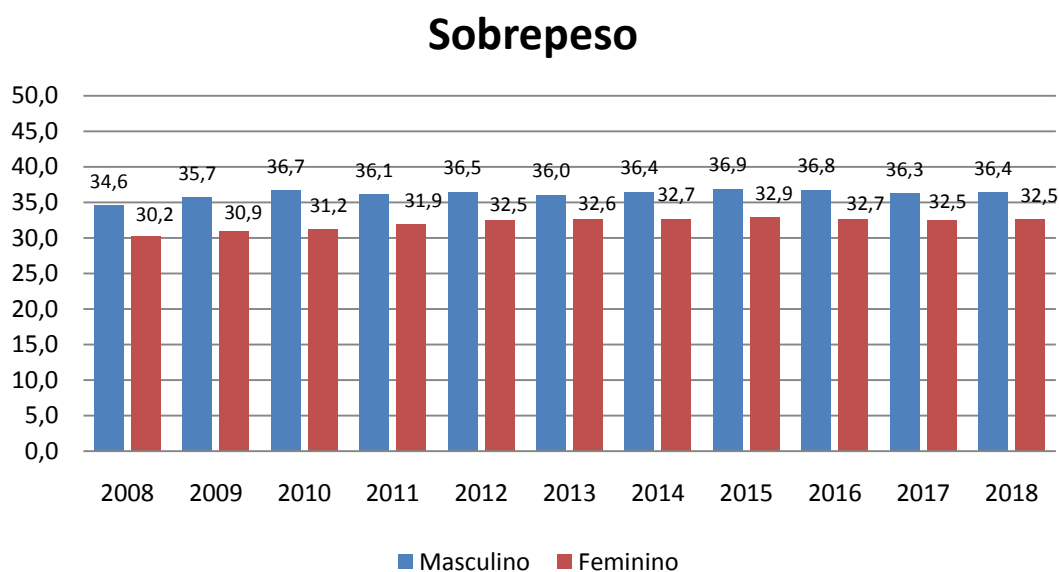
Figura 19: Prevalência de Baixo Peso entre adultos, no estado de São Paulo, segundo os sexos, 2019



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Para a situação de Sobrepeso (Figura 20) é possível observar leve aumento nos valores de prevalência para o período estudado, para ambos os sexos (Feminino{2008:34,6%; 2018:36,4%}, Masculino{2008: 30,2%; 2018: 32,5%}).

Figura 20: Prevalência de Sobrepeso entre adultos, no estado de São Paulo, segundo o sexo, 2019.

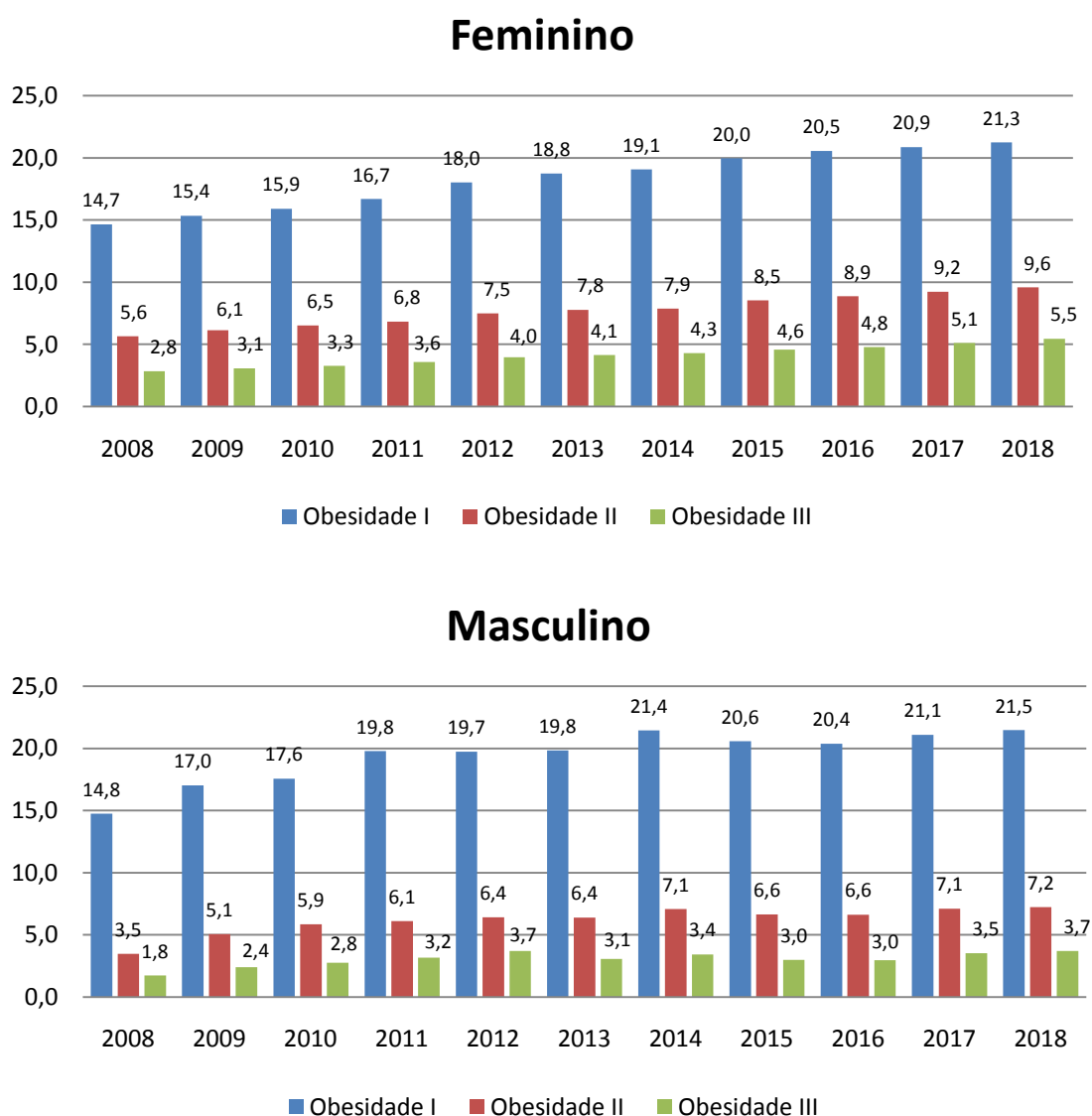


Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

A mesma tendência de aumento é observado para o período, em ambos os sexos, nas três classificações de obesidade, como mostra a figura 21. Vale destacar que as mulheres do estado de São Paulo apresentam maior prevalência de obesidade(2008:23,1%; 2018:36,2%),, quando comparadas ao sexo masculino (2008:20%; 2018:32,4%).

O estado nutricional de Obesidade Grave destaca-se entre as mulheres com o aumento crescente entre ambos os sexos e com a prevalência de 5,5% entre as mulheres, no ano de 2018.

Figura 21: Prevalência de Obesidade entre adultos, do estado de São Paulo, em ambos os sexos, 2019.

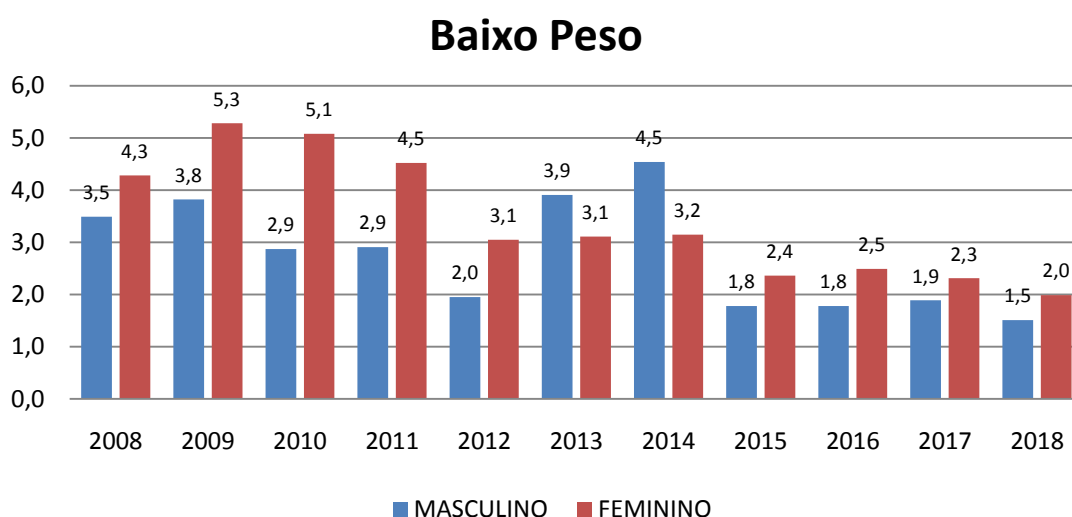


Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

SISVAN - PR

No estado do Paraná o baixo peso apresentou queda no período de 2008-2018, para ambos os sexos (Masculino {2008:3,5;2018:1,5}, Feminino {2008:4,3%; 2018:2,0%}). No sexo masculino houve aumento da prevalência nos anos de 2013(3,9%) e 2014(4,5%). Ao comparar a prevalência de baixo peso dos adultos do estado do Paraná com a média brasileira, é possível observar que a tendência de diminuição do estado acompanha a tendência nacional, embora as prevalências do estado do Paraná (Figura 22) sejam menores que as observadas âmbito nacional pelo SISVAN (Masculino {2008:3,5;2018:1,9}, Feminino {2008:5,8%; 2018:2,5%}).

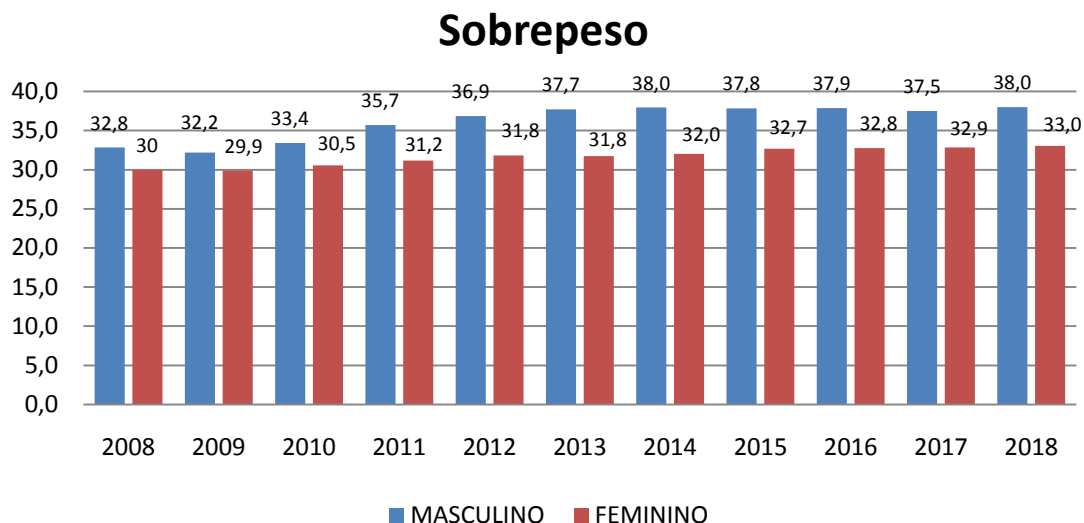
Figura 22: Prevalência de Baixo Peso entre adultos, no estado do Paraná, segundo o sexo, 2019.



Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

Para a situação de Sobrepeso (Figura 23) é possível observar leve aumento nos valores de prevalência para o período estudado, para ambos os sexos (Feminino{2008:34,6%; 2018:36,4%}, Masculino{2008: 30,2%; 2018: 32,5%}).

Figura 23: Prevalência de Sobrepeso entre adultos, no estado do Paraná, segundo os sexos, 2019.

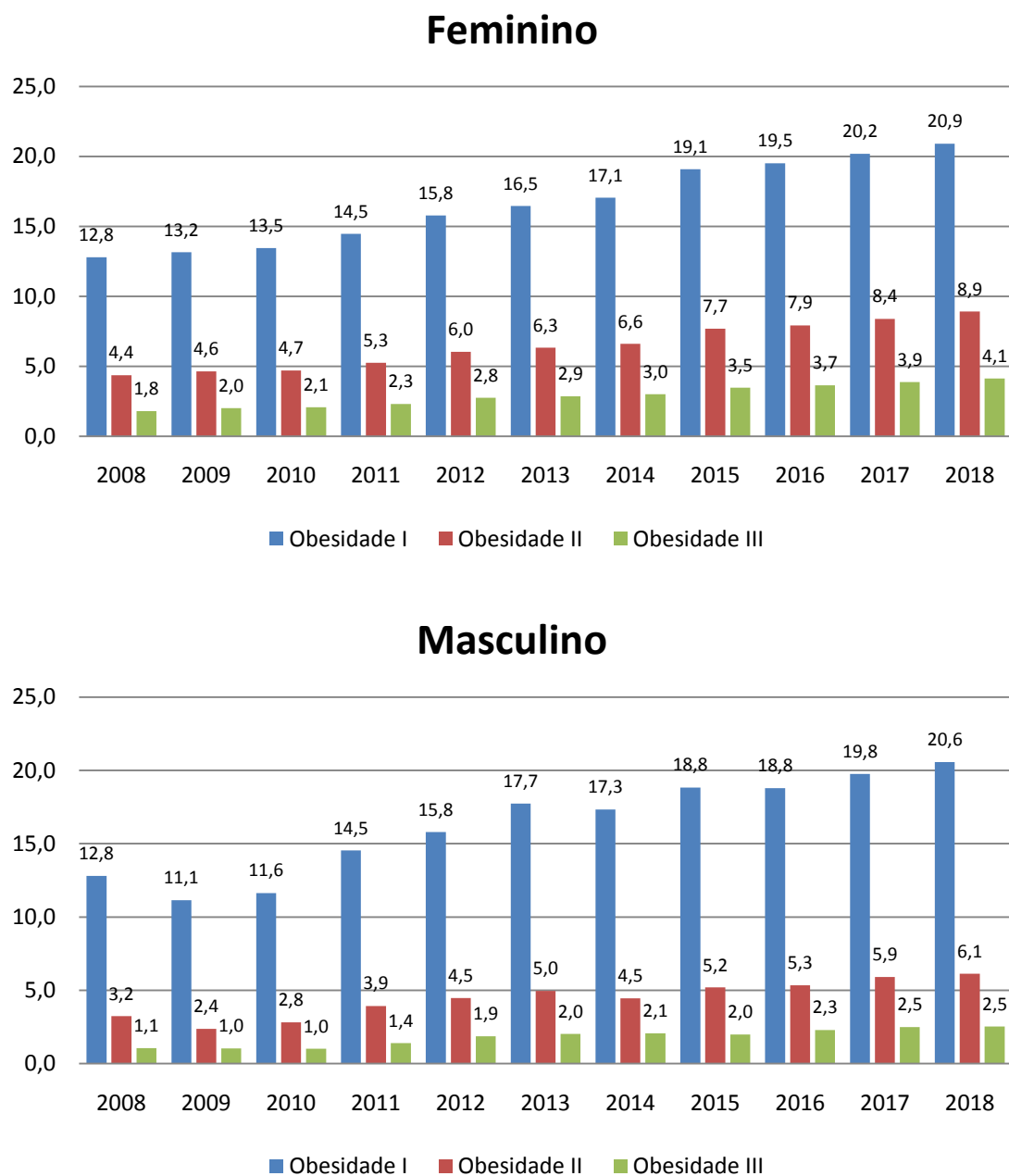


Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

A tendência de aumento da prevalência de obesidade (graus I,II e III), em ambos os sexos, podem ser verificadas na figura 24. Destaca-se que as mulheres do estado do Paraná apresentam maior prevalência de obesidade, quando comparadas ao sexo masculino (Feminino{2008:19,0%; 2018:34,0%}, Masculino{2008: 17%; 2018: 29%}).

O estado nutricional de Obesidade Grave destaca-se entre as mulheres com o aumento crescente entre ambos os sexos e com a prevalência de 4,1% entre as mulheres, no ano de 2018.

Figura 23: Prevalência de Obesidade entre adultos, no estado do Paraná, em ambos os sexos, 2019.



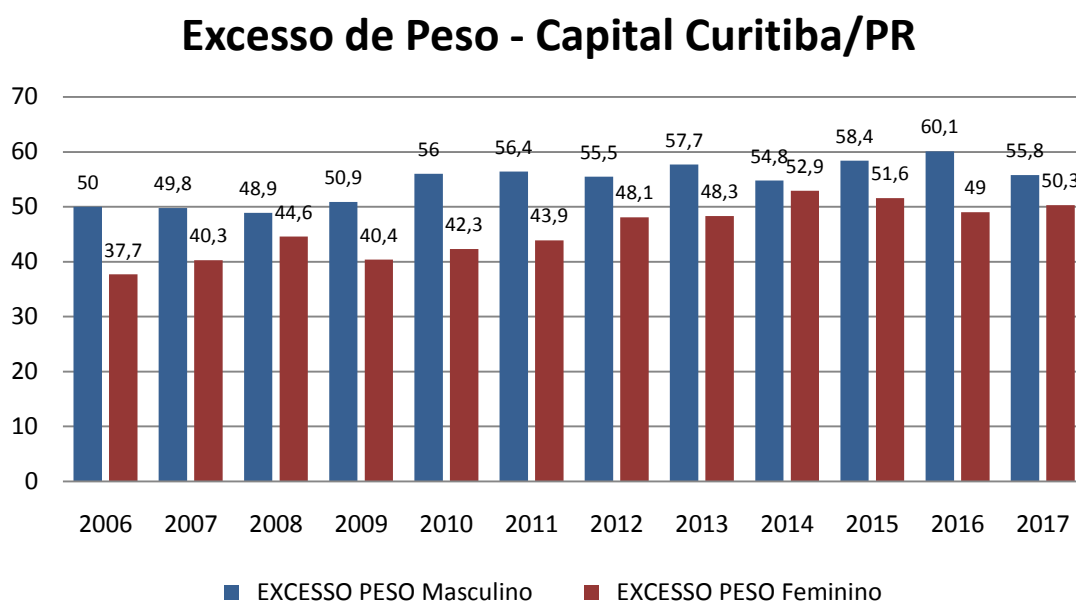
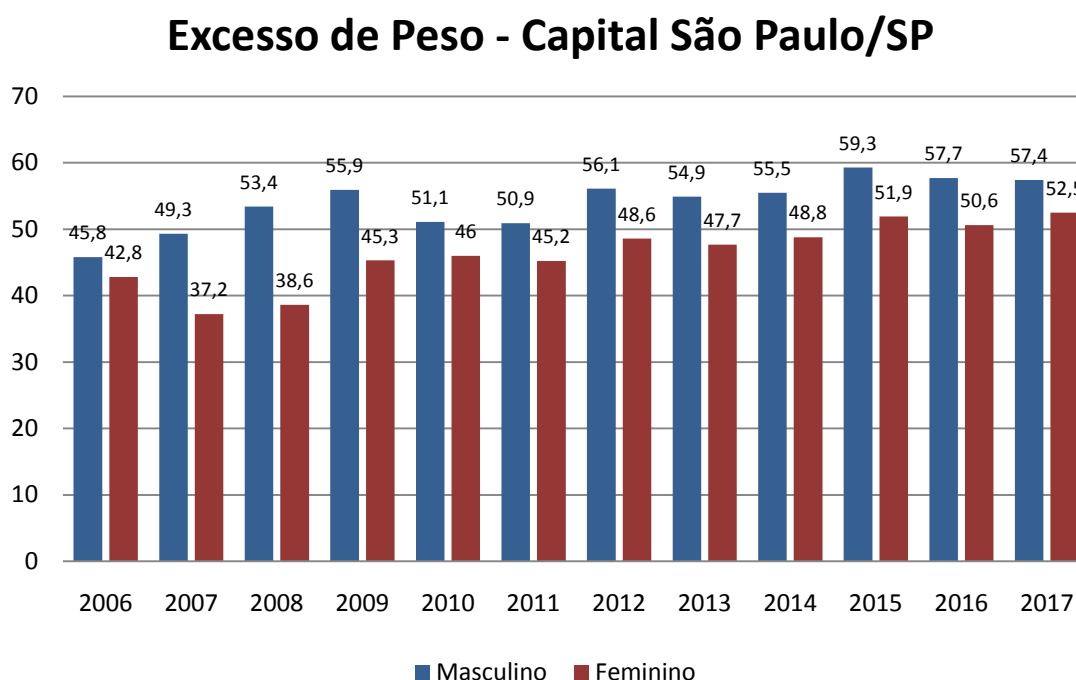
Fonte: Relatórios Públicos, SISVAN 2008-2018.

VIGITEL

O relatório público do VIGITEL, sistematizado anualmente com informações referidas por inquérito telefônico, apresentam informações sobre o estado nutricional da população brasileira. Vale a pena destacar: a informação de peso e altura para o cálculo do indicador Índice de Massa Corporal é referido pelo entrevistado; as entrevistas são realizadas apenas com adultos maiores de 20 anos; as entrevistas acontecem apenas nas capitais dos estados brasileiros. Nos relatórios não há apresentação de informações sobre o estado nutricional de baixo peso, desta maneira essa análise não apresentará informações referentes a crianças e adolescentes, bem como informações de déficit de peso/idade, magreza e baixo peso.

O estado Nutricional de Excesso de Peso sofre aumento no período de 2006 a 2017(Figura 24), para ambos os sexos e nas duas capitais avaliadas. Na capital São Paulo o sexo masculino (2006-45,8%; 2017-57,4%) apresenta prevalência de excesso de peso maior que o sexo feminino (2006-42,8%; 2017-52,5%). Na capital Curitiba, o excesso de peso entre o sexo masculino (2006-50%; 2017-55,8%) também foi maior que o excesso entre o sexo feminino (2006-37,7%; 2017-50,3%)

Figura 24: Prevalência de Excesso de Peso entre adultos da capital paulista e capital paranaense, segundo o sexo, 2019

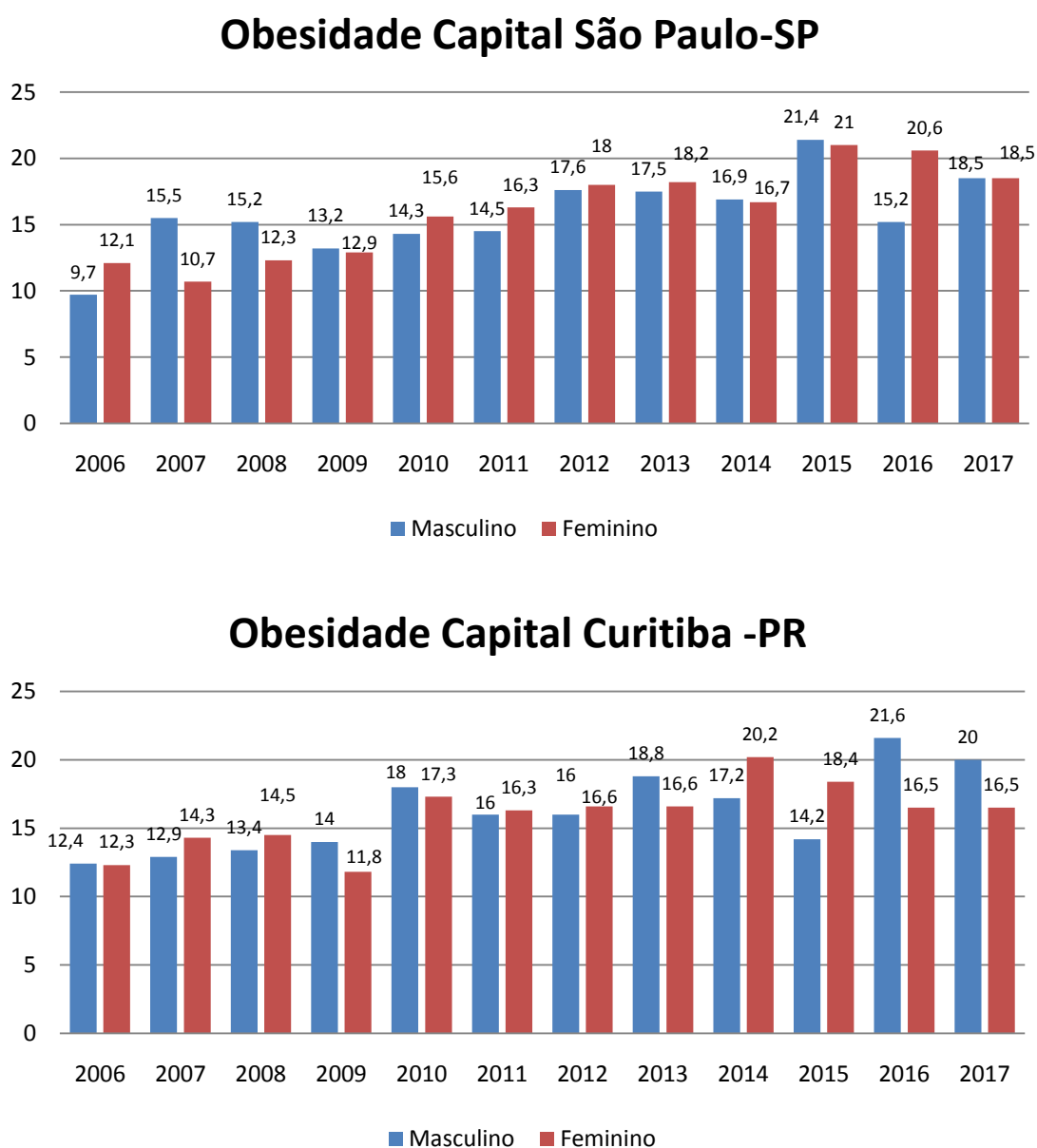


Fonte: Relatórios Públicos, VIGITEL, 2006-2017.

Ao avaliar os valores de prevalência de obesidade em ambos os sexos, nas duas capitais (Figura 25), não é possível visualizar a mesma tendência de aumento, como já apontadas por inquéritos domiciliares e SISVAN. No período estudado a capital São Paulo apresentou aumento de obesidade entre o sexo

masculino (2006-9,7%; 2017-18,5%) e feminino (2006-12,1%- 2017-18,5%). Já na capital Curitiba, também houve aumento de obesidade entre o sexo masculino (2006-12,4%; 2017-20%) e feminino (2006-12,3%- 2017-16,5%). Apesar da diminuição do período, há mais oscilações de valores de prevalência quando comparados às pesquisas de inquérito domiciliar e SISVAN

Figura 25: Estado Nutricional de Obesidade entre adultos, ambos os sexos, no período de 2006-2017, nas Capitais São Paulo / SP e Curitiba/PR. 2019



Fonte: Relatórios Públicos, VIGITEL, 2006-2017.

CONSIDERAÇÕES PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES NOS PLANOS DE SEGURANÇA ALIMENTAR

Os dados de estado nutricional trazidos pelas pesquisas de inquérito domiciliar, historicamente coordenados pelo IBGE ou demais Institutos, são as pesquisas cujo rigor metodológico exclui qualquer questionamento. São as informações mais fiéis à realidade brasileira, garantida por importante trabalho amostral e posterior análise estatística. Essas pesquisas (POF, PNS), tem sido realizadas com períodos cada vez maiores e pairam sobre elas o questionamento sobre orçamento para sua realização. A Pesquisa de Orçamento Familiar mais recente (2017/2018) não realizou o questionário de antropometria, ficando sobre responsabilidade apenas da Pesquisa Nacional de Saúde realizar o levantamento de Peso e Altura da população brasileira. Outra questão importante é sobre a desagregação dos dados, que para a garantia da representatividade, não permite visualizar a informação de estados e municípios. Desta forma, para o monitoramento dos Planos de SAN, as informações oferecidas pelos relatórios das Pesquisas da POF e PNS essas devem ser utilizadas para compreensão do estado nutricional da população brasileira. Estados e municípios possuem como desafio acompanhar o estado nutricional de sua população, através de duas fontes: SISVAN ou VIGITEL.

Ponderações precisam ser realizadas a cerca do VIGITEL: as entrevistas telefônicas são realizadas apenas nas capitais dos estados, representando então a realidade de um município. Não há base amostral nos demais municípios do estado. Monitorar um plano de SAN com essa fonte de informação pode acarretar no equívoco de retrato apenas da capital do estado.

Em relação ao SISVAN, historicamente há o problema de baixa cobertura de registro dessas informações no sistema de AB. Com a unificação do SISVAN WEB, com o sistema de gestão do Bolsa Família (DATASUS) e o e-SUS- AB, houve melhora da cobertura, segundo alguns autores²⁷. Há ainda uma relação direta entre o avanço da ESF, como estratégia da AB, e a melhora de cobertura do SISVAN²⁷. Esse sistema de informação retrata processo de trabalho das equipes e as ações de saúde voltadas para a população,

realizadas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica. Na prática, uma equipe de saúde cujo processo de trabalho não está em total organização, não registra seus dados de antropometria no sistema, o que ocasiona a baixa cobertura da fonte de informação. Lentamente ele ganha escopo, a medida que as equipes qualificam seus processos de trabalho. Vale lembrar que é a única fonte de informação que permite aplicar filtros para: estados, municípios, idade, cor, escolaridade e diferentes graus de obesidade.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estudo Nacional de Despesa Familiar – ENDEF. Dados preliminares. Consumo alimentar, antropometria*. Rio de Janeiro: IBGE; 1977.
- 2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 1987-1988: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos*. Rio de Janeiro: IBGE; 1999.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 1995-1996: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos*. Rio de Janeiro: IBGE; 1997.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 204.
- 5 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamento Familiares 2008-2009: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). *Pesquisa Nacional de sobre Saúde e Nutrição*. Brasília: MS; 1990
- 7 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa sobre Padrões de Vida – PPV, 1996-1997*. Rio de Janeiro: IBGE; 1998.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), 1996*. Rio de Janeiro: IBGE; 1996.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Ciência e Tecnologia. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006*. Brasília: MS; 2008.
- 10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
- 11 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- 12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
- 13 Vasconcellos MTL, Silva PLN, Szklo M, Kuschner MCC, Klein CH, Abreu GA, Barufaldi LA, Bloch KV. Desenho da amostra do Estudo do Risco Cardiovascular em Adolescentes (ERICA). *Cad Saude Publica* 2015; 31(5):921-930.

14 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf

15 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_risco_doencas_inquerito_telefonico_2007.pdf

16 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2008.pdf

17 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2009.pdf

18 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf

19 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf

20 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf

21 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf

22 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf

23 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf

24 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>

25 Brasil, VIGITEL – Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf

26 Brasil. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN [internet]. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>

27 Nascimento Fabiana Alves do, Silva Sara Araújo da, Jaime Patricia Constante. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017; 33(12): e00161516. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205010&lng=en.

28 World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-forlength, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

29 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 61 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf

30 Brasil. Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>

31 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 76 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf

31 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).