UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUIS FERNANDO COSTA PEREIRA

**Hábitos e consumo alimentar de usuários de serviços de saúde com e sem
doenças crônicas não transmissíveis**

RIBEIRÃO PRETO

2019

LUIS FERNANDO COSTA PEREIRA

**Hábitos e consumo alimentar de usuários de serviços de saúde com e sem
doenças crônicas não transmissíveis**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Orientadora: Profa. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira

RIBEIRÃO PRETO

2019

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

Catálogo na publicação

Biblioteca Central USP Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Pereira, Luis Fernando Costa

Hábitos e consumo alimentar de usuários de serviços de saúde com e sem doenças crônicas não transmissíveis. Ribeirão Preto, 2019.

103 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Teixeira, Carla Regina de Souza

1. Consumo Alimentar. 2. Hábito Alimentar. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Doença Crônica. 5. Promoção da Saúde.

PEREIRA, Luis Fernando Costa

Hábitos e consumo alimentar de usuários de serviços de saúde com e sem doenças crônicas não transmissíveis.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta e todas as minhas demais conquistas a **Deus**, pois sem Ele nada seria possível, autor do meu destino, meu guia, pois foi fiel em todos os momentos desta jornada e mostrou que, o filho que pede de joelhos recebe do Pai de pé. Assim como, a intercessão de **Santa Rita de Cássia** e de **Nossa Senhora Aparecida**.

A minha querida orientadora **Profa. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira**.

Dona de um elevado senso crítico e justo, do qual administra com sabedoria a inteligência que possui equilibrando com sua humildade e o sorriso no rosto que nunca deixa de expressar. Mulher de fibra, que neste precioso tempo do qual pude conviver, ensinou o valor de ser humano, compreender, aceitar que tudo necessita de um tempo para florescer e cabe a nós apreciar cada momento até a hora da colheita. Professora, mãe, guerreira, por onde passa deixa grandes ensinamentos, minha eterna gratidão não caberia em tão poucas palavras.

Aos meus pais, **Luiz Antônio e Oneide**.

Aqueles que me presentearam com o dom da vida, pois se aqui estou alcançando este tão almejado objetivo, foi graças a paciência, educação, caráter e a exclusiva dedicação para com a minha pessoa. Seres divinos escolhidos por Deus para que juntos assumiram essa missão, que batalharam para que o melhor pudesse ser destinado a mim. Me orgulho em tê-los como meus pais.

A minha querida **Profa. Dra. Maria Aparecida Tedeschi Cano**.

Capacitada com um rico conhecimento, capaz de despertar uma admiração incondicional desde o primeiro dia de aula, sempre disposta a ajudar. Agradeço pela dedicação, zelo e confiança.

Aos meus brilhantes **Prof. Dr. Júlio César Ribeiro, Profa. Dra Gislaine Cristhina Bellusse**. Pessoas de índole, caráter e inteligência indiscutíveis, indispensáveis nesta etapa, pois o incentivo sempre esteve presente e quando tudo parecia perdido eles estavam ali, sendo aquela famosa luz no fim do túnel. Obrigado por estarem presentes em várias etapas importantes da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A minha família de coração **Vânia P. Zanirato** e **Sônia P. Zanirato**, que tem minha gratidão por tanto amor recebido em minha trajetória pessoal.

A **Equipe da Secretaria de saúde de Ribeirão Preto**, pois a ajuda de todos fortaleceu o nosso trabalho, do qual alcançamos excelentes resultados.

A **Profa. Dra. Maria Lúcia Zanetti**, que contribui em todas as etapas deste trabalho, com seu vasto conhecimento, inteligência e dedicação.

A **Paula Parisi Hodniki**, pelos ensinamentos, confiança, amizade e disponibilidade durante essa jornada da qual pudemos de desfrutar de excelentes momentos juntos.

As amigas que fiz na pós-graduação, em especial ao **Plínio Istilli**, **Jennifer Paschoalin** e ao **Rafael Lima**, o meu muito obrigado pelos momentos de conversas, reuniões, trabalhos e claro das boas risadas.

Aqueles que sempre me apoiaram e estiveram presentes em todos os momentos desta trajetória, dividindo alegrias, vencendo desafios, sem nunca me desamparar, contribuindo com palavras de conforto e disposição para ajudar. Sou grato a cada um de vocês **Ana Flávia Silva**, **Margareth Modesto**, **Maverlly da Silva**, **Frantchescoly Ferreira**, **Mariane Dutra de Deus**, e **Wiliam Morvan**, **Juliana M. C. Fleck**, **Viviana Betarelo** e **Nádia B. Negrinho**, **Allisson Santos**, **Isis Nicula** e **Heliton V. Pereira**.

Gratidão ao **Complexo Hospitalar Santa Casa de Franca**, em especial à equipe **AME** e ao **CTI-Adulto** pois foi onde dei os meus primeiros passos para o universo do cuidar.

Ao **Felipe E. Inocêncio**, pelo apoio, incentivo, companheirismo, presença e compreensão em todos os momentos.

Aos **professores e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, que contribuíram para o meu crescimento como pesquisador.

RESUMO

PEREIRA, L. F. C. **Hábitos e consumo alimentar de usuários de serviços de saúde com e sem doenças crônicas não transmissíveis**. Ribeirão Preto, 2019. 103f. Tese (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Conhecer os hábitos e o consumo alimentar da população é um dos pilares para a prevenção e o tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Para tanto, realizou-se um estudo quantitativo, transversal e observacional no município de Ribeirão Preto – SP, no período de 2017 a 2018. Esse estudo teve como objetivo comparar os hábitos e consumo alimentar dos usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT, em uma cidade do interior paulista. A amostra foi constituída por 719 indivíduos que foram entrevistados utilizando um questionário contendo as variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e, hábitos e consumo alimentar. Considerou-se hábito alimentar saudável o indivíduo que faz pelo menos três refeições principais ao dia, não ter o hábito de assistir programas de televisão e ou manejar o celular durante as refeições, consome dois litros de água por dia e não utiliza tempero industrializado. O consumo alimentar saudável foi categorizado de acordo com a frequência semanal, segundo o Protocolo do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional. Para a análise estatística utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*. Para análise entre os grupos com e sem DCNT foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson e adotado o nível de significância de 5%. Dos 719 participantes, 504 (70,1%) referiram ter DCNT e 215 (29,9%), não. Houve predomínio do sexo feminino 512 (71,2%), a idade variou de 35 a 59 anos para 293 (40,8%), 339 (47,1%) eram casados ou em união estável, 293 (40,8%) tinham ensino fundamental incompleto, 194 (27,0%) pertenciam à classe econômica C1 e 312 (43,4%) encontravam-se empregados. A metade dos participantes, 252 (50,0%) tinha doenças circulatórias e 234 (46,4%), hipertensão arterial sistêmica. No que se refere ao hábito e consumo alimentar houve semelhança entre os grupos com e sem DCNT. A maioria 587 (81,6%) dos participantes não segue a dieta, 642 (89,3%) não receberam orientação nutricional por profissional, 616 (85,7%) realizam as refeições em casa, 474 (65,9%) preparam as refeições em casa e menos da metade 240 (33,4%) realiza três refeições ao dia. A maioria 569 (79,1%) não faz uso de adoçantes, 411 (57,2%)

não faz uso de tempero industrializado e 446 (62,0%) tem o hábito de assistir televisão ou fazer o uso do celular durante as refeições. Menos da metade 340 (47,2%) consome de um a dois litros de água por dia. Ao analisar hábito alimentar saudável relacionado às variáveis sociodemográficas e clínicas, encontrou-se relação estatisticamente significativa com a idade, o estado civil e a ocupação ($p \leq 0,001$) e ter ou não DCNT ($p \leq 0,044$). No que se refere ao consumo alimentar semanal houve predomínio das respostas em relação ao consumo de salada crua, legumes e verduras, frutas, feijão, leite e derivados, sendo que a média variou de 3,6 a 5,5. Para os alimentos, tais como batata frita, hambúrgueres, bolachas salgadas, doces e refrigerantes a média variou de 0,1 a 2,5. O consumo saudável foi relacionado à idade e estado civil ($p \leq 0,001$), classe econômica ($p \leq 0,027$) e ocupação ($p \leq 0,005$). Pode-se concluir que os hábitos e o consumo alimentar dos participantes com e sem DCNT não apresentaram diferenças na sua distribuição. No entanto, deve-se considerar a idade, o estado civil, a classe econômica, a ocupação nos programas educativos para a promoção do consumo alimentar saudável. Reconhece-se que indivíduos com DCNT têm necessidades específicas em relação ao consumo de alimentos para o tratamento da doença, e essas devem ser consideradas para a formulação de políticas públicas de saúde e no que tange a mudança de comportamento.

Palavras-chave: Consumo Alimentar. Hábito Alimentar. Sistema Único de Saúde. Doença Crônica. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

PEREIRA, Luis Fernando Costa. **Habits and food consumption of health service users with and without chronic non-communicable diseases**. Ribeirão Preto, 2019. 103f. Dissertation (Mastership) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Getting to know the population's habits and food consumption is one of the pillars for prevention and treatment of Chronic Non-communicable Diseases (CNCD). For this reason, a quantitative, cross-sectional and observational study was developed in the city of Ribeirão Preto (São Paulo), during 2017 and 2018. This study aimed to compare the habits and food consumption of the health service users with and without CNCD in a city in the countryside of the state. The sample consisted in 719 individuals who were interviewed through a questionnaire with sociodemographic and clinical variables and food consumption. Healthy eating is considered to be the individual who has at least three main meals a day, does not have the habit of watching television programs, does not use the cell phone during meals, drinks two liters of water a day and does not use industrialized condiments. The healthy food consumption was categorized according to the weekly frequency, following the Brazilian Protocol of National Food and Nutrition Surveillance System. For statistical analysis, the *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows was used. For analysis among the groups with and without CNCD, Pearson's chi-squared test was used and the significance level considered was 5%. From the total of 719 participants, 504 (70,1%) claimed to have CNCD and 215 (29,9%) did not. Most of them were female: 512 (71,2%), age range varied from 35 to 59 years old among 293 (40,8%), 339 (47,1%) were married or were in a stable union, 293 (40,8%) did not complete elementary school, 194 (27,0%) belonged to C1 economic class and 312 (43,4%) were employed. Half of the participants, 252 (50,0%) had circulatory diseases and 234 (46,4%) suffered from systemic arterial hypertension. Regarding to habits and food consumption there were some similarities among groups with and without CNCD. Most of them 587 (81,6%) did not follow any diet plan, 642 (89,3%) did not have any professional nutritional orientation, 616 (85,7%) had meals at home, 474 (65,9%) handmade their own food at home and less than half 240 (33,4%) had three meals a day. Most of them 569 (79,1%) did not use any kind of sweetener, 411 (57,2%) did not use industrialized condiments and 446 (62,0%) had the habit of watching television and managing the cell phone during meals. Less than half of them 340 (47,2%) drank from one to two liters of water a day. When analyzing healthy food consumption related to sociodemographic and

clinical variables, significant statistics related to age range, marital status, occupation ($p \leq 0,001$) and having CNCD or not ($p \leq 0,044$) were found. Regarding to weekly food consumption, there was a predominance of answers related to the consumption of raw salad, vegetables, fruit, beans, milk derivatives, and the average varied from 3,6 to 5,5. For other food, such as French fries, hamburgers, biscuits, candies and soda, the average varied from 0,1 to 2,5. The healthy consumption was related to age range and marital status ($p \leq 0,001$), economic class ($p \leq 0,027$) and occupation ($p \leq 0,005$). It can be concluded that the habits and food consumption of participants with and without CNCD did not show differences on its distribution. However, age range, marital status, economic class and occupation must be considered in the educative programs for the promotion of healthy food consumption. It is concluded that individuals with CNCD have specific needs when it is about food consumption to the treatment of the disease, and these ones have to be considered for the health public policy making and regarding to behavior change.

Key words: Food Consumption. Eating Habit. Unified Health System. Chronic Disease. Health Promotion.

RESUMEN

PEREIRA, L. F. C. **Hábitos y consumo de alimentos de usuarios de servicios de salud con y sin enfermedades crónicas no transmisibles. Ribeirão Preto, 2019.** 103f. Tesis (Máster) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Conocer los hábitos y el consumo de alimentos de la población es uno de los pilares para la prevención y el tratamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Por lo tanto, se realizó un estudio cuantitativo, transversal y observacional en la ciudad de Ribeirão Preto - SP, de 2017 a 2018. Este estudio tuvo como objetivo comparar los hábitos y el consumo de alimentos de los usuarios de servicios de salud con y sin ECNT, en una ciudad en el interior de São Paulo. La muestra consistió en 719 individuos que fueron entrevistados utilizando un cuestionario que contenía variables sociodemográficas, variables clínicas y hábitos alimenticios y de consumo alimentar. Se consideró que una alimentación saludable es la persona que come al menos tres comidas principales al día, no tiene el hábito de mirar programas de televisión y o maneja su teléfono celular durante las comidas, consume dos litros de agua al día y no usa condimentos industrializados. La ingesta de alimentos saludables se clasificó según la frecuencia semanal, de acuerdo con el Protocolo del Sistema Nacional de Vigilancia de Alimentos y Nutrición. El análisis estadístico se realizó utilizando el *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*. Para el análisis entre grupos con y sin ECNT, se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson y se adoptó el nivel de significancia del 5%. De los 719 participantes, 504 (70,1%) informaron tener ECNT y 215 (29,9%) no. Predominaron las mujeres 512 (71,2%), la edad varió de 35 a 59 años para 293 (40,8%), 339 (47,1%) estaban casadas o en una unión estable, 293 (40,8%) no habían completado la escuela primaria, 194 (27,0%) eran de la clase económica C1 y 312 (43,4%) estaban empleados. La mitad de los participantes, 252 (50,0%) tenían enfermedades circulatorias y 234 (46,4%), hipertensión arterial sistémica. Con respecto al hábito y al consumo de alimentos, hubo similitud entre los grupos con y sin ECNT. La mayoría de los 587 (81,6%) participantes no siguieron la dieta, 642 (89,3%) no recibieron asesoramiento nutricional por parte del profesional, 616 (85,7%) comen en casa, 474 (65,9%) preparar comidas en casa y menos de la mitad 240 (33,4%) tienen tres comidas al día.

La mayoría de los 569 (79,1%) no usan edulcorantes, 411 (57,2%) no usan condimentos industrializados y 446 (62,0%) tienen la costumbre de mirar televisión o usar el teléfono durante las comidas. Menos de la mitad 340 (47,2%) consumen uno o dos litros de agua por día. Analizando hábitos alimenticios saludables relacionados con variables sociodemográficas y clínicas, encontramos una relación estadísticamente significativa con la edad, el estado civil y la ocupación ($p \leq 0,001$) y tener o no ECNT ($p \leq 0,044$). Con respecto al consumo semanal de alimentos, hubo un predominio de respuestas con respecto al consumo de ensalada cruda, legumbre y verduras, frutas, frijoles, leche y derivados, con un promedio de 3,6 a 5,5. Para alimentos como papas fritas, hamburguesas, galletas saladas, dulces y refrescos, el promedio varió de 0,1 a 2,5. El consumo saludable se relacionó con la edad y el estado civil ($p \leq 0,001$), la clase económica ($p \leq 0,027$) y la ocupación ($p \leq 0,005$). Se puede concluir que los hábitos y la ingesta de alimentos de los participantes con y sin ECNT no difieren en su distribución. Sin embargo, debe considerarse la edad, el estado civil, la clase económica, la ocupación en los programas educativos para promover el consumo de alimentos saludables. Se reconoce que las personas con ECNT tienen necesidades específicas en relación al consumo de alimentos para el tratamiento de la enfermedad, y esto debe considerarse para la formulación de políticas de salud pública y cambios de comportamiento.

Palabras clave: Consumo de Alimentos. Conducta Alimentaria. Sistema Único de Salud. Enfermedad Crónica. Promoción de la Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Amostra e Coleta de dados da farmácia dos distritos de saúde dos usuários do SUS, Ribeirão Preto – SP, 2019.....	38
Tabela 2 -	Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde segundo variáveis sociodemográficas, Ribeirão Preto, SP – 2018.....	47
Tabela 3 -	Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde com ou sem DCNT segundo variáveis clínicas, Ribeirão Preto, SP – 2019.....	48
Tabela 4 -	Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde sem e com DCNT segundo hábitos alimentares, Ribeirão Preto, SP – 2019.....	50
Tabela 5 -	Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde segundo o consumo alimentar e sua frequência semanal – Ribeirão Preto, SP – 2019.....	51
Tabela 6 -	Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde sem DCNT segundo o consumo alimentar e sua frequência semanal, Ribeirão Preto, SP – 2019.....	52
Tabela 7 -	Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde com DCNT segundo o consumo alimentar e sua frequência semanal, Ribeirão Preto, SP – 2019.....	53
Tabela 8 -	Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde segundo o consumo alimentar saudável e não saudável e as variáveis sociodemográficas e clínicas, Ribeirão Preto, SP – 2019.....	54

Tabela 9 -	Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde segundo o hábito alimentar saudável e não saudável e as variáveis sociodemográficas e clínicas, Ribeirão Preto, SP – 2019.....	55
-------------------	--	----

LISTA DE SIGLAS

ADA	<i>American Diabetes Association</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
MS	Ministério da Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SISVAN	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DM1	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1
DM2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 O contexto da alimentação saudável e as DCNT	24
2.2 O consumo e hábitos alimentares e as DCNT	27
3 OBJETIVOS	33
3.1 Objetivo geral	34
3.2 Objetivo específico	34
4 MÉTODO	35
4.1 Tipo de estudo	36
4.2 Local do estudo	36
4.3 População do estudo.....	37
4.4 Critérios de seleção	38
4.5 Amostra do estudo	38
4.6 Variáveis do estudo	39
4.6.1 Variáveis sociodemográficas.....	39
4.6.2 Variáveis Clínicas.....	40
4.6.3 Variáveis referentes aos hábitos alimentares	40
4.6.4 Variáveis referentes ao consumo alimentar	41
4.7 Instrumentos de coleta de dados	41
4.8 Estudo piloto	42
4.9 Coleta de dados	42
4.10 Análise dos dados	43
4.11 Aspectos éticos.....	44
5 RESULTADOS	45
6 DISCUSSÃO.....	56
6.1 Caracterização dos participantes segundo as variáveis sociodemográficas	57

6.2 Caracterização dos participantes segundo as variáveis clínicas.....	59
6.3 Caracterização dos participantes segundo as variáveis relacionadas aos hábitos alimentares	61
6.4 Caracterização dos participantes segundo as variáveis referentes ao consumo alimentar	66
7 CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	92
ANEXOS	100

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem, aproximadamente, por 71% das mortes no mundo. Estimativas apontaram que no ano de 2016 ocorreram quase 41 milhões de óbitos relacionados à DCNT. A maioria dos óbitos está relacionada às quatro principais DCNT: doença cardiovascular, neoplasias, doença respiratória crônica e diabetes *mellitus* (DM). Esse panorama é motivo de preocupação devido a morte prematura, que ocorre antes dos 70 anos de idade, pois nesses indivíduos as DCNT também respondem por mais de 80% das mortes prematuras no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

As DCNT representam um agravo a saúde pública, sendo uma das principais causas de morbimortalidade no mundo e no Brasil, com desdobramentos, tais como, alto impacto econômico, comprometimento da qualidade de vida, aumento por morte prematura e incapacidade (MALTA; SILVA, 2018).

Também, o envelhecimento da população, a urbanização rápida e não planejada, a globalização traz modificações no estilo e hábitos de vida. Desta forma, ações de promoção à saúde direcionadas a redução dos fatores de risco, tais como, o tabagismo, o consumo de álcool, a alimentação inadequada e a inatividade física podem contribuir para a diminuição do aparecimento das DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

No Brasil, foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com outros Ministérios, o Plano de Ações e Estratégias para o Enfrentamento das DCNT, baseado nas estratégias propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Esse Plano almeja preparar o país para a redução da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT, em 2% ao ano. Desse modo, as ações estratégicas visam reduzir a prevalência de obesidade em crianças, reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes, deter o crescimento da obesidade em adultos, reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool, aumentar a prevalência de atividade física no lazer, aumentar o consumo de frutas e hortaliças, reduzir o consumo médio de sal e reduzir a prevalência de tabagismo em adultos. Também propõe aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos, tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesão precursora de câncer, até o ano de 2022. Das metas propostas, três ainda não foram atingidas com eficácia até o momento: reduzir

a prevalência da obesidade em crianças e adolescentes, e deter o crescimento da obesidade em adultos. Outras duas, ainda, estão estáveis ou não foram reavaliadas: reduzir os níveis de consumo médio de sal e aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos (BRASIL, 2011a).

Em particular, destaca-se o consumo alimentar como um fator de risco para as DCNT. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), publicada no ano de 2013, apontou que 37,2% dos indivíduos adultos consomem alimentos ricos em gordura saturada, o que representou o pior resultado em relação aos outros resultados analisados sobre o consumo alimentar. O consumo alimentar, nos últimos anos, sofreu grande alteração devido a mudanças no estilo de vida da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A frequência de consumo de alimentos considerados de risco para DCNT na população brasileira fornece informações importantes para o planejamento e avaliação das ações de prevenção. Nessa direção, destaca-se o estudo publicado pela PNS, no ano de 2013. Nesse estudo foi realizado um inquérito transversal representativo da população adulta (idade ≥ 18 anos) do país, em 64.348 domicílios, com participação de 60.202 adultos. Para os indicadores estudados, no que se refere ao conjunto da população, a prevalência de consumo de alimentos considerados de risco para DCNT foi superior a 20%, indicando elevada presença de comportamentos de risco. Esse valor indica que a população encontra-se em risco para o aparecimento de alguma DCNT ou comprometer o tratamento daqueles que já tem ao menos um diagnóstico de doença crônica não transmissível. O pior resultado refere-se a prevalência de consumo de alimentos de fonte de gordura saturada: seis em cada 10 participantes referiram consumir leite integral e quatro em cada 10, carne vermelha ou frango com excesso de gordura. O consumo de alimentos como fonte de açúcar mostrou-se menos frequente, sendo que dois em cada 10 participantes consumiam refrigerantes (ou suco artificial) ou doces, regularmente. De um modo geral, os fatores de risco foram mais prevalentes no sexo masculino, na faixa de idade inferior e nível de instrução baixo (CLARO et al., 2015).

As medidas de educação e prevenção compõem um cenário estratégico para o consumo saudável de nutrientes. Desse modo, medidas de educação e prevenção, bem como, a articulação intersetorial em conjunto com a população devem ser fortalecidos para que os riscos e a vulnerabilidade sejam reduzidos, conforme as Políticas de Promoção de Saúde (MALTA et al., 2016). Acresça-se a implementação

de políticas que visem melhor distribuição de renda para que a população tenha o acesso aos alimentos, de forma e quantidade adequadas.

Os desafios relacionados a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS) no contexto nacional desencadeou a necessidade de uma revisão, no ano de 2014. O processo de revisão foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) com a finalidade de aprimorar e atualizar a PNPS. E, tem como meta prioritária a alimentação adequada e saudável, e visa promover ações de promoção de saúde e de segurança alimentar (BRASIL, 2015a; MALTA et al., 2016).

A alimentação saudável e adequada é um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde e um direito inerente as pessoas (MALTA et al., 2016). A garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) exige uma conjunção de políticas públicas, envolvendo a PNPS e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, as quais têm papel fundamental. Inúmeros esforços foram realizados para a promoção da saúde e da SAN no SUS, bem como várias articulações intersetoriais. Dentre estas destacam-se segundo BRASIL, 2011b; 2014a; JAIME et al., 2011; MALTA; SILVA, 2013; MALTA et al., 2016:

As ações relativas à alimentação saudável, a produção do cuidado e as redes regionais de atenção à saúde;

O acompanhamento sistemático das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família, realizado pelas equipes de Atenção Básica de todo o país;

O conjunto de ações desenvolvidas no escopo do Programa Saúde na Escola (PSE), pela parceria das equipes de Atenção básica com os profissionais de educação;

As ações estratégicas para o aumento do consumo de frutas e hortaliças, redução do consumo de sal com negociação e pactuação com o setor produtivo de alimentos, representado pela Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação, para a redução do teor de sódio em alimentos processados de maneira gradual, voluntária e por meio de metas bianuais. Cabe ainda, ao MS o monitoramento dos resultados dos dois primeiros termos de compromisso, que mostram redução do teor médio de sódio em todas as categorias analisadas, com cumprimento das metas pactuadas de 80 a 99%;

A publicação das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à

Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, e o Guia Alimentar para a População Brasileira, que trouxe novos paradigmas sobre a necessidade de compreensão das práticas alimentares no contexto do sistema alimentar e de forma coerente com atual estágio da transição nutricional.

Em relação as DCNT observa-se a necessidade de organizar a vigilância das ações estratégicas, atuar na redução das desigualdade e iniquidades, instituir agenda regulatória que reduza a vulnerabilidade, e sobretudo atuar de forma participativa, articulada e intersetorial (MALTA et al., 2018).

Ao considerar os desafios, percebe-se a importância da alimentação saudável, na promoção de saúde, na prevenção, no controle e no tratamento das DCNT. Nesta direção, propôs-se a investigar os hábitos e o consumo alimentar de usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT, do município de Ribeirão Preto – SP.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O contexto da alimentação saudável e as DCNT

A alimentação saudável se refere à ingestão de nutrientes e de alimentos que favorecem o bem-estar por meio de uma nutrição equilibrada. A combinação e a forma de preparo dos alimentos são modificáveis por fatores relacionados ao modo de comer, regionalização e diversidade social e cultural presentes na prática de comer (BRASIL, 2014).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança nutricional e de alimentos é um direito humano básico em relação ao contexto familiar. Trata-se de um direito ao acesso físico, social, econômico a alimentos nutritivos e seguros, em quantidade suficiente que satisfaça as necessidades dietéticas de pessoas atribuindo assim, uma vida ativa e saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

É direito da população o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, e tem como base práticas alimentares que promovam saúde, respeite a diversidade social e cultural, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2011b).

Cada indivíduo tem necessidade nutricional específica em cada fase da vida, iniciando na concepção e se estendendo até a velhice (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). No entanto, o consumo alimentar moderno constitui um dos fatores de risco para o desenvolvimento e a prevenção das DCNT, principalmente, quando estão relacionados às características sociodemográficas e estilo de vida (ALEXANDRE et al., 2014).

O Brasil e vários países da América Latina, nos últimos vinte anos, tem passado por uma rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional, bem como, constata-se o aumento da prevalência de obesidade/sobrepeso corporal nos diversos grupos populacionais. Nessa vertente, a obesidade consolidou-se como agravo nutricional relacionado à alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e DM, contribuindo para o perfil de morbimortalidade das populações (KAC; VELASQUEZ-MELENDEZ, 2003).

As DCNT, consideradas um problema de saúde pública mundial, respondem por 63% das mortes no mundo, segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). As DCNT são de causa multifatorial, de longa duração, e o seu aparecimento

ocorre ao longo da vida, resultante de determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco compartilhados e individuais, tais como, o tabagismo, consumo nocivo do álcool, inatividade física e alimentação não saudável (BRASIL, 2011a).

O DM, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crônicas e as neoplasias são as DCNT de maior impacto mundial referente às mortes. No ano de 2012, 56 milhões de óbitos ocorreram no mundo, sendo que 38 milhões foram relacionados às DCNT e $\frac{3}{4}$ (28 milhões) dessa população estavam concentrados em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; 2014). Para o monitoramento das DCNT e seus fatores de risco é essencial a vigilância, pois é uma ação em saúde pública que subsidia, planeja, executa e avalia a prevenção e controle das doenças (MALTA et al., 2017).

Desse modo, políticas públicas em relação às DCNT referem-se às estratégias que podem reduzir o índice de mortalidade. Dados publicados, no ano de 2014, pelo Sistema de Informação de Mortalidade apontaram que ocorreram mais de um milhão de mortes de pessoas com DCNT, no mundo. Entre os anos de 2011 e 2014, o Brasil respondeu por 4,5 milhões de óbitos por DCNT. Nessa direção, esforços devem ser envidados na busca de estratégias efetivas para adesão ao comportamento saudável, a fim de evitar e controlar os fatores de risco e promover o fortalecimento dos serviços de saúde em relação às DCNT (SANTOS et al., 2014).

Em 2011, em reunião da ONU, na presença de Chefes de Estado, frente à gravidade do tema e o impacto social aos sistemas de saúde, foram elaboradas recomendações para amenizar o crescimento das DCNT. Nessa reunião 194 países se comprometeram a implementar as recomendações.

O Plano de estratégia mundial proposto contém nove ações, que tem como finalidade a redução relativa da mortalidade geral por DCNT em 25%, redução relativa do uso nocivo do álcool em pelo menos 10%, conforme o caso, no contexto nacional, redução da prevalência de atividade física insuficiente em 10%, redução relativa da média populacional de ingestão de sal ou sódio em 30%, redução relativa da prevalência do consumo atual de tabaco em 30%, em pessoas com 15 anos ou mais, redução relativa de 25% na prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dependendo das circunstâncias do país, impedir o aumento do DM e da obesidade, tratamento farmacológico e aconselhamento (incluindo o controle glicêmico) de pelo menos 50% das pessoas que o necessitam para prevenir ataques cardíacos e acidentes cerebrovasculares, 80% de disponibilidade de tecnologias básicas e

medicamentos essenciais, incluídos os genéricos, necessários para tratar as principais DCNT, acessíveis em centros públicos e privados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, estabeleceu seis ações fundamentais. A promoção da alimentação saudável nas escolas, o aumento do consumo de alimentos saudáveis, estabelecendo parceria com agricultores familiares e pequenas associações a fim de aumentar a oferta de produtos in natura, com vistas à alimentação adequada e saudável, a prevenção das DCNT e a promoção de saúde. A redução de sal e açúcar nos alimentos, estabelecendo a regulação da composição nutricional de alimentos processados, reduzir impostos, taxas e subsídios dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças) com a finalidade de estimular o seu consumo. A implantação de um Plano Intersectorial de Controle e Prevenção da Obesidade, que visa à redução da obesidade na infância e na adolescência e deter o seu aumento em adultos, que visa todo o ciclo da população brasileira e estabelecer a regulamentação de produtos alimentícios, principalmente, direcionada para as crianças (BRASIL, 2011a).

Nessa direção, destaca-se a importância participação do núcleo familiar e do profissional da saúde para que os níveis de comprometimento sejam atingidos, incentivando o aleitamento materno, intervenções nas escolas, regulamentação do marketing e incentivo à atividade física (MALTA; SILVA, 2013).

Por outro lado, a implementação destas ações no país, que apresenta grande extensão territorial, de renda média, com desigualdades socioeconômicas e disparidades na distribuição de renda, podem constituir barreiras para atingir as metas comprometendo o estado de saúde da população, e indiretamente dificultar o acesso aos serviços de saúde (SZWARCOWALD et al., 2016).

No que se refere a políticas públicas, no Brasil, as abordagens são integradas e sensíveis as diferenças, devido a diversidade socioeconômica e regional (ORGANIZAÇÃO DA NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2017).

A alimentação saudável e adequada é um dos determinantes e condicionantes da saúde e um direito da população global. No entanto, constitui fator de risco para DCNT, quando tende ao desequilíbrio, tanto no consumo quanto na qualidade dos alimentos e à prática insuficiente de atividade física (MALTA et al., 2016).

A ingestão de calorias e a mudança de hábitos alimentares são realizadas por meio de substituições, ou seja, o alto consumo de alguns alimentos está relacionado

à menor ingestão de outros. Dessa forma, padrões alimentares podem ser definidos ao estabelecer quantidade, porções, combinações e variações formadas por diferentes grupos de alimentos e bebidas, bem como, a frequência de consumo (SCHULZE et al., 2018).

A ingestão de frutas e verduras, geralmente, pode contribuir para a redução de doenças cardiovasculares, HAS, DM2 e a obesidade, e alguns tipos de neoplasias. Modificações dos hábitos alimentares têm impacto no risco de algumas doenças (BAZZANO; SERDULA; LIU, 2013; RIBOLI; NORAT, 2013). O consumo adequado de frutas e hortaliças pode estabelecer um fator protetor para a Síndrome Metabólica, hipertrigliceridemia e obesidade abdominal (AZEVEDO et al., 2014).

Dessa forma, a construção de comportamentos saudáveis faz parte de um programa de autogerenciamento do diabetes. Recomenda que as pessoas com DM devam incorporar às atividades de autocuidado a modificação do estilo de vida e receber apoio para as mudanças relacionadas ao plano alimentar e atividade física para alcançar a perda ou manutenção do peso corporal (AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS, 2019).

Assim, a educação em DM referentes ao consumo alimentar são informações que auxiliam as populações na escolha dos alimentos que favoreçam a ingestão ideal de nutrientes relacionados à prevenção de DCNT (TAPSELL et al., 2016). A escolha irá direcionar a alimentação saudável, tais como, o consumo de frutas, verdura e legumes, diariamente, e o fracionamento das refeições (BRASIL, 2014b). As escolhas podem subsidiar as ações para efetividade das políticas públicas no que tange a alimentação saudável e consequente prevenção e tratamento das DCNT.

2.2 O consumo e hábitos alimentares e as DCNT

O aumento das DCNT tem desencadeado um incremento em relação aos gastos com assistência à saúde. Em contrapartida, investimentos têm sido realizados para estimular a mudança no consumo alimentar e hábitos de vida do brasileiro, decorrente à oferta e escolha de alimentos saudáveis no plano alimentar. O governo estabeleceu uma gama de estratégias para motivar a população quanto à aquisição de consumo alimentar saudável e hábitos de vida (FIGUEIREDO; RECINE; MONTEIRO, 2017).

No final da última década, as taxas de obesidade e sobrepeso de adultos, dos centros urbanos das capitais brasileiras, eram de 14,8% e 49%, respectivamente, e permaneceu com sinais de estabilização em 2014. No entanto, a incidência cresce de forma gradativa, no mundo, e espera-se que em 2025 aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estejam sobrepeso e mais de 700 milhões com obesidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014; BRASIL, 2015).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares mostrou que a baixa renda é um fator de risco que estimula o consumo excessivo de alimentos e, conseqüentemente, o sobrepeso e a obesidade, e apresenta relação inversa entre o custo da dieta e a concentração energética. Assim, políticas públicas podem contribuir para reverter esse contexto, pois o aumento da renda das famílias ou a redução do preço dos alimentos de baixa densidade energética em relação aos demais produtos são possíveis alternativas de melhoria na qualidade da alimentação da população brasileira (RICARDO; CLARO, 2012).

No entanto, um dos desafios refere-se ao consumo de alimento processado. O alimento processado mantém a sua identidade básica e grande parte dos nutrientes originais. No entanto, a forma de processamento utilizada altera de modo desfavorável a composição dos nutrientes, pois são adicionadas, na maioria das vezes, sal, açúcar e vinagre, para aumentar a durabilidade dos alimentos. Neste processo, o alimento original se torna uma fonte de nutrientes e o consumo excessivo está relacionado à obesidade e DCNT. Por esse motivo, recomenda-se limitar a pequenas porções de alimentos processados na dieta, atentar-se para os rótulos nutricionais dos produtos e dar preferência para aqueles com menor teor de sal ou açúcar (BRASIL, 2014b).

Os alimentos ultraprocessados, considerados nutricionalmente desbalanceados, na maioria das vezes, são consumidos em excesso e apresenta uma tendência à substituição dos alimentos *in natura* ou minimamente processados. O processo de produção conta com substâncias extraídas de alimentos ou sintetizadas em laboratórios, na qual contém grande quantidade de açúcar, sódio, gorduras e uma alta densidade energética e baixo teor de fibras (MOUBARAC et al., 2013; BRASIL, 2014; MONTEIRO et al., 2016). Dessa forma a quantidade de energia que é consumida pela população é preocupante devido ao balanço energético positivo, o que poderia levar ao ganho de peso (BIELEMANN et al., 2015).

Na última década, aproximadamente 18% da população brasileira, regularmente, consumiu produtos não saudáveis, tais como, refrigerantes, sucos

artificiais e doces, apresentando comportamento alimentar que contribuiu para problemas nutricionais, o aparecimento de DCNT e o controle inadequado das DCNT diagnosticadas. Além disso, o consumo regular de refrigerantes e sucos artificiais supera o consumo diário recomendado de frutas e hortaliças. Esses dados apontam a presença marcante de produtos industrializados do tipo ultraprocessados na alimentação da população brasileira. Nota-se também, a frequência de inclusão de alimentos ultraprocessados com uma dieta tradicional - arroz e feijão, alimentos básicos que compõe a mesa da população brasileira, levando ao baixo teor nutritivo e alto valor calórico das refeições. Também se constata o alto consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras, tais como, refrigerantes e alimentos ultraprocessados combinados com a baixa ingestão de frutas e verduras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011b).

Estudos têm apontado a relação da obesidade e o sobrepeso às mudanças nos padrões alimentares, com destaque para o aumento do consumo de produtos e bebidas processados, além da frequente substituição das principais refeições por lanches e outros produtos processados para o consumo (ORTEGA; LAVIE; BLAIR, 2016; MENDONÇA et al., 2016; LOUZADA et al., 2015).

Geralmente, este alimento tem alta densidade energética, excesso de sódio, açúcares, gorduras totais e saturadas e baixo teor de fibras, em comparação com os alimentos in natura ou minimamente processados. Além do mais, esses alimentos são hiperpalatáveis, prescindem do preparo e têm maior acessibilidade e fácil locomoção, fatores que proporcionam o aumento do seu consumo (IFLAND et al., 2009; BIELEMANN et al., 2015; ZOBEL et al., 2016).

Outros fatores estão relacionados ao consumo de alimentos ultraprocessados e obesidade. As altas cargas de densidade energética comprometem as funções do organismo humano para realizar o balanço energético aumentando a chance de risco de ganho de peso excessivo. Da mesma forma, o aumento da carga glicêmica dos alimentos ultraprocessados contribui para o aumento da secreção de insulina, intolerância à glicose, resistência à insulina e para cronicidade da obesidade, bem como, para o desenvolvimento de doenças relacionadas à obesidade, como o DM, HAS e alguns tipos de câncer (ROLLS, 2009; LOUZADA et al., 2015).

Outro fator refere-se à falta de orientação profissional sobre a alimentação saudável. Estudo realizado, na região Sul do Brasil, evidenciou que os indivíduos que não receberam orientação profissional tiveram menor probabilidade de perceber as

dificuldades para seguimento de uma alimentação adequada. Esse estudo apontou que a informação nutricional deve ser aprimorada, ao considerar que parte dos usuários encontraram dificuldades para seguimento de uma alimentação adequada e saudável, em particular, os homens adultos e de menor renda (LINDEMANN; OLIVEIRA; MENDOZA-SASSI, 2016). Reconhece-se que a promoção de alimentação adequada e saudável compreende um conjunto de estratégias que favorecem práticas alimentares apropriadas para cada indivíduo (BRASIL, 2014).

No caso das pessoas com DM, o maior desafio para a adesão ao tratamento refere-se à alimentação, ou seja, o que comer, pois o padrão alimentar saudável em conjunto a atividade física regular e, frequentemente, o tratamento medicamentoso são componentes chave do manejo do DM (COSTA et al., 2011).

O posicionamento da Associação Americana de Diabetes (ADA) é de que não existe um padrão alimentar “geral” para pessoas com DM. A ADA reconhece o papel integral da terapia nutricional em relação ao tratamento global do DM e tem recomendado o engajamento dos indivíduos nas atividades de autocuidado por meio da educação continuada para seguimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, incluindo o desenvolvimento colaborativo de um plano alimentar individualizado. Portanto, é importante que os profissionais que compõem a equipe de saúde tenham conhecimento sobre a terapia nutricional para DM e apoiem a sua implementação para obtenção de resultados efetivos no tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

Estudo realizado, em Minas Gerais, mostrou que os homens apresentavam comportamento alimentar de risco maior do que as mulheres, com maior consumo habitual de leite integral e seus derivados, carne com gordura aparente e consumo de refrigerantes por mais de cinco vezes na semana. Por outro lado, mostrou também que houve elevado consumo de frutas e hortaliças e de feijão. Este estudo ainda apontou a prevalência dos fatores de risco que contribuíram para o desenvolvimento de DCNT e reforçam a importância de disseminar os resultados obtidos aos profissionais de saúde para aperfeiçoamento da orientação a população quanto aos alimentos que compõe a sua rotina habitual (SILVA et al., 2017).

Em um município do Rio Grande do Sul, um estudo evidenciou que fatores socioeconômicos, características de saúde e utilização dos serviços de saúde estão relacionados à prática de hábitos alimentares saudáveis e na prevenção de doenças cardiovasculares (GADENZ; BENVENU, 2013).

Nessa direção, destaca-se que o fracionamento das refeições é um fator importante para a prevenção de doenças metabólicas. O fracionamento das refeições associado a maior frequência de consumo diário de frutas pode contribuir para que a população cultive hábitos alimentares saudáveis e consumo alimentar adequado (SIERRA-JOHNSON et al., 2008). Assim ao incentivar o fracionamento das refeições podemos favorecer o aumento do consumo de frutas e hortaliças, que é uma das metas do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil (BRASIL, 2011a).

Por outro lado, para aumentar o consumo de frutas e hortaliças é preciso reduzir os custos e facilitar o acesso. Outra medida refere-se ao cultivo de pomares e hortas nas residências de idosos, pois eles fracionam melhor suas refeições e apresentam hábitos alimentares mais saudáveis (GADENZ; BENVEGNU, 2013).

O consumo elevado de sódio é um fator que impacta diretamente na incidência e prevalência de HAS, frequentemente em idosos. Cabe destacar que a prevalência de HAS é superior a 60% na população acima de 60 anos. A maior parte dos fatores imbricados no aparecimento da doença envolve a ingestão de alimentos processados, ultraprocessados, que contém elevado teor de sódio relacionados hábitos alimentares inadequados e a deficiência na prática de atividade física regular (BECKERT et al., 2014, CESARINO et al., 2008).

Estudo mostrou que as internações hospitalares por doenças cardiovasculares, no ano de 2016, geraram um custo elevado, sendo que aproximadamente 26,8% foram atribuídos a internações referentes ao consumo elevado de sódio. A região que apresentou maior custo foi a Sudeste, seguida pela região Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte (MOREIRA et al., 2018).

Estudo realizado, em Santa Catarina, que avaliou pacientes com DCNT em atendimento em um ambulatório de nutrição, mostrou que os participantes que apresentaram DCNT tinham hábitos de consumo excessivo de lipídeos, sódio, gordura saturada. Esses fatores podem contribuir para a aquisição de sobrepeso e de algumas DCNT (BINSFELD et al., 2018). Outro estudo realizado, no Rio de Janeiro, também evidenciou o alto consumo de lipídeos (SOUZA et al., 2015).

As bebidas açucaradas, como os sucos artificiais e os refrigerantes são consideradas alimentos ultraprocessados segundo o Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2014). Um estudo transversal, de base populacional, realizado em Viçosa, Minas Gerais, avaliou o consumo regular de bebidas açucaradas e as

variáveis sociodemográficas e comportamentais em indivíduos adultos. Os autores apontam que o consumo regular de bebidas açucaradas foi elevado na população. No entanto, foi inferior em participantes com mais idade e superior nos homens que tinham o hábito de assistir televisão durante as refeições e nas mulheres que apresentaram insatisfação com o peso corporal (SILVA et al., 2019).

Dados divulgados pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), entre os anos de 2006 e 2014, com indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos completos mostraram que a frequência de adultos referindo assistir à televisão por ao menos três horas por dia não variou significativamente ao longo dos anos, porém, nestes indivíduos, foi possível verificar um menor consumo de alimentos saudáveis, e maior, daqueles não saudáveis. Essa situação foi verificada em ambos os sexos e em todas as faixas de idade e escolaridade. O hábito de assistir televisão está associado ao consumo alimentar não saudável (MAIA et al., 2016).

Diante do exposto reconhece-se de que as DCNT têm aumentado de forma gradativa na população, o que indica a necessidade de intervenções nos hábitos e consumo alimentar. A educação nutricional pode tornar-se um dos principais determinantes modificáveis para a prevenção e o controle das DCNT. Em relação ao consumo e hábito alimentar de pessoas com DCNT os desafios são enormes para atingir as metas governamentais de saúde, ou pelo menos parte delas. Desse modo, pretende-se investigar as diferenças no consumo e hábito alimentar de pessoas com ou sem DCNT, o que pode oferecer subsídios para as políticas públicas de saúde e incentivo para o consumo alimentar saudável, considerando a condição clínica e socioeconômica dos usuários dos serviços de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar os usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT segundo variáveis sociodemográficas e clínicas e referentes aos hábitos e consumo alimentar.

3.2 Objetivo específico

Comparar os hábitos e consumo alimentar dos usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, observacional e transversal. É um estudo observacional e transversal, pois é realizado em um determinado momento no tempo, permite conhecer e descrever a frequência de determinados eventos, tais como, o hábito e consumo alimentar em uma população específica, com e sem DCNT. No entanto, considera-se que o pesquisador não realiza intervenções durante o processo de coleta de dados, e permite realizar a análise posteriormente das variáveis de interesse (BASTOS; DUQUIA, 2013).

4.2 Local do estudo

O município de Ribeirão Preto - SP está localizado na região Nordeste do estado de São Paulo, a 313 km da capital e a 706 km de Brasília. Ocupa uma área de 650 km², sendo que 157,50 km² estão em perímetro urbano, 172,18 km² constituem área de expansão urbana e 320,32 km² constituem zona rural. A população do município segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 foi de 604.682 habitantes, sendo o oitavo município mais populoso do estado de São Paulo, e conta com uma população estimada para o ano 2018, segundo estimativa do IBGE, de 694.534 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011a; 2017).

Ribeirão Preto - SP é o município de referência da região de saúde da Direção Regional de Saúde XIII (DRSXIII). A Rede de Serviços da Atenção Básica à Saúde do município está organizada em cinco Distritos de Saúde (Norte, Leste, Oeste, Central e Sul), e contam com 46 estabelecimentos de Atenção Básica. Desses, 25 são Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19 Unidades de Saúde da Família (USF) e dois são Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

O estudo foi realizado em cinco Distritos de Saúde: UBDS Dr. João Baptista Martin - Central; UBDS Dr. Italo Baruffi Castelo Branco Novo – Leste; UBDS Dr. Sérgio Arouca Quintino Facci II – Norte; UBDS Dr. Joel Domingos Machado Sumarezinho - Oeste e UBDS Dr. Marco Antônio Sahão Vila Virgínia- Sul.

Para este estudo foram eleitas as UBDS, pois ao solicitar a Secretaria do município a lista de atendimentos dos usuários dos serviços de saúde foi

disponibilizada o número de atendimentos realizados nas Farmácias de 2015/2016. Cabe destacar que o Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP 2018/2021 propôs implementar a Vigilância de DCNT em parceria com o Programa de Atenção as pessoas com doenças crônicas. No entanto, ainda não temos disponível o cadastro de pessoas com DCNT no município.

4.3 População do estudo

Dos 53.240 atendimentos de pessoas adultas realizado nas Farmácias no ano de 2016 realizou-se o cálculo amostral para determinação do tamanho da amostra do estudo. O plano amostral adotado foi por Amostragem Aleatória Estratificada com alocação proporcional por estratos, onde cada estrato é formado pelos distritos de saúde de Ribeirão Preto - SP.

A fórmula para o cálculo do tamanho amostral é dada por:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 N(1-P)}{\varepsilon^2 P(N-1) + z_{\alpha/2}^2 (1-P)} \quad (1)$$

Onde o P representa a prevalência do evento de interesse, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro relativo de amostragem.

Se o tamanho amostral calculado pela expressão dado em (1) for maior do que 10% da população o seguinte procedimento de correção finita é adotado.

$$nc = n / ((1 + nN)) \quad (2)$$

Onde N é o tamanho total da população de estudo e n é o valor obtido em (1).

A amostra foi alocada proporcionalmente entre os H estratos segundo a fórmula, $n_h = n \frac{N_h}{N}$, onde N é a soma das médias mensais do número total de atendimentos, e N_h é média dos totais de atendimento de cada distrito H. Os totais populacionais encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1- Amostra e Coleta de dados da farmácia dos distritos de saúde dos usuários do SUS, Ribeirão Preto – SP, 2019

Distritos de saúde	Média de Atendimentos mensais em 2016	Nº de participantes no estudo piloto	Nº Tamanho Amostral (erro relativo de 10%)	Nº de participantes entrevistados
Oeste	7.015	10	84	107
Central	14.909	10	192	192
Sul	12.077	10	91	99
Norte	12.757	10	165	165
Leste	6.482	10	156	156
Total	53.240	50	688	719

Fonte: PEREIRA (2019).

Adotando-se os parâmetros de erros relativos de amostragem de 10%, nível de significância de 5% e o número total da média mensal de atendimentos da farmácia dos cinco distritos no ano de 2016 de 53.240, os tamanhos amostrais requeridos em cada caso de erro relativo encontram-se na Tabela 1. O programa adotado para o cálculo amostral foi o R versão 3.3.0 que pode ser adquirido gratuitamente de www.r-project.org.br.

Adotou-se como referência para cálculo amostral o estudo de Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio, Módulo Saúde. Para este estudo considerou-se a maior prevalência referida de HAS, ou seja, de 21,4% da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

4.4 Critérios de seleção

Para este estudo foram estabelecidos os seguintes critérios de seleção: pessoas adultas (idade igual e superior a 18 anos), de ambos os sexos, atendidas nos cinco Distritos de Saúde de Ribeirão Preto – SP e que referiram apresentar ou não DCNT.

4.5 Amostra do estudo

A amostra aleatória estratificada foi constituída por 719 usuários dos serviços de saúde, sendo 512 (71,2%) do sexo feminino e 207 (28,8%) do sexo masculino

atendidos nos cinco Distritos de Saúde de Ribeirão Preto – SP. Dos 719 usuários entrevistados, 504 (70,1%) referiram ter DCNT e 215 (29,9%) não referiram ter DCNT.

4.6 Variáveis do estudo

Para este estudo foram eleitas as seguintes variáveis:

4.6.1 Variáveis sociodemográficas

Sexo: foram consideradas as pessoas de ambos os sexos, feminino e masculino.

Idade: a idade foi agrupada segundo as faixas etárias de 18 a 34 anos; 35 a 59 anos; 60 ou mais, sendo expressa em anos completos (BRASIL, 2014a).

Estado civil: classificado em casado ou amasiado, separado ou divorciado; viúvo ou solteiro (BRASIL, 2014a).

Escolaridade: considerada em anos completos de estudo e categorizados em menor que ensino fundamental, ensino fundamental, ensino médio e maior que ensino superior (BRASIL, 2014a).

Classe econômica: foi classificada em estratos A, B1, B2, C1, C2, D/E segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2018. Para classificação econômica foram utilizados os pontos de corte: 0 a 10 (classe E); 11 a 16 (classe D); 17 a 22 (classe C2); 23 a 28 (classe C1); 29 a 37 (classe B2); 38 a 44 (classe B1) e 45 a 100 (classe A). Para o estabelecimento dos pontos de corte considera-se 35 variáveis para estimar a renda permanente das famílias. Dentre as variáveis temos a posse de bens duráveis, condição de moradia, nível de escolaridade do chefe da casa e oferta de serviços públicos. Posteriormente os estratos das classificações, foram categorizados em (A ou B, C, D ou E) para facilitar a compreensão e leitura dos dados, havendo junção das categorias C1 e C2 representadas pela letra C e B1 e B2 pela letra B (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2018).

Ocupação: foi considerado com emprego aqueles que responderam ser empregador, assalariado com carteira de trabalho, assalariado sem carteira de trabalho, autônomo com Previdência Social, autônomo sem Previdência Social. E também o aposentado/pensionista e desempregado (BRASIL, 2014a).

4.6.2 Variáveis Clínicas

Doenças crônicas não transmissíveis: foram autorreferidas pelas pessoas e classificadas em sim/não. Para este estudo, considerou-se como doenças cardiovasculares a HAS, acidente vascular cerebral e doença do coração. Como diabetes, o diabetes *Mellitus* tipo 1 e diabetes *Mellitus* tipo 2. As doenças respiratórias incluíram-se a rinite, sinusite, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e bronquite e, o grupo do câncer bem como de outras doenças autorreferidas. (BRASIL, 2014b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

4.6.3 Variáveis referentes aos hábitos alimentares

As variáveis referentes aos hábitos alimentares foram autorreferidas pelas pessoas e classificadas da seguinte forma:

- a) Seguimento de dieta: classificadas em sim/não;
- b) Orientação por profissional da dieta: classificadas em se receberam ou não a orientação profissional;
- c) Profissional que fez a orientação da dieta: considerou-se nutricionista, médico e outros profissionais da área da saúde;
- d) Local utilizado para fazer as refeições: considerou-se em casa, no trabalho ou restaurante;
- e) Preparo da refeição: considerou-se o preparo pela própria pessoa, por familiares, ou no restaurante;
- f) Uso de adoçantes artificiais: foram classificadas em sim/não.
- g) Uso de tempero pronto: classificadas em sim/não;
- h) Ingestão de água: classificadas em sim/não. Quantidade de água por dia: classificadas em mililitros/dia. Considerando adequado o consumo mínimo de 2000 mililitros (ml) de água diário;
- i) Número de refeições por dia: classificadas de uma a oito/mais por dia. Foi considerado como hábito adequado realizar no mínimo três refeições por dia (BRASIL, 2014);

- j) Hábito de assistir televisão, uso de celular e computador durante as refeições: foram classificadas em sim/não. Foi considerado como hábito adequado não assistir televisão ou usar o celular durante as refeições.

4.6.4 Variáveis referentes ao consumo alimentar

As variáveis referentes ao consumo alimentar foram autorreferidas pelas pessoas e classificadas em:

- a) Frequência de consumo nos últimos sete dias de salada crua, legumes e verduras cozidos, frutas frescas ou salada de frutas, feijão, leite ou iogurte, batata frita, batata de pacote e salgados fritos, hambúrguer e embutidos, bolachas, biscoitos, salgados ou salgadinhos de pacote, bolachas, biscoitos, doces ou recheados, doces, balas, chocolates, refrigerantes (não foram considerados os alimentos *diet* ou *light*);
- b) Os usuários foram categorizados em bom consumo aqueles que referiram consumir pelo menos três vezes na semana os alimentos saudáveis (salada crua, legumes e verduras cozidos, frutas frescas ou salada de frutas, leite ou iogurte) e pelo menos cinco vezes na semana o feijão, e consumir até pelo menos duas vezes na semana os alimentos não saudáveis (batata frita, batata de pacote, salgados fritos, hambúrguer e embutidos, bolachas, biscoitos, salgados ou salgadinhos de pacote, bolachas, biscoitos, doces ou recheados, doces, balas, chocolates, refrigerantes) (BRASIL, 2008; 2015).

4.7 Instrumentos de coleta de dados

Para este estudo foi utilizado um questionário denominado Caracterização dos usuários com e sem DCNT, contendo cinco partes. A primeira refere-se à identificação do usuário do serviço de saúde contendo as questões sobre data da entrevista, número Hygia, local da coleta de dados, Unidade de Atendimento (Nº 1 a 4). A segunda, as variáveis sociodemográficas contendo as questões sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, classe econômica e ocupação (Nº 5 a 26). A terceira refere-se às variáveis clínicas (Nº 27 a 49); A quarta, sobre os hábitos alimentares (Nº 50 a 69) e por fim, o consumo alimentar (Nº 70 a 79). O instrumento contém 68 questões fechadas e 11 abertas (Apêndice1).

4.8 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado no período de 03/03/2017 a 15/03/2017. Participaram 50 usuários dos serviços de saúde, sendo 10 de cada Distrito de Saúde. O instrumento foi aplicado em uma unidade de cada vez, sendo que o tempo médio da entrevista foi de 20 minutos. O pesquisador fez o convite aos participantes na sala de espera da consulta médica, e para aqueles que concordaram foi providenciado um ambiente privativo e/ou confortável para a emissão das respostas. O pesquisador leu as questões e as alternativas de respostas em voz alta e registrou imediatamente a emissão de resposta para cada item do instrumento. Durante a aplicação do instrumento observou-se necessidade de reestruturação na ordem das questões referentes às variáveis sociodemográficas para facilitar o entendimento e o encadeamento das respostas pelos participantes. Após o teste piloto, o instrumento foi considerado adequado para utilização na coleta dos dados. Os participantes do teste piloto não foram incluídos na amostra do estudo.

4.9 Coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, o pesquisador entrou em contato com os gestores das unidades distritais de saúde para o planejamento e início da coleta de dados. Para a coleta de dados foi realizado um treinamento com 20 pesquisadores, sendo três pós-graduandos, seis alunos de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, dez aprimorandos do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em HAS e Diabetes Mellitus da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) e duas coordenadoras do referido programa. O treinamento dos pesquisadores consistiu em uma apresentação com leitura detalhada do instrumento, com objetivo de sanar dúvidas quanto às questões. Também foi realizada a aplicação do instrumento entre os pares para sanar possíveis dificuldades. O tempo médio do treinamento foi de quatro horas, e realizado quatro vezes.

Após essa etapa, o pesquisador foi pessoalmente em cada unidade se apresentar e estabelecer a data e horário do início da coleta de dados com os gestores das UBDS, apresentando o documento de aprovação do projeto e autorização para a coleta de dados do Comitê de Ética e da SMS-RP, respectivamente.

A coleta de dados teve início em maio de 2017 e o recrutamento dos participantes foi por ordem consecutiva. Os entrevistadores, primeiramente explicaram a natureza e o objetivo do estudo aos participantes e para aqueles que concordaram em participar da pesquisa, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O pesquisador fez o convite aos participantes na sala de espera da consulta médica, e para aqueles que concordaram foi providenciado um ambiente privativo e/ou confortável para a emissão das respostas. O pesquisador leu as questões e as alternativas de respostas em voz alta e registrou imediatamente a emissão de resposta para cada item do instrumento.

O pesquisador esteve em cada unidade em média três meses até completar o número de participantes da amostra. O tempo médio para a coleta de dados foi de 20 minutos. Após o término da coleta de dados, os entrevistadores agradeciam a colaboração dos participantes e dos gestores da unidade.

4.10 Análise dos dados

Os dados foram organizados, digitados e sujeito a dupla validação no programa Microsoft Excel, versão XP (Microsoft Co, USA) pelos pesquisadores devidamente treinados. Após a importação dos dados para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows módulo base e exact test versão 22*.

Inicialmente os dados foram descritos em frequência e percentuais apresentados em forma de tabela. Posteriormente, os dados foram categorizados o hábito alimentar saudável em quem realiza pelo menos três refeições principais no dia, não assiste televisão ou celular durante as refeições e consomem 2 litros de água por dia. E categorizados em consumo alimentar saudável de acordo com a frequência na semana de pelo menos três vezes na semana o consumo de salada crua, legumes e verduras cozidos, frutas frescas ou salada de frutas, leite ou iogurte, cinco vezes na semana o consumo de feijão e de até duas vezes na semana o consumo de batata frita, batata de pacote e salgados fritos, hambúrguer e embutidos, bolachas/biscoitos, salgados ou salgadinhos de pacote, bolachas/biscoitos, doces ou recheados, doces, balas, chocolates, refrigerantes (sem considerar diet ou light) (BRASIL, 2014; 2015).

Para o teste entre os grupos de usuários com e sem DCNT foi utilizado o teste de qui-quadrado de *Pearson*. Em todos os testes foi adotado o nível de significância de 5%.

4.11 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, nº do parecer 1.875.599 (Anexo 1). Este estudo está de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo ao que preceitua a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados a seguir, estão apresentados de acordo com os objetivos propostos neste estudo.

Dos 719 participantes, 504 (70,1%) referiram DCNT e 215 (29,9%) não. A Tabela 2 mostra que dos 719 participantes (100%), a maioria era do sexo feminino (71,2%). A idade variou de 18 a 89 anos e houve predomínio de 35 a 59 anos (40,8%). Quanto ao estado civil, a maioria era casada ou em união estável (47,1%). No que se refere à escolaridade, a maioria (40,8%) dos participantes não havia completado o ensino fundamental. Em relação à classe econômica, houve predomínio da C1 (27,0%). No que se refere à ocupação verificou-se que (43,4%) encontravam-se empregados.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde segundo variáveis sociodemográficas, Ribeirão Preto, SP – 2019

Variáveis sociodemográficas (média $\pm$, mínimo, máximo)	n (719)	
	n	%
Sexo		
Masculino	207	28,8
Feminino	512	71,2
Idade (anos)($\pm$,18,89)		
18 a 34 anos	242	33,7
35 a 59 anos	293	40,8
60 anos ou mais	184	25,6
Estado civil		
Solteiro	272	37,8
Casado/União estável	339	47,1
Viúvo	42	5,8
Divorciado/ Separado	66	9,2
Escolaridade (anos) ($\pm$,0,22)		
< Ensino Fundamental	293	40,8
Ensino Fundamental	56	7,8
Ensino Médio	265	36,9
= > Ensino Superior	105	14,6
Classe Econômica		
A	21	2,9
B1	53	7,4
B2	176	24,5
C1	194	27,0
C2	179	24,9
D/E	96	13,4
Ocupação		
Com Emprego	312	43,4
Aposentado/ Pensionista	167	23,2
Desempregado	240	33,4

Fonte: PEREIRA (2019)

Na Tabela 3, verifica-se que dos 719 participantes, 504 (70,1%) referiram uma ou mais DCNT, enquanto que 215 (29,9%) não. Dos quatro principais grupos de DCNT o mais referido foi às doenças cardiovasculares, sendo 50,0% para as doenças circulatórias e para 46,4%, a HAS. Em relação ao DM, 20,0% referiram à doença, sendo que 0,8%, DM1 e 19,2%, DM2. Quanto as neoplasias, obteve-se que 4,6% relataram a doença e para as doenças respiratórias crônicas, 33,5% referiram a sinusite e 32,3%, a rinite.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde com ou sem DCNT segundo variáveis clínicas, Ribeirão Preto, SP – 2019

Variáveis Clínicas	Com DCNT	
	n(504)	%
Número de DCNT		
1	202	40,1
2	164	32,5
3	75	14,9
4	42	8,3
5	14	2,8
6	5	1,0
7	1	0,2
8	1	0,2
Doença cardiovasculares*		
Doenças circulatórias	252	50,0
Hipertensão arterial	234	46,4
Acidente Vascular cerebral	21	4,2
Doenças cardíacas	69	13,7
Doenças Respiratórias		
Rinite	163	32,3
Sinusite	169	33,5
DPOC **	16	3,2
Asma	19	3,8
Bronquite	30	6,0
Diabetes Mellitus	101	20,0
Diabetes Mellitus tipo 1	4	0,8
Diabetes Mellitus tipo 2	97	19,2
Neoplasias	23	4,6
Outras Doenças	161	31,9

*As respostas não são mutuamente excludentes

** DPOC = Doença Pulmonar obstrutiva crônica

Fonte: PEREIRA (2019)

Em relação aos hábitos alimentares, verificou-se que a maioria (81,6%) dos participantes referiu não seguir a dieta. Cabe destacar que desses que não seguem a dieta, 89,3% não recebeu orientação de profissional da área da saúde. Daqueles que receberam orientação profissional, 6,5% referiu o profissional de nutrição (Tabela 4).

Quanto ao local das refeições a maioria (87,7%) dos participantes referiu realizar as refeições em casa, 65,9% preparavam as suas refeições, 33,4%

realizavam três refeições ao dia, 79,1% não utilizavam adoçante, 62,0% tinham o hábito de assistir televisão e ou usar o celular durante as refeições e 57,2% não utilizavam tempero processado. Quanto ao consumo de água, 98,9% referiram a sua ingestão, sendo que 47,2% referiram tomar de um a dois litros ao dia (Tabela 4).

A distribuição das respostas referentes aos hábitos alimentares nos grupos com e sem DCNT mostrou-se semelhante.

Dos 504 (70,1%) participantes com DCNT, 86,3% realizavam as refeições em casa, 66,9% preparavam as suas refeições, 32,0% realizavam três refeições diárias, 58,3% tinham o hábito de assistir televisão e ou usar o celular durante as refeições e 57,9% não utilizavam tempero processado. Quanto ao consumo de água, (99,0%) referiram a sua ingestão, sendo (57,2%) de 2 a 4 litros por dia (Tabela 4).

Dos 215 (29,9%) participantes sem DCNT, 84,2% realizavam as refeições em casa, 63,7% preparavam as suas refeições, 36,7% realizavam três refeições diárias, 70,7% tinham o hábito de assistir televisão e ou usar o celular durante as refeições e 55,3% não usavam tempero processado. Quanto ao consumo de água, 98,6% referiam a sua ingestão, sendo que 51,7% referiram tomar de dois a quatro litros ao dia (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde sem e com DCNT segundo hábitos alimentares, Ribeirão Preto, SP – 2019

Variáveis de hábitos alimentares	Total		SEM DCNT n(215)		COM DCNT n(504)	
	n	%	n	%	n	%
Segue dieta						
Não	587	81,6	193	89,8	394	78,2
Sim	132	18,4	22	10,2	110	21,8
Orientação profissional						
Não	642	89,3	203	94,4	439	87,1
Sim	77	10,7	12	5,6	65	12,9
Tipo de profissional						
Nutricionista	47	6,5	10	4,7	37	7,3
Médico	27	3,8	1	0,5	26	5,2
Outro	3	0,4	1	0,5	2	0,4
Local das refeições						
Em casa	616	85,7	181	84,2	435	86,3
No trabalho	66	9,2	24	11,2	42	8,3
No restaurante	37	5,1	10	4,7	27	5,4
Pessoa que prepara as refeições						
Participante	474	65,9	137	63,7	337	66,9
Familiar	188	26,1	61	28,4	127	25,2
No restaurante	57	7,9	17	7,9	40	7,9
Número de refeições por dia						
1	7	1,0	2	0,9	5	1,0
2	97	13,5	34	15,8	63	12,5
3	240	33,4	79	36,7	161	32,0
4	204	28,4	57	26,5	147	29,2
5	106	14,8	28	13,0	78	15,5
6	58	8,1	13	6,0	45	8,9
7	4	0,6	2	0,9	2	0,4
8	2	0,3	0	0	2	0,4
Consumo de Adoçante						
Não	569	79,1	187	87,0	382	75,8
Sim	150	20,9	28	13,0	122	24,2
Consumo de Água						
Não	8	1,1	3	1,4	5	1,0
Sim	711	98,9	212	98,6	499	99,0
Água ingerida diariamente em mililitros						
< 1.000	184	25,5	69	32,1	115	22,9
1.000 a 2.000	340	47,2	21	9,8	72	14,3
2.000 a 4.000	178	24,7	111	51,7	288	57,2
4.000 a 10.000	17	2,4	14	6,5	29	5,8
Hábito de assistir TV/celular às refeições						
Não	273	38,0	63	29,3	210	41,7
Sim	446	62,0	152	70,7	294	58,3
Uso de Tempero processado						
Não	411	57,2	119	55,3	292	57,9
Sim	308	42,8	96	44,7	212	42,1

Fonte: PEREIRA (2019)

A distribuição das respostas do consumo alimentar segundo a frequência semanal foi semelhante nos grupos com e sem DCNT.

Para o grupo de alimentos considerados saudáveis: consumo de salada crua, legumes e verduras, frutas, feijão, leite e derivados houve predomínio das respostas de sete dias, variando a média de 2,4 a 5,6, na frequência semanal. Para os alimentos que devem ser evitados- batata frita, hambúrguer, bolachas salgadas, doces e refrigerantes houve predomínio das respostas de zero a duas vezes na semana, variando a média de 0,1 a 2,6 (Tabelas 5).

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde segundo o consumo alimentar e sua frequência semanal – Ribeirão Preto, SP – 2019

Alimentos/ (média± DP)	Frequência na semana n/%							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Salada crua	74	51	82	84	52	48	26	304
(4,4± 2,6)	10,3	7,1	11,4	11,7	7,2	6,4	3,6	42,3
Legumes e verduras	94	45	93	104	49	42	29	263
(4,1± 2,6)	13,1	6,3	12,9	14,5	6,8	5,8	4,0	36,6
Frutas	109	71	79	64	45	24	29	298
(4,1± 2,8)	15,2	9,9	11,0	8,9	6,3	3,3	4,0	41,4
Feijão	70	22	34	30	22	33	26	482
(5,5± 2,4)	9,7	3,1	4,7	4,2	3,1	4,6	3,6	67,0
Leite/iogurte	183	44	46	48	17	15	9	357
(4,1± 3,1)	25,5	6,1	6,4	6,7	2,4	2,1	1,9	49,7
Batata frita/salgado pacote/salgado frito	369	152	86	51	23	8	2	28
(1,1± 1,7)	51,3	21,1	12,0	7,1	3,2	1,1	0,3	3,9
Hambúrguer e embutidos	380	161	84	46	18	7	4	19
(1,0± 1,5)	52,9	22,4	11,7	6,4	2,5	1,0	0,6	2,6
Bolacha/biscoito salgado/ salgadinho de pacote	342	108	81	72	16	17	4	81
(1,7± 2,3)	47,6	14,7	11,3	10,0	2,2	2,4	0,6	11,3
Bolacha/biscoito doce/doces/ balas/chocolates	367	96	68	60	28	16	9	76
(1,6± 2,3)	51,0	13,4	9,5	8,3	3,9	2,2	1,3	10,4
Refrigerantes (sem light/diet)	299	116	108	52	19	19	10	96
(1,9± 2,4)	41,6	16,1	15,0	7,2	2,6	2,6	1,4	13,4

Fonte: PEREIRA (2019).

A Tabela 6 mostra as respostas dos participantes sem DCNT referentes ao consumo alimentar e sua frequência semanal. Destaca-se que a maioria (67,9%) refere o

consumo de feijão todos os dias da semana. Por outro lado, 19,5% consome refrigerante todos os dias.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde sem DCNT segundo o consumo alimentar e sua frequência semanal, Ribeirão Preto, SP – 2019

Alimentos/ (média± DP)	Frequência na semana n/%							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Salada crua	22	18	30	23	14	25	8	75
(4,1± 2,2)	10,2	8,4	14,0	10,7	6,5	11,6	3,7	34,9
Legumes e verduras	34	15	34	31	11	18	9	63
(3,7± 2,6)	15,6	7,0	15,8	14,4	5,1	8,4	4,2	29,3
Frutas	42	23	25	24	15	7	11	68
(3,6± 2,8)	19,5	10,7	11,6	11,2	7,0	3,3	5,1	31,6
Feijão	21	5	5	11	7	11	9	146
(5,6± 2,4)	9,8	2,3	2,3	5,1	3,3	5,1	4,2	67,9
Leite/iogurte	58	9	14	20	4	4	4	102
(4,0± 3,1)	27,0	4,2	6,5	9,3	1,9	1,9	1,9	47,4
Batata frita/salgado	97	44	30	19	12	2	1	10
pacote/salgado frito	45,1	20,5	14,0	8,8	5,6	0,9	0,5	4,7
(1,4± 1,8)	108	46	29	18	5	3	2	4
Hambúrguer e embutidos	50,2	21,4	13,5	8,4	2,3	1,4	0,9	1,9
(1,1± 1,5)	89	42	28	14	5	5	3	29
Bolacha/biscoito salgado/ salgadinho de pacote	41,4	19,5	13,0	6,5	2,3	2,3	1,4	13,5
(1,9± 2,4)	82	39	20	26	9	9	2	28
Bolacha/biscoito doce/doces/ balas/chocolates	38,1	18,1	9,3	12,1	4,2	4,2	0,9	13,0
(2,1± 2,4)	70	31	29	22	9	8	4	42
Refrigerantes (sem light/diet)	32,6	14,4	13,5	10,2	4,2	3,7	1,9	19,5
(2,5± 2,6)								

Fonte: PEREIRA (2019)

A Tabela 7 mostra as respostas dos participantes com DCNT referentes ao consumo alimentar e sua frequência semanal. Constata-se que a maioria (66,7%) refere o consumo de feijão todos os dias, no entanto, 45,4% referem que não ingeriram refrigerantes.

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde com DCNT segundo o consumo alimentar e sua frequência semanal, Ribeirão Preto, SP – 2019

Alimentos/ (média± DP)	Frequência na semana n/%							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Salada crua	52	33	52	61	38	21	18	229
(4,5± 2,6)	10,3	6,5	10,3	12,1	7,5	4,2	3,6	45,4
Legumes e verduras	60	30	59	73	38	24	20	200
(4,2± 2,6)	11,9	6,0	11,7	14,5	7,5	4,8	4,0	39,7
Frutas	67	48	54	40	30	17	18	230
(4,3± 2,8)	13,3	9,5	10,7	7,9	6,0	3,4	3,6	45,6
Feijão	49	17	29	19	15	22	17	336
(5,4± 2,4)	9,7	3,4	5,8	3,8	3,0	4,4	3,4	66,7
Leite/iogurte	125	35	32	28	13	11	5	255
(4,1± 3,1)	24,8	6,9	6,3	5,6	2,6	2,2	1,0	50,6
Batata frita/salgado pacote/salgado frito	272	108	58	32	11	6	1	18
(1,0± 1,6)	54,0	21,4	11,1	6,3	2,2	1,2	0,2	3,6
Hambúrguer e embutidos	272	115	55	28	13	4	2	15
(0,1± 1,5)	54,0	22,8	10,9	5,6	2,6	0,8	0,4	3,0
Bolacha/biscoito salgado/ salgadinho de pacote	253	64	53	58	11	12	1	52
(1,6± 2,2)	50,2	12,7	10,5	11,5	2,2	2,4	0,2	10,3
Bolacha/biscoito doce/doces/ balas/chocolates	285	57	48	34	19	7	7	47
(1,4± 2,2)	56,5	11,3	9,5	6,7	3,8	1,4	1,4	9,3
Refrigerantes (sem light/diet)	229	85	79	30	10	11	6	54
(1,7± 2,2)	45,4	16,9	15,7	6,0	2,0	2,2	1,2	10,7

Fonte: PEREIRA (2019)

Na Tabela 8, verifica-se o consumo alimentar saudável e não saudável e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Constata-se que apenas 64 (8,9%) participantes foram categorizados como aqueles que tinham consumo alimentar saudável. Em contrapartida, 655 (91,1 %) dos participantes foram classificados como não saudável. A idade, estado civil, classe econômica e ocupação foram estatisticamente significantes para o consumo saudável.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde segundo o consumo alimentar saudável e não saudável e as variáveis sociodemográficas e clínicas, Ribeirão Preto, SP – 2019

Variáveis sociodemográficas	Consumo alimentar				Valor p
	Não saudável (655)		Saudável (64)		
	N	%	n	%	
Sexo					<0,902
Masculino	189	28,9	18	28,1	
Feminino	466	71,1	46	71,9	
Idade (anos)					<0,001*
18 a 34 anos	236	36,0	6	9,4	
35 a 59 anos	263	40,2	30	46,9	
60 anos ou mais	156	23,8	28	43,8	
Estado civil					<0,001*
Solteiro	263	40,2	9	14,1	
Casado/União estável	294	44,9	45	70,3	
Viúvo	37	5,6	5	7,8	
Divorciado/ Separado	61	9,3	5	7,8	
Escolaridade (anos)					<0,426
< Ensino Fundamental	266	40,6	27	42,2	
Ensino Fundamental	53	8,1	3	4,7	
Ensino Médio	244	37,3	21	32,8	
= > Ensino Superior	92	14,0	13	20,3	
Classe Econômica					<0,027*
A+B	218	33,3	32	50,0	
C	347	53,0	26	40,6	
D+E	90	13,7	6	9,4	
Ocupação					<0,005*
Com Emprego	287	43,8	25	39,1	
Aposentado/ Pensionista	142	21,7	25	39,1	
Desempregado	226	34,5	14	21,9	
DCNT					<0,142
Sim	454	69,3	50	78,1	
Não	201	30,7	14	21,9	

* p<0,05

Fonte: PEREIRA (2019)

A Tabela 9 mostra o hábito alimentar saudável e não saudável e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Verifica-se que apenas 110 (15,3%) participantes tinham hábito alimentar saudável. Em contrapartida, 609 (84,7%), foram classificados como não saudável. Apresentaram significância estatística as variáveis referentes a

idade, estado civil, e presença ou não de DCNT para o hábito saudável e ocupação para o hábito não saudável.

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual dos usuários dos serviços de saúde segundo o hábito alimentar saudável e não saudável e as variáveis sociodemográficas e clínicas, Ribeirão Preto, SP – 2019

Variáveis sociodemográficas	Hábito alimentar				Valor p
	Não saudável (609)		Saudável (110)		
	N	%	n	%	
Sexo					<0,940
Masculino	175	28,7	32	29,1	
Feminino	434	71,3	78	70,9	
Idade (anos)					<0,001*
18 a 34 anos	224	36,8	18	16,4	
35 a 59 anos	252	41,4	41	14,0	
60 anos ou mais	133	21,8	51	46,4	
Estado civil					<0,001*
Solteiro	247	40,6	25	22,7	
Casado/União estável	273	44,8	66	60,0	
Viúvo	38	6,2	4	3,6	
Divorciado/ Separado	51	8,4	15	13,6	
Escolaridade (anos)					<0,274
< Ensino Fundamental	246	40,4	47	42,7	
Ensino Fundamental	43	7,1	13	11,8	
Ensino Médio	228	37,4	37	33,6	
= > Ensino Superior	92	15,7	13	11,8	
Classe Econômica					<0,299
A+B	215	35,3	35	31,8	
C	309	50,7	64	58,2	
D+E	85	14,0	11	10,0	
Ocupação					<0,001*
Com Emprego	269	44,2	43	39,1	
Aposentado/ Pensionista	121	19,9	46	41,8	
Desempregado	219	36,0	21	19,1	
DCNT					<0,044*
Sim	418	68,6	86	78,2	
Não	191	31,4	24	21,8	

* p<0,05

Fonte: PEREIRA (2019)

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A discussão corresponde à mesma sequência de apresentação dos resultados com o intuito de subsidiar a análise das variáveis e os objetivos propostos.

6.1 Caracterização dos participantes segundo as variáveis sociodemográficas

Ao analisar as variáveis sociodemográficas, obteve-se predomínio do **sexo** feminino em 71,2% dos usuários dos serviços de saúde. Estudos com objetivos semelhantes, mas com métodos distintos, mostraram resultados semelhantes (MAZIERO; JAIME; DURAN, 2017; CAETANO et al., 2017; BURGOINE et al., 2018; MONDINI et al., 2010).

Estudo realizado, no Chile, sobre o comportamento alimentar, a atividade física e a associação com o estado nutricional também encontrou maior prevalência de mulheres, o que corrobora com os nossos achados (ROJAS-GÓMEZ et al., 2018). Um inquérito nacional realizado, nos Estados Unidos da América, ao estimar os custos incrementais de assistência à saúde associados à insegurança alimentar e nove condições crônicas de adultos idosos, com idade superior a 50 anos, também apontou predomínio do sexo feminino (GARCIA; HADDIX; BARNETT, 2018). Estudos recentes canadenses sobre a associação do consumo de frutas e verduras em relação à adiposidade corporal em pessoas com DCNT tem mostrado a prevalência do sexo feminino (YU et al., 2018; DECLERCQ et al., 2017).

Em relação à **idade** a maioria dos participantes referiu 35 a 59 anos, o que representou 40,8% da amostra, com média de 44,8 anos. Estudos sobre consumo e hábitos alimentares de pessoas com DCNT, também encontraram características semelhantes em relação à idade (ESTEGHAMATI et al., 2012; PADRÃO et al., 2012; KRIEGER et al., 2019; SILVA et al., 2019). Um estudo realizado, em 40 Unidades de Saúde da Família, em João Pessoa-PB, em 2017, ao investigar a associação entre consumo alimentar e estado nutricional em agentes comunitários de saúde, também, mostrou semelhança com os nossos achados em relação à faixa etária, sendo 41,1% dos participantes tinham entre 31 a 40 anos (BARBOSA; LACERDA, 2017)

Quanto ao **estado civil**, 47,1% eram casados. Estudo realizado, em Namíbia, que mensurou o consumo de frutas e hortaliças, também mostrou predomínio de pessoas casadas (YAYA; BISHWAJIT, 2018). Essa variável tem sido considerada

importante em estudos sobre consumo e hábitos alimentares (MENDY et al., 2018; PAN et al., 2012).

No que se refere à **escolaridade** em 293 (40,8%) dos participantes referiram o ensino fundamental incompleto, o que corrobora com os achados de estudo semelhantes (PADRÃO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2017). No entanto, estudo, realizado no estado de Pernambuco, ao avaliar o consumo alimentar de risco e de proteção para as DCNT e sua associação com a gordura corporal, evidenciou que a maioria dos participantes era do sexo masculino e tinha grau de instrução até o ensino médio (AZEVEDO et al., 2014a).

Ao analisar a **classificação econômica** obteve-se que a maioria 373 (51,88%) dos participantes era da classe C, definida pela renda domiciliar de 1.691,44 a 2.965,69 reais. Estudos internacionais que investigaram o consumo e hábitos alimentares em indivíduos com DCNT apontaram resultados semelhantes (ENDEWELD; GOLDSMITH; ENDEVELT, 2018; AQUINO et al., 2016). No Brasil, estudo realizado, no município do Rio de Janeiro, também, mostrou um perfil de participantes de baixa renda (MELLO et al., 2017). O estudo de Borges et al. (2015) a partir dos dados de Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia, no ano de 2008/2009, constatou o predomínio de níveis de baixa renda per capita mensal na população. Outro estudo de abrangência nacional também evidenciou predomínio da classe econômica C (SILVA et al., 2019).

Quanto à **ocupação**, houve predomínio de pessoas empregadas e com carteira assinada, representado por 43,4%. Estudos que apresentaram objetivos semelhantes mostraram que a maior parte da população estudada também refere estar empregada (STUPPLEBEEN, 2019; CAMARGO et al., 2013).

Estudo internacional que analisou os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamental do Mississippi- EUA, referente ao ano de 2015, ao examinar e avaliar a associação entre os fatores de risco de doenças cardiovasculares e a insegurança alimentar entre adultos, mostrou que a maioria da população estudada estava empregada (MENDY et al., 2018).

Outro estudo realizado em Viçosa-MG ao analisou os hábitos alimentares de 101 mulheres inseridas no mercado de trabalho formal e de suas famílias mostrou que os hábitos alimentares, apesar de sofrerem influência da atividade remunerada exercida pela mulher, não são totalmente diferenciados dos hábitos das donas de casa quando se analisa a inserção feminina no mercado de trabalho. A mudança dos

hábitos, ocasionada pela inserção no mercado de trabalho, está relacionada à compra de alimentos industrializados, de comidas mais rápidas para o consumo, à modificação da alimentação noturna e a mudanças atreladas à melhoria do hábito alimentar (LELIS; TEIXEIRA; SILVA, 2012).

Portanto, a amostra estudada é, predominantemente, feminina, casada, adulto jovem, com ensino fundamental, de baixa renda e trabalhadores. Considera-se que conhecer as características sociodemográficas dos usuários dos serviços de saúde pode contribuir para a elaboração de políticas públicas de saúde efetivas para incrementar hábitos e consumo alimentar saudável no município de Ribeirão Preto - SP.

6.2 Caracterização dos participantes segundo as variáveis clínicas

Em relação às **variáveis clínicas** destaca-se que a maioria dos participantes referiu uma a duas DCNT, sendo 40,1% e 32,5%, respectivamente. Estudos com objetivos semelhantes apontaram que a maioria das pessoas também apresentou de uma a duas DCNT (WARD; SCHILER; GOODMAN, 2014; WARD, 2017; HAYEK et al., 2017).

A **doença circulatória** foi referida por 50,0% dos participantes, seguido da **HAS** (46,4%). Estudos que investigaram a mesma temática evidenciaram semelhanças em relação às DCNT (CREWS et al., 2015; SILVEIRA et al. 2016; HILGENBERG et al., 2016; OLIVARES et al., 2017).

Um estudo de abordagem qualitativa realizado, no Peru, mostrou que os participantes consumiam grande quantidade de sal e referiram HAS. No entanto, os autores recomendaram que estudos sobre o consumo de sal e a HAS precisam ser incrementados. Outras questões apontadas, ainda, no estudo referem-se ao comportamento ou hábitos relacionados aos alimentos, pois além de fornecer informações, podem reconhecer e valorizar a importância do sabor dos alimentos e as emoções envolvidas com a doença (PESANTES et al., 2017).

Estudo realizado, na África Ocidental, apontou que o processo de transição nutricional no país, teve como consequência o aumento da HAS, DM e o sobrepeso/obesidade. No entanto, mostrou que as pessoas mais afetadas não apresentaram diferenças no nível socioeconômico (BOSU, 2015).

Ao analisar os resultados obtidos em relação ao **diabete mellitus** obteve-se

que 0,8% referiram DM1 e 19,2% DM2. É preciso considerar que o atendimento aos pacientes com DM1, no município estudado, é realizado no nível terciário e o estudo foi realizado no nível primário de atenção à saúde. Estudo realizado em Goiás, que avaliou as condições de saúde e nutricional em idosos, residentes em uma comunidade, atendidos pelo SUS, mostrou que 23,5% deles referiram ter a doença, porém não sabiam especificar o tipo de DM (SILVEIRA et al., 2016).

As doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, DM têm em comum sua longa história natural e alguns fatores de risco comportamentais modificáveis e não modificáveis. Análises epidemiológicas indicam que o conjunto de fatores comportamentais de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devida a essas doenças. Destacam-se como fatores comportamentais de risco, o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física, dentre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

Nesta direção, o inquérito telefônico realizado em 2009, disponibilizou as características sociodemográficas, e os principais fatores de risco e proteção para DCNT na população adulta (idade >18 anos) residente no conjunto das capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Nesse inquérito foram realizadas 54.367 entrevistas. Destaca-se que o excesso de peso atingiu 46,6% dos adultos; 33% relataram consumo de carne com gordura e 18,9% afirmaram consumir bebida alcoólica de forma abusiva. Tais fatores de risco foram mais prevalentes em homens e em geral nos indivíduos jovens e de menor escolaridade. O consumo de frutas, legumes e verduras e a atividade física no lazer foram mais frequentes em homens e mulheres com mais anos de estudo. O diagnóstico de HAS foi referido por 21,1% dos homens e 27,2% das mulheres. A prevalência de DM foi de 5,8% (ISER et al., 2011).

Os resultados do inquérito telefônico mostraram a necessidade de elucidar o consumo e os hábitos alimentares dos usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT, a fim de subsidiar o planejamento das intervenções nutricionais e comportamentais na prevenção e tratamento das DCNT, em busca de uma alimentação saudável e consequente promoção à saúde. Desse modo, espera-se que os resultados obtidos no presente estudo possam contribuir para o avanço do conhecimento na temática.

6.3 Caracterização dos participantes segundo as variáveis relacionadas aos hábitos alimentares

Em relação aos hábitos alimentares verificou-se que 78,2% dos participantes que referiram apresentar alguma DCNT não **seguem a dieta**.

Um estudo quantitativo realizado, no estado de São Paulo, investigou a adesão do tratamento farmacológico e não farmacológico de usuários do SUS, que apresentaram complicações decorrentes do insucesso no controle da HAS e do DM. Esse estudo também evidenciou que 73,0% dos participantes não seguiram a dieta com restrições alimentares, ao considerar que a adesão de uma dieta equilibrada é fundamental para o controle dos índices pressóricos e glicêmicos (SOLBIATI et al., 2018; GIROTTTO et al., 2013). O aumento na prevalência do DM e da HAS, pode ter influência de vários fatores, como a maior expectativa de vida e maior proporção de idosos na população, além de estilo de vida sedentário acompanhado de dieta rica em açúcares e gorduras, que resultam em aumento da obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Quanto à **orientação de um profissional**, 89,3% dos participantes não receberam orientação profissional e 10,7% daqueles que receberam as orientações foram realizadas por um nutricionista. A educação alimentar e nutricional é uma estratégia importante na prevenção e controle das DCNT e pode contribuir para a promoção de saúde do paciente e de seus familiares (ALMEIDA et al., 2018). Esse processo favorece a autonomia na escolha de alimentos, fortalecendo pessoas, famílias e comunidades. A autonomia pode favorecer para que eles sejam promotores da própria saúde e fortalecer as ações de autocuidado em relação aos fatores ambientais que implicam diretamente na sua saúde (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado, no México, por meio de Inquéritos Nacionais de Saúde, de 2006 e 2012, examinou a qualidade do atendimento ambulatorial prestado a adultos mexicanos e controle glicêmico associado. Participaram 2.965 e 4.483 adultos com idade igual ou superior a 20 anos e com DM2. Esse estudo mostrou que os participantes tem baixa adesão ao teste de hemoglobina glicada, assim como, ao tratamento não farmacológico, exame oftalmológico, plano alimentar e atividade física. A porcentagem de pacientes sem tratamento foi evidenciada como alta, da ordem de 20% (FLORES-HERNANDEZ et al., 2015). Esses dados apontam para a importância de orientações por profissionais no tratamento das DCNT.

Estudo de revisão integrativa da literatura realizada, no período de 2013 a 2014, mostrou a diversidade de métodos utilizados na educação em saúde para indivíduos com DCNT. Essa revisão apontou que há experiências positivas para o controle das DCNT, a partir da adesão a hábitos de vida saudáveis e planejamento de ações de saúde. Devido à amplitude em que se propagam as DCNT atingem populações distintas, o que contribui para a dificuldade de adesão das medidas preventivas e seu controle (AZEVEDO et al., 2018). Reforça-se que a orientação é uma medida de custo acessível, no entanto, esforços são necessários para que os profissionais estejam comprometidos com a orientação de pacientes. A orientação sobre hábitos saudáveis deve favorecer a acessibilidade ao profissional e abranger as necessidades reais e potenciais dos indivíduos, além de facilitar o contato com os serviços de saúde independente de aspectos socioeconômicos ou da presença de DCNT (FLORES et al., 2016).

Em relação ao **tipo de profissional**, o profissional nutricionista foi aquele referido com maior frequência, sendo 4,7% pelas pessoas sem DCNT, 7,3% com DCNT. O profissional nutricionista é o principal responsável pela educação nutricional, conduta que contribui para a adequação dos hábitos alimentares e melhoria da saúde do paciente. As ações recomendadas preconizam normalizar dos níveis glicêmicos; diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares; ofertar a quantidade necessária de calorias para alcançar e/ou manter o peso corporal desejável e ainda prevenir as complicações agudas e crônicas (SOUZA; SILVESTRE, 2013).

Os achados reforçam a importância de incrementar o papel dos profissionais no aconselhamento nutricional aos usuários dos serviços de saúde com DCNT, disponibilizando orientações adequadas para cada indivíduo referente ao hábito de comer. A atuação do nutricionista frente à educação alimentar tem como ponto de partida a atenção básica, visando propiciar um melhor controle dos agravos e prevenir as complicações decorrentes de um controle inadequado (GOMES et al., 2017; SILVA et al., 2018).

Cabe destacar que os benefícios do cartão de alimentação e refeição aos trabalhadores, constitui um importante determinante para o preparo das refeições. Esses benefícios propiciaram desde a aquisição e preparo dos alimentos no domicílio, até o consumo em restaurantes ou cantinas localizadas no próprio local de trabalho (CANELLA; MARTINS; BANDONI, 2016).

No refere ao **local das refeições** verificou-se que, 85,7% dos participantes

referiram que realizavam as refeições em casa. Ao analisar os participantes com ou sem DCNT, obteve-se que 86,3% e 84,2%, as realizavam em casa respectivamente.

Um estudo transversal, realizado, no município de São Paulo, analisou como o local de alimentação pode afetar a qualidade das refeições consumidas pelos trabalhadores do município de São Paulo. A amostra foi constituída por 831 trabalhadores, em quatro empresas. Esse estudo apontou que as refeições consumidas nas cantinas e refeitórios do local de trabalho eram menos densas em energia e continham mais calorias provenientes de vegetais e frutas que as consumidas no próprio domicílio. No entanto, os alimentos consumidos em restaurantes possuíam mais gorduras, proteínas e calorias de carne (BANDONI et al., 2013). Portanto, deve-se considerar que a integração social durante as refeições é uma ação fundamental para o alcance de uma alimentação saudável (BRASIL, 2014).

Quanto ao **preparo das refeições** os achados do presente estudo apontaram que 65,9% preparam as suas refeições, no que se refere ao total de participantes. Aqueles que não referiram DCNT representaram 63,7% e os indivíduos que indicaram pelo menos uma DCNT, 66,9%.

Dessa forma, os resultados podem ser comparados a um estudo realizado, em Pelotas- RS. Esse estudo analisou dados secundários de prontuários de 74 pacientes adultos e idosos com DM atendidos em um ambulatório de nutrição. Ao avaliar a adesão à dieta e hábitos de vida e sua relação com o local onde realizavam as refeições e o responsável pelo preparo da sua alimentação evidenciou que os participantes realizavam a maioria de suas refeições em casa. Nesse estudo os pacientes eram idosos, com presença de ao menos uma DCNT, a maior parte era pensionista, não exercia atividades remuneradas fora do domicílio. Essas condições favoreceram que as refeições fossem realizadas em casa. Ao comparar o preparo das refeições entre os sexos obteve-se que as mulheres foram as responsáveis pelo preparo das refeições e essa variável foi relacionada a adesão da dieta dos pacientes (SILVA et al., 2018).

Um estudo realizado, no município de Ituiutaba - MG, em um assentamento de trabalhadores rurais, com aproximadamente 143 pessoas, avaliou os fatores de risco para o desenvolvimento do DCNT em adultos. Esse estudo evidenciou que 80% dos participantes realizavam de quatro a cinco refeições ao dia, dado que corrobora com o Guia Alimentar da População Brasileira (LIMA et al., 2018; BRASIL, 2014). As condições de vulnerabilidade social podem restringir o acesso ao sistema de saúde e

ao tratamento. Portanto, se faz necessário a adoção de medidas que contemplem mudanças alimentares e em relação ao estilo de vida e conscientização do autocuidado (BELFORT et al., 2017).

Reconhece-se que o uso de adoçantes artificiais pode auxiliar no plano alimentar. Para a legislação brasileira, os adoçantes dietéticos são “produtos formulados para utilização em dietas com restrição de sacarose, frutose e glicose, para atender às necessidades de pessoas sujeitas à restrição desses carboidratos”. Os adoçantes fazem parte de um grupo alimentar específico, denominado de “alimentos para fins especiais” pelo MS, que são destinados a atender às necessidades de indivíduos que possuem condições especiais metabólicas e fisiológicas (ZANINI; ARAUJO; MARTINEZ-MESA, 2011).

No que se refere ao **consumo de adoçantes**, a maioria dos participantes que conformados nos grupos com e sem DCNT, não eram adeptos ao uso do adoçante artificial, representando 75,8% e 87,0%, respectivamente.

Um estudo realizado, em Viçosa-MG, analisou a utilização e o conhecimento dos consumidores em relação à composição de adoçantes. Nesse estudo foi utilizado um questionário e participaram 66 indivíduos adultos. Os resultados mostraram que há um baixo nível de conhecimento a respeito da composição dos adoçantes e que os consumidores devem buscar orientação profissional, para que os adoçantes sejam utilizados de maneira adequada e segura para a saúde de cada indivíduo (MARQUES et al., 2012).

Outro estudo realizado, em Janaúba-MG, analisou os comportamentos de uma amostra de 17 indivíduos com DM2 em relação ao autocuidado. Os resultados mostraram que a maioria não tinha o hábito de consumir adoçantes, dado que corrobora com a nossa pesquisa. No entanto, os autores referem à necessidade de implantação de programas educativos para a orientação, esclarecimento e acompanhamento das pessoas com DM (DIAS et al., 2017).

Em relação ao **consumo de água** a maioria dos participantes referiu consumir água. No entanto, quanto à quantidade ingerida ao dia, 47,2% consumiam de 1.000 a 2.000 ml de água ao dia, sendo que 51,7% com DCNT e 57,2% sem DCNT ingeriam de 2.000 a 4.000 ml por dia, respectivamente.

A água tem um papel fisiológico fundamental no organismo humano, exerce participação no transporte de nutrientes, processos digestivos, renais, cardiovascular, respiratório, além de regular as inúmeras funções vitais (BRASIL, 2014). Uma vez que

se é recomendado para que haja uma alimentação saudável para adultos, o consumo de pelo menos 2.000 ml de água potável diariamente (BRASIL, 2008).

Em relação aos **hábitos de assistir televisão e usar celulares durante as refeições** os resultados evidenciaram que 62,0% dos participantes relataram executar tais ações, assim como aqueles 70,7% que não mencionaram apresentar alguma DCNT e 58,3% que referiram ter DCNT realizava o uso dos eletrônicos durante as refeições.

A televisão é um dos aparelhos eletrônicos de maior acessibilidade aos brasileiros e um dos fatores que pode modificar os hábitos alimentares, ao considerar que tal hábito pode contribuir para o aumento do sedentarismo (VAZ; BENNEMANN, 2014; BOREK et al., 2017). Estudos mostram que os indivíduos adultos que permanecem por mais de três horas assistindo televisão apresentam um consumo alimentar menos saudável diante daqueles que não tem esse hábito, além de apresentar insatisfação com o peso corporal (MAIA et al., 2016; SILVA et al., 2019).

O tempo gasto em frente da televisão e do conteúdo assistido pode favorecer o desenvolvimento da obesidade (ODGEN et al., 2014). Diante deste contexto, um estudo realizado, na Polônia, no ano de 2015, analisou o efeito negativo da televisão e dos comerciais de alimentos para o aumento da obesidade. Esse estudo mostrou que os efeitos de assistir televisão durante as refeições afetam a qualidade e a quantidade dos alimentos consumidos, além de contribuir para a inatividade física. Os autores ainda referem que o marketing digital nos impulsiona a comer mais e alertam para a necessidade de tomar medidas para conscientizar a população sobre como os hábitos alimentares inadequados e a falta de atividade física pode contribuir para o aumento das taxas de obesidade e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de DCNT (ROSIEK et al., 2015).

No que se refere ao **uso de tempero processado** obteve-se que 57,2% dos participantes não os utilizam. No grupo de pessoas sem DCNT, 55,3% também referiram não utilizar os temperos processados e no grupo com DCNT, 57,9%.

A quantidade de elementos químicos presentes nos produtos industrializados é alta e cumulativa no organismo humano, e pode contribuir para o aparecimento de DCNT. Nessa direção, cabe ao poder público implantar medidas para que haja maior acessibilidade aos produtos saudáveis pela população com a finalidade de prevenir as DCNT (CONTE, 2016).

Um estudo realizado, no estado de Minas Gerais, avaliou os fatores que relacionados às escolhas alimentares de clientes frequentadores de uma rede de supermercados na cidade de Sete Lagoas. Participaram 40 indivíduos adultos, de ambos os sexos, os quais responderam um instrumento composto de questões abertas e fechadas. Esse estudo mostrou que são preocupantes os alimentos consumidos com vistas à saúde. Os participantes afirmaram que realizam a leitura dos rótulos nutricionais dos alimentos. No entanto, optavam pela aquisição de alimentos processados ou ultraprocessados devido à praticidade e valor acessível (MOREIRA; RODRIGUES, 2018).

Os hábitos alimentares têm influência nos fatores de risco para a saúde cardiometabólica, incluindo doenças cardíacas, derrames e DM2, que em conjunto representam um papel importante em relação aos encargos econômicos para a sociedade, em especial para as instituições de saúde (MOZAFFARIAN, 2016).

6.4 Caracterização dos participantes segundo as variáveis referentes ao consumo alimentar

Em relação ao **consumo alimentar** foram utilizados para análise os 10 passos da alimentação saudável para adultos conforme preconizado nos Protocolos do SISVAN. Esses passos permitem direcionar a detecção precoce das situações de risco nutricional e à prescrição de ações para prevenir agravos à saúde. Os Protocolos foram elaborados para que os profissionais da saúde possam utilizar nos níveis de atenção básica e de média complexidade ambulatorial.

Os 10 passos da alimentação saudável para adultos também foram utilizados para análise em outros estudos no cenário nacional e internacional (MARATOYA et al., 2013; GOMES; SOARES; GONÇALVES, 2016; COELHO et al., 2017; MENDY et al. 2018; MALTA; BERNAL; OLIVEIRA, 2015; BOREK et al., 2017).

Um inquérito domiciliar anual é realizado pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais dos Estados Unidos, em todos os estados, na população adulta, com idade ≥ 18 anos, não institucionalizada, por meio de telefonia fixa e móvel para investigar comportamentos de saúde e de risco relacionados às DCNT. Em 2015, foram elaboradas seis questões para avaliar o número de vezes por dia, semana ou mês que os participantes consumiam suco de frutas integral, frutas inteiras, feijões secos, verduras verde-escuras, verduras de cor laranja e outros vegetais. Os resultados deste inquérito mostraram que os adultos continuaram a apresentar baixo

consumo de frutas e vegetais. Apenas 12,2% da população adulta atenderam às recomendações de consumo de frutas e 9,3%, de vegetais. O consumo foi menor em homens, adultos jovens e adultos com maior nível de pobreza, e variou de acordo com o estado. Os autores recomendam que os gestores utilizem os resultados do estudo para a formulação de políticas e programas que favoreça a população, independentemente de grupos sociodemográficos, a consumirem mais frutas e verduras e, assim, ajudar a prevenir doenças crônicas dispendiosas (LEE-KWAN et al., 2017).

A distribuição de renda em cada país pode constituir um fator que interfere diretamente no consumo e hábitos alimentares. As intervenções de saúde são necessárias quando os hábitos e o consumo alimentar são realizados de modo inadequado (MOZAFFARIAN, 2016).

Um estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto - SP, com 930 participantes, com idade superior a 30 anos, utilizando um questionário de frequência sem quantitativo, com escores médios de frequência de consumo de frutas e hortaliças, consumo diário e consumo mínimo de alimentos. Esse estudo evidenciou que apenas 24% dos homens e 34% das mulheres atenderam as recomendações mínimas do consumo de frutas e hortaliças. As mulheres com maior escolaridade e homens que viviam com a companheira consumiam mais frutas e hortaliças do que os demais participantes do estudo. Os autores mostraram que os fatores socioeconômicos têm influência sobre o consumo de frutas e hortaliças, mas passíveis de intervenção e podem contribuir para a adoção de hábitos saudáveis (MONDINI et al., 2010).

Uma revisão de literatura foi realizada sobre as barreiras específicas enfrentadas por adultos mais velhos na obtenção e consumo de frutas e legumes em ambiente comunitário. Essa revisão mostrou que a população idosa tem aumentado em todo o mundo, e conseqüentemente, temos o aumento das DCNT. Por outro lado, o consumo de frutas e verduras, regularmente, na idade adulta mais avançada está relacionada à redução da probabilidade do aparecimento de DCNT. Os autores reforçaram a importância do envolvimento de profissionais e pesquisadores no processo de avaliação de estratégias inovadoras, para o atendimento das necessidades de frutas e legumes na população idosa, em parceria as estratégias emanadas da própria comunidade. As estratégias inovadoras podem favorecer as partes interessadas na promoção de políticas que facilitem o acesso e o consumo de

frutas e legumes entre os idosos (NICKLETT; KADELL, 2013; HUNG et al., 2004).

Outro estudo realizado, na Inglaterra, analisou os benefícios do consumo de frutas, legumes e hortaliças na saúde da população. Participaram 226 pessoas com idade superior a 35 anos, de ambos os sexos, nos Inquéritos de Saúde de 2001–2008. As recomendações governamentais, nesse país, recomendam duas porções de 150 gramas de frutas e cinco porções de 75 gramas de vegetais por dia, totalizando 675 gramas, o que equivale a 8,5 porções. Os resultados apontaram que as porções diárias médias de frutas e vegetais consumidos pelos participantes foram de 3,8, sendo 2,3 porções de frutas e 1,5 porções de vegetais. Evidenciou-se que aqueles indivíduos que consomem sete ou mais porções de frutas ou vegetais diariamente tem menor risco de mortalidade por qualquer causa. Esse estudo mostrou que houve associação entre o consumo de frutas e hortaliças e a mortalidade por todas as causas de câncer e doenças cardiovasculares, além das variáveis relacionadas ao sexo, idade, classe social, escolaridade, IMC, consumo de álcool e atividade física. Ao constatar essas evidências sobre os benefícios para a saúde, os formuladores de políticas devem propor iniciativas mais amplas para promover o consumo de frutas e vegetais, especialmente, vegetais e saladas. Para aqueles menos favorecidos deveria além da educação em saúde, adicionar políticas fiscais (OYEBODE et al., 2014).

Em relação ao **consumo de salada crua, legumes e verduras** observou-se que os nossos dados foram semelhantes ao encontrado na literatura. Os resultados mostraram que a maioria 34,9% dos participantes sem DCNT referiu o consumo de salada crua nos sete dias da semana, enquanto aqueles com alguma DCNT 45,4%. Os legumes e verduras foram referidos por 36,6% do total dos participantes como consumo de sete dias na semana. Para aqueles com e sem DCNT o percentual de consumo de legumes e verduras foi de 39,7% e 29,3%, respectivamente. Quanto ao consumo de frutas, a maior parte dos participantes em todas as categorias também apresentou frequência semanal de sete dias de consumo representada por 31,6% das pessoas sem DCNT e 45,6% com DCNT. Ao analisar o total de participantes temos 41,4% que referiram o consumo.

No que se refere à frequência de **consumo semanal de feijão** verificou-se que o consumo foi nos sete dias da semana em todas as categorias analisadas, sendo que a porcentagem foi de 66,7% para aqueles com alguma DCNT e 31,6%, para os sem DCNT. Ao analisar o total de participantes temos 67,0% referiram o consumo. O consumo de feijão, legumes, hortaliças e frutas têm sido considerados um incentivo a

agricultura familiar e estímulo para a economia local, além de favorecer a biodiversidade e a melhoria na aquisição e distribuição de alimentos (BRASIL, 2014).

Um estudo com base nos dados disponibilizados pelo VIGITEL analisou a frequência do consumo de alimentos marcadores de dieta saudável e não saudável em homens e mulheres adultos, bem como, os fatores demográficos e socioeconômicos associados. Participaram 1005 indivíduos, de 20 a 59 anos, residentes na cidade de Cuiabá – MT. Os resultados apontaram que o consumo de feijão se manteve estável na última década, e que a cidade de Cuiabá foi eleita a quarta com o maior consumo de feijão entre as capitais brasileiras. Em relação ao consumo regular de feijão observou-se que não houve diferenças significantes entre os sexos. Os autores recomendam políticas públicas voltadas para o incentivo à alimentação saudável e à educação nutricional. Esses resultados corroboram ao estudo realizado no Sul do Brasil (DURANTE et al., 2017; BRASIL, 2015b; BAUMGARTEL et al., 2017).

Outro estudo realizado com base nos dados disponibilizados pelo VIGITEL comparou a tendência dos fatores de risco e proteção de DCNT na população com e sem planos de saúde, nos anos de 2008 a 2013. Participaram indivíduos com idade superior a 18 anos, residente nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Nesse estudo foi utilizado um questionário com 90 questões relacionadas às características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos; padrão de alimentação e atividade física; peso e altura referidos; consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; avaliação do estado de saúde e morbidade referida. Os resultados mostraram consumo regular de feijão de cinco vezes ou mais na semana, sendo que o consumo não sofreu alterações significativas nos cinco anos estudados. No entanto, os autores referem a necessidade de monitoramento de indicadores de fatores de risco e proteção de DCNT, para a indução de políticas públicas de promoção e prevenção e promover a equidade entre os usuários do SUS (MALTA; BERNAL; OLIVEIRA, 2015).

Em São Paulo, foi realizado um estudo com 160 adultos, de ambos os sexos, sem diagnóstico médico de HAS e DM que estimou a prevalência de fatores de risco para doenças crônicas em uma população de adultos, cadastrados em um programa de saúde. Em relação ao consumo de feijão na população total foi verificado que 60,7% dos participantes referiram o consumo regular de cinco vezes ou mais durante a semana (BREVIDELLI, 2017). Cabe destacar que os nossos resultados estão em

consonância aos obtidos neste estudo.

Ao analisar o **consumo de leite ou iogurte**, 49,7% dos participantes consumiam tais alimentos na frequência de sete dias semanais. Dos participantes com DCNT, 50,6% referiram consumir sete vezes semanais e os sem DCNT, 47,4%.

Um estudo recente de base transversal e populacional, que utilizou como fonte de dados o PNS, em 2013, em todo território nacional, avaliou a associação entre número de medicamentos consumidos e os marcadores das condições nutricionais em idosos brasileiros com diagnóstico de doenças crônicas. Nesse estudo, os autores mostraram que o maior número de medicamentos utilizados estava associado de maneira positiva ao consumo de frutas e hortaliças, peixe e leite, e negativamente ao consumo de alimentos doces, refrigerantes e carne com excesso de gordura. E, apesar de que o consumo maior de medicamento estava relacionado a melhoria da dieta, os indivíduos, ainda, mantinham valores maiores valores antropométricos, ressaltando a maior concentração de adiposidade central (BENTO; SOUZA; PEIXOTO, 2019). Em relação aos resultados do estudo acima, o consumo de leite foi de 50,6% em sete dias da semana, enquanto os alimentos seguintes que não foram consumidos na semana por pessoas que relataram alguma DCNT: doces 56,5%, excesso de gorduras 50,4%, embutidos 50,4% e refrigerantes (sem considerar light/diet) 45,4% em pessoas com DCNT, no entanto o estudo citado acima não analisou a frequência semanal e sim o consumo regular.

Um estudo epidemiológico transversal, com método semelhante ao nosso estudo foi realizado no município de Barra Velha – SC, e analisou os fatores de risco e proteção para as DCNT em usuários da Atenção Básica comparando resultados nacionais e estaduais. Esse estudo evidenciou que o consumo regular de doces, prevaleceu no sexo feminino, assim como o hábito de assistir TV por mais de três horas, enquanto nos homens o consumo de gorduras foi mais referido. Ao comparar esses resultados aos de Florianópolis-SC observou-se prevalência semelhante acrescido do consumo regular de refrigerantes. Os autores concluíram que investimento em políticas públicas populacionais possam reduzir os fatores de risco e aumentar os de proteção para DCNT, com impacto positivo na morbimortalidade e na melhoria da qualidade de vida da população (BOREK et al., 2017).

Em relação ao consumo de alimentos considerados não saudáveis, os **ultraprocessados**, os participantes sem DCNT referiram consumo adequado. Desses 45,1% relataram não consumir na semana batata frita/salgado de pacote/ salgados

fritos; 50,2%, hambúrguer e embutidos; 41,4%, bolacha/biscoito salgado/salgadinhos de pacote; 38,1%, bolacha/biscoito doce/doces/balas/chocolates e 32,6%, refrigerantes sem considerar light/diet.

Os motivos para evitar o consumo de alimentos considerados ultraprocessados estão relacionados à sua composição nutricional, a forma de distribuição e comercialização, bem como, o consumo excessivo e a forma de distribuição (BRASIL, 2014). Esses alimentos tem uma combinação de ingredientes que os tornam altamente palatáveis, o que prejudica os mecanismos de controle do apetite (MOODIE et al., 2013).

Um estudo transversal realizado, nos Estados Unidos da América, com base nos dados do *National Health Interview Survey*, em 2010, com 25.431 pessoas, adultas, de ambos os sexos, com idade de 18 a maior que 60 anos examinou a associação entre a vida em regiões específicas e a frequência do consumo de bebidas açucaradas. Os resultados mostraram que a ingestão de bebidas açucaradas entre adultos permaneceu alta e o padrão de consumo de bebidas açucaradas variou de acordo com cada região do país. Esforços de intervenção são necessários para reduzir a incidência de obesidade e diabetes por meio da redução da ingestão de bebidas açucaradas em adultos considerando as diferenças regionais (PARK; MCGUIRE; GALUSKA, 2015).

Outro estudo transversal com base nos dados disponibilizados pelo VIGITEL, no ano de 2013, estimou a prevalência dos fatores de risco e proteção para DCNT na população de adultos, residentes nas capitais brasileiras, assim como, verificou os fatores sociodemográficos a eles associados. Participaram deste estudo 52.929 indivíduos por meio de inquérito telefônico, sobre consumo alimentar. Os resultados mostraram que os indivíduos considerados em risco consumiam carnes com excesso de gordura 31,0%, leite com teor integral de gordura 53,5%, refrigerante 23,3%; doces, regularmente 19,5% e consideravam o seu consumo de sal alto ou muito alto 16,0%. Os autores recomendam investimentos em políticas públicas em nível populacional para redução dos fatores de risco para doenças crônicas de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade e na melhoria da qualidade de vida da população brasileira (MALTA et al., 2015).

No entanto, resultados com base nos dados disponibilizados pelo VIGITEL, do ano de 2014, utilizando as mesmas variáveis, observou-se aumento do consumo de 29,4% para 52,9% de carnes com excesso de gordura e de leite com teor integral de

gordura, com predomínio em homens, assim como, o consumo regular de refrigerantes 20,8% e a autoavaliação do consumo elevado de sal 15,6%. Cabe destacar o consumo regular de doces 20,3% em mulheres (MALTA et al., 2015a).

Ao analisar os resultados obtidos no presente estudo constatou-se que houve mudança nos hábitos e no consumo alimentar em relação no município de Ribeirão Preto - SP em relação à literatura nacional e internacional. Os participantes relataram o consumo alimentar adequado, em conformidade as recomendações do SISVAN. No entanto, cabe destacar que o instrumento utilizado no nosso estudo é apropriado para a população geral, que visa reconhecer antecipadamente situações nas quais os indivíduos apresentam danos à saúde, decorrente da má alimentação.

Desse modo, verificou-se que as pessoas uma ou mais DCNT referiram alimentação adequada, o que pode ter tido alguma interferência nos resultados obtidos. Esperava-se que os hábitos e consumo alimentar dos participantes investigados sem DCNT fossem distintos, pois aqueles com alguma DCNT podem ter restrições e cuidados inerentes a doença que exige acompanhamento e controle adequado sob supervisão da equipe de saúde, em particular, do nutricionista.

Nesta vertente, recomenda-se atualização das políticas públicas de saúde, que visem atenção especializada para as pessoas com DCNT, reforçando as orientações no contexto familiar para adesão a hábitos alimentares saudáveis e minimizar o número de mortes e internações hospitalares relacionados a falta de controle adequado da doença e consequentemente proporcionar uma melhor qualidade de vida à população. No entanto, reconhece-se como limitação do estudo a obtenção de dados autorreferidos pelos participantes, o que pode subestimar os resultados encontrados no presente estudo

7 CONCLUSÃO

7 Conclusão

Os resultados deste estudo permitem concluir que:

Dos 719 participantes, a maioria era do sexo feminino. A idade variou de 18 a 89 anos e houve predomínio de 35 a 59 anos. Quanto ao estado civil e escolaridade, a maioria era casada ou em união estável e não havia completado o ensino fundamental, respectivamente. Em relação à classe econômica, houve predomínio da C1 e quanto à ocupação, encontravam-se empregados.

Dos 719 participantes, 504 (70,1%) referiram uma ou mais DCNT e 215 (29,9%) não. Dos quatro principais grupos de DCNT o mais referido foi às doenças cardiovasculares, com predomínio das doenças circulatórias e HAS; 20% referiram o DM2 e quanto às doenças respiratórias crônicas as mais referidas foram a sinusite e a rinite.

Em relação aos hábitos alimentares, a maioria dos participantes referiu não seguir a dieta, e desses a maioria não recebeu orientação de profissional da área da saúde. Quanto ao local das refeições a maioria referiu realizar as refeições em casa; preparava as suas refeições; não utilizava adoçante; tinha o hábito de assistir televisão e ou usar o celular durante as refeições e não utilizavam tempero processado. Menos da metade realizava três refeições ao dia e referiu tomar de um a dois litros de água ao dia. A distribuição das respostas referentes aos hábitos alimentares nos grupos com e sem DCNT mostrou-se semelhante.

A distribuição das respostas do consumo alimentar segundo a frequência semanal foi semelhante nos grupos com e sem DCNT. Para o grupo de alimentos considerados saudáveis tais como consumo de salada crua, legumes e verduras, frutas, feijão, leite e derivados houve predomínio das respostas de consumo por sete dias, variando a média de 2,4 a 5,6, na frequência semanal. Para os alimentos que devem ser evitados, tais como, batata frita, hambúrguer, bolachas salgadas, doces e refrigerantes houve predomínio das respostas de zero a duas vezes na semana, variando a média de 0,1 a 2,6.

Em relação ao consumo alimentar e sua frequência semanal, a maioria dos participantes sem e com DCNT referem consumo de feijão todos os dias da semana e menos da metade consome refrigerante todos os dias.

Quanto ao consumo alimentar saudável as variáveis sociodemográficas e clínicas obteve-se que a idade, o estado civil, foram estatisticamente significantes,

enquanto que para o consumo não saudável as variáveis foram a de classe econômica e de ocupação. Quanto ao hábito alimentar, as variáveis sociodemográficas e clínicas constatou que apenas 15 % dos participantes tinham hábito alimentar saudável, sendo que no que se referiu à idade, estado civil, classe econômica e presença ou não de DCNT apresentaram significância estatística para o hábito saudável e a ocupação para o hábito não saudável.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, V. P. et al. Fatores associados às práticas alimentares da população adulta de Goiânia, Goiás, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 267-280, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000100267&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 abr. 2018.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 5. Lifestyle management: standards of medical care in diabetes — 2019. **Diabetes Care**, New York, v. 42, p. S46-S60, jan. 2019. Supplement 1. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S46.full-text.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2019.

AQUINO, F. C. et al. Segurança alimentar e nutricional, hábitos alimentares e condições socioeconômicas na Chapada dos Veadeiros no Brasil central. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 933-943, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8647434/14843>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 16/04/2018. 2018. Disponível em: <http://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2018.pdf>. Acesso em: 5 out. 2018.

AZEVEDO, E. C. C. et al. Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1613-1622, maio 2014a. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.06562013>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

AZEVEDO, E. C. C. et al. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal - uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1447-1458, maio 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501447>. Acesso em: 11 mar. 2018.

AZEVEDO, P. R. et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. **Revista Online de Pesquisa: cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 260-267 jan./mar. 2018. <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5013/pdf_1>. Acesso em: 9 maio 2019.

BANDONI, D. H. et al. Eating out or in from home: analyzing the quality of meal according eating locations. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 6, p. 625-632, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732013000600002>>. Acesso em: 21 maio 2019.

BARBOSA, A. M.; LACERDA, D. A. L. Associação entre consumo alimentar e estado nutricional em agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 21, n. 3, p. 189-196, 2017. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/download/25321/17730>>.
Acesso em: 5 abr. 2019.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, jun. 2013.

BAUMGARTEL, C. et al. Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-13, jan. 2017. Disponível em: <<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1248/828>>. Acesso em: 3 mar. 2018.

BAZZANO, A. L.; SERDULA, K. M.; LIU, S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. **Current Atherosclerosis Reports**, Philadelphia, v. 5, p. 492-499, 2013. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11883-003-0040-z.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BECKERT, F. et al. Consumo de sal e hipertensão na população idosa: contribuições para o planejamento em saúde. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 3, p. 5-12, 2014. Disponível em: <<http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/558/0>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

BELFORT, I. K. P. et al. Elevação de níveis pressóricos em uma comunidade quilombola. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6135>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

BENTO, I. C.; SOUZA, M. A. N.; PEIXOTO, S. V. Associação entre número de medicamentos consumidos e marcadores nutricionais entre idosos com doenças crônicas: pesquisa nacional de saúde (2013). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. e180112, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n1/pt_1809-9823-rbgg-22-01-e180112.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2019.

BIELEMANN, R. M. et al. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 28, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005572>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

BINSFELD, D. H. P. et al. Avaliação nutricional de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis atendidos e um ambulatório de nutrição. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v. 7, n. 1, p. 40-54, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/1097/758>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

BOGACKA, A. et al. Analysis of nutrition and nutritional status of haemodialysis patients. **Roczniki Państwowego Zakładu Higieny, Warszawa**, v. 69, n. 2, p. 165-174. 2018. não consta citação no texto para este autor

BOREK, S. et al. Fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis em adultos de Barra Velha - SC. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 12, n. 73, p. 579-590, 2017. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/747/569>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BORGES, C. A. et al. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 137-148, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00005114>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

BOSU, W. K. An overview of the nutrition transition in West Africa: implications for non-communicable diseases. **Proceedings of the Nutrition Society**, Hyderabad, v. 74, n. 4, p. 466-477, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S0029665114001669>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_nacionais_esus.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. 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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 5 out. 2018.

_____. 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, DF: Ministério da Saúde, 2011a. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Termo de compromisso nº 4/2011. Termo de Compromisso que firmam entre si a União, por intermédio do Ministério da Saúde, e a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (ABIA), a Associação Brasileira das Indústrias de Massas Alimentícias (ABIMA), a Associação Brasileira da Indústria de Trigo (ABITRIGO) e a Associação Brasileira de Panificação e Confeitaria (ABIP), com a finalidade de estabelecer metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2011b. Seção 3, p. 81.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf. Acesso em: 4 fev. 2019.

BREVIDELLI, M. M. Fatores de risco para doenças crônicas entre participantes do programa Vivendo com Estilo e Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-616, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/fatores_doenca_cr_onica.pdf. Acesso em: 16 jun. 2019.

BURGOINE, T. et al. Examining the interaction of fast-food outlet exposure and income on diet and obesity: evidence from 51,361 UK Biobank participants. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 15, p. 71, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0699-8>. Acesso em: 21 mar. 2019.

CAETANO, V. C. et al. Consumo de alimentos processados e ultraprocessados em indivíduos adultos com excesso de peso. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n.3, p. 355-362, 2017.

CAMARGO, E. M. et al. Estresse percebido, comportamentos relacionados à saúde e condições de trabalho de professores universitários. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 31, n. 75, p. 589-597, 2013. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19725>. Acesso em: 12 abr. 2019.

CANELLA, D. S.; MARTINS, A. P. B.; BANDONI, D. H. Iniquidades no acesso aos benefícios alimentação e refeição no Brasil: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p.

e00037815, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00037815>>. Acesso em: 21 maio 2019.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300005>>. Acesso em 3 abr. 2019.

CLARO, R. M. et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 257-265, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000200257&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2019.

CONTE, F. A. Efeitos do consumo de aditivos químicos alimentares na saúde humana. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 16, n. 181, 2016. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/30642/16770>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

COELHO, C. N. V. et al. Consumo alimentar de idosos em um programa de reabilitação da saúde bucal de unidades da saúde da família na cidade de Pelotas – RS. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 43-49, 2017. Disponível em: <<https://rasbran.emnuvens.com.br/rasbran/article/view/574>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 2001-2009, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300034. Acesso em: 13 jan. 2018.

CREWS, D. C. et al., Dietary habits, poverty and chronic kidney disease in a urban population. **Journal of Renal Nutrition**, Philadelphia, v. 25, n. 2, p. 103-110, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339637/pdf/nihms-617843.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2019.

DECLERCQ, V. et al. Association between diet quality and adiposity in the Atlantic PATH Cohort. **Nutrients**, Basel, v. 9, n. 10, p. E1155, out. 2017. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2072-6643/9/10/1155>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

DIAS, E. G. et al. Comportamentos de pacientes com diabetes tipo 2 sob a perspectiva do autocuidado. **Journal of Health Sciences**, Londrina, v. 19, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2017v19n2p109-113>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

DURANTE, G. D. et al. Diferença no consumo de alimentos entre homens e mulheres entrevistados pelo inquérito telefônico VIGITEL. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6165/pdf_1>. Acesso em: 17 jun. 2019.

ENDEWELD, M.; GOLDSMITH, R.; ENDEVELT, R. The demographic and morbidity characteristics of a population receiving food support in Israel. **Israel Journal of Health Policy Research**, London, v. 7, n. 54, 2018. Disponível em: [≤https://doi.org/10.1186/s13584-018-0238-8>](https://doi.org/10.1186/s13584-018-0238-8). Acesso em: 25 mar. 2019.

ESTEGHAMATI, A. et al. Patterns of fruit and vegetable consumption among Iranian adults: a SuRFNCD-2007 study. **British Journal of Nutrition**, Cambridge, v. 108, n. 1, p. 177-181, jul. 2012. Disponível em: [<doi.org/10.1017/S0007114511005393>](https://doi.org/10.1017/S0007114511005393). Acesso em: 24 mar. 2019.

FIGUEIREDO, A. V. A.; RECINE, E.; MONTEIRO, R. Regulação dos riscos dos alimentos: as tensões da vigilância sanitária no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2353-2366, jul. 2017. Disponível em: [<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702353&script=sci_abstract&tlng=pt>](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002702353&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 5 fev. 2019.

FLORES, T. R. et al. Hábitos saudáveis: que tipo de orientação a população idosa está recebendo dos profissionais de saúde?. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 167-180, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010015>>. Acesso em: 21 maio 2019.

FLORES-HERNANDEZ, S. et al. Quality of diabetes care: the challenges of an increasing epidemic in Mexico. Results from two National Health Surveys (2006 and 2012). **PLOS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 7, p. e0133958, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133958>>. Acesso em: 12 maio 2019.

GADENZ, S. D.; BENVEGNU, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3523-3533, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 fev. 2019.

GARCIA, S. P.; HADDIX, A.; BARNETT, K. Incremental health care cost associated with food insecurity and chronic conditions among older adults. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 15, n. E108, Aug. 2018. Disponível em: [≤https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/18_0058.htm>](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/18_0058.htm). Acesso em: 25 mar. 2019.

GIROTTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>>. Acesso em: 6 maio 2019.

GOMES, A. P.; SOARES, A. L. G.; GONÇALVES, H. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3417-3428, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.17502015>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

GOMES, M. F. et al. Orientações sobre alimentação ofertadas por profissionais da estratégia de saúde da família durante as consultas de hipertensos e diabéticos. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, p. 203-211, 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16014>>. Acesso em: 15 maio 2019.

HAYEK, S. et al. Prevalence, correlates, and time trends of multiple chronic conditions among israeli adults: estimates from the Israeli National Health Interview Survey, 2014-2015. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, n. 14, n. E64, 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/pcd/issues/2017/17_0038.htm>. Acesso em: 18 abr. 2019.

HILGENBERG, F. E. et al. Fatores de risco cardiovascular e consumo alimentar em cadetes da Academia da Força Aérea Brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1165-1174, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000401165&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 8 abr. 2019.

HUNG, H. C. et al. Fruit and vegetables intake and risk of major chronic disease. **Journal of the National Cancer institute**, Bethesda, v. 96, n. 21, p. 1577-1584, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jnci/djh296>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. **Características da população e dos domicílios**: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

_____. **Pesquisa nacional por amostra por domicílio - 2014**. 2014. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2014/default.shtm>>. Acesso em: 18 set. 2018.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011b. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2018.

_____. **Ribeirão Preto - SP**: panorama, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

IFLAND, J. R. et al. Refined food addiction: a classic substance use disorder. **Medical Hypotheses**, Penrith, v. 72, n. 5, p. 518-26, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306987708006427?via%3Dihp>. Acesso em: 29 jul. 2018.

ISER, B. P. M. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico - VIGITEL Brasil - 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 90-102, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500010>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-2732011000600002>. Acesso em: 30 jan. 2019.

KAC, G.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S4-S5, 2003. Suplemento 1. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000700001>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

KRIEGER, J. P. et al. Dietary patterns and their sociodemographic and lifestyle determinants in Switzerland: results from the National Nutrition Survey menuCH. **Nutrients**, Basel v. 11, n. 1, p. E62, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6356790/pdf/nutrients-11-00062.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2019.

LEE-KWAN, S. H. et al. Disparities in state-specific adult fruit and vegetable consumption – United States, 2015. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 66, n. 45, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6645a1>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

LELIS, C. T.; TEIXEIRA, K. M. D.; SILVA, N. M. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 523-532, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400004>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

LIMA, N. S. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em população no assentamento da reforma agrária no Pontal do Triângulo Mineiro. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8977>>. Acesso em: 2 jun. 2019.

LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 599-610, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.04262015>>. Acesso em 5 fev. 2019.

LOUZADA, M. L. C. et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 49-38, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/0034-8910-rsp-S0034-89102015049006132.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2019.

MAIA, E. G. et al. Hábito de assistir à televisão e sua relação com a alimentação: resultados do período de 2006 a 2014 em capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00104515>>. Acesso em: 3 abr. 2019.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; OLIVEIRA, M. Tendências dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, segundo a posse de planos de saúde, Brasil, 2008 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1005-1016,

2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000401005&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MALTA, D. C. et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 661-675, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

MALTA, D. C. et al. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 171-178, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100018>. Acesso em: 30 jan. 2019.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, p. 238-255, 2015a. Suplemento 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060021>>. Acesso em: 25 jun. 2019.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601799&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2019.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2019.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 373-387, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300004>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR, J. B. S. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1350, maio 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501350&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2019.

MARATOYA, E. E. et al. Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo. **Revista de Política Agrícola**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 72-84, 2013. Disponível em: <<https://seer.sede.embrapa.br/index.php/RPA/article/view/283>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

MARQUES, M. A. R. et al. Análise do conhecimento do consumidor diante do uso de adoçantes. **Anais SIMPAC**, Viçosa, v. 4, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/192/354>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

MAZIERO, C. C. S.; JAIME, P. C.; DURAN, A. C. A influência dos locais de refeição e aquisição de alimentos no consumo de frutas e hortaliças por adultos no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 611-623, 2017.

MELLO, A. C. et al. Consumo alimentar e antropometria relacionados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em comunidade de baixa renda de um grande centro urbano. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00188815>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

MENDONÇA, R. D. et al. Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: the University of Navarra Follow-Up (SUN) cohort study. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 104, n. 5, p. 1433-1440, 2016.

MENDY, V. L. et al. Food insecurity and cardiovascular disease risk factors among Mississippi adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 15, n. 9, 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/9/2016>. Acesso em: 23 mar. 2019.

MONDINI, L. et al. Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 686-694, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400012>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

MONTEIRO, C. A. et al. Food classification. Public health. NOVA. The star shines bright. **World Nutrition**, Olinda, v. 7, n. 1-3, p. 28-38, 2016. Disponível em: <<https://worldnutritionjournal.org/index.php/wn/article/view/5/4>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

MOODIE, R. et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drinks industries. **The Lancet**, London, v. 381, n. 9867, p. 670-679, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612620893?via%3Dihub>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

MOREIRA, J. M. S.; RODRIGUES, D. F. Fatores determinantes das escolhas alimentares de clientes de uma rede de supermercados em Sete Lagoas – MG. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, Sete Lagoas, v. 6, n. 4, p. 98-112, 2018. Disponível em: <http://jornal.faculadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/914/453>. Acesso em: 8 jun. 2019.

MOREIRA, M. M. et al. Inadequação do consumo de sódio e o impacto nos custos de internações por doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Educação e Cultura**, São Gotardo, n. 17, 2018. Disponível em: <http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/educacaoecultura/article/view/356>. Acesso em: 3 abr. 2019.

MOUBARAC, J. C. et al. Consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health. Evidence from Canada. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 16, n. 12, p. 2240-2248, 2013.

MOZAFFARIAN, D. Dietary and policy priorities for cardiovascular disease, diabetes, and obesity: a comprehensive review. **Circulation**, Hagerstown, v. 133, n. 2, p. 187-225, 2016. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018585>. Acesso em: 12 abr. 2019.

NICKLETT, E. J.; KADELL, A. R. Fruit and vegetables intake among older adults: a scoping review. **Maturitas**, Amsterdam, v. 75, n. 4, p. 305-312, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512213001539?via%3Dihp>. Acesso em: 10 jun. 2019.

ODGEN, C. L. et al. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011 – 2012. **JAMA**, Chicago, v. 311, n. 8, p. 806-814, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4770258/>. Acesso em: 5 jun. 2019.

OLIVARES, D. E. et al. Risk factors for chronic diseases and multimorbidity in a primary care context of central Argentina: a web-based interactive and cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 14, n. 3, p. 251, 2017. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/3/251>. Acesso em 13 abr. 2019.

OLIVEIRA, V. T. L. et al. Perfil sociodemográfico e hábitos de vida de idosos portadores de hipertensão. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 21, n. 1, p. 59-66, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/27625/16436>. Acesso em: 30 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO DA NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Documentos temáticos: objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF: ONUBR, 2017. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/publicacoes/documentos-tematicos-ods-07-2017.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

ORTEGA, F. B.; LAVIE, C. J.; BLAIR, S. N. Obesity and cardiovascular disease. **Circulation Research**, Texas, v. 188, n. 11, p. 1752-1770, 2016.

OYEBODE, O. et al. Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of health survey for England data. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v. 68, n. 9, p. 856-862, 2014. Disponível em: [≤https://jech.bmj.com/content/jech/68/9/856.full.pdf>](https://jech.bmj.com/content/jech/68/9/856.full.pdf). Acesso em: 13 jun. 2019.

PADRÃO, P. et al. Low fruit and vegetable consumption in Mozambique: results from a WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. **British Journal of Nutrition**, New York, v. 107, n. 3, p. 428-435, Feb. 2012. Disponível em: [≤https://doi.org/10.1017/S0007114511003023>](https://doi.org/10.1017/S0007114511003023). Acesso em: 19 mar. 2019.

PAN, I. et al. Food insecurity is associated with obesity among US adult in 12 states. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, New York, v. 112, n. 9, p. 1403-1409, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212267212007459?via%3Dihub>. Acesso em: 22 mar. 2019.

PARK, S.; MCGUIRE, L. S.; GALUSKA, D. A. Regional differences in sugar-sweetened beverage intake among US adults. **Journal of The Academy of Nutrition and Dietetics**, New York, v. 115, n. 12, p. 1996-2002, 2015. Disponível em: [≤https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.06.010>](https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.06.010). Acesso em: 19 jun. 2019.

PESANTES, M. A. et al. Taste, salt consumption, and local explanations around hypertension in a rural population in northern Peru. **Nutrients**, Basel, v. 9, n. 7, p. 698, 2017. Disponível em: [≤https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537813/>](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537813/). Acesso em 5 abr. 2019.

RIBOLI, E.; NORAT, T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 78, n. 3, p. 559S-569S, 2003. Supplement. Disponível em: [≤http://ajcn.nutrition.org/content/78/3/559S.full.pdf+html>](http://ajcn.nutrition.org/content/78/3/559S.full.pdf+html). Acesso em: 14 mar. 2018.

RICARDO, C. Z.; CLARO, R. M. Custo da alimentação e densidade energética da dieta no Brasil, 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2349-2361, dez. 2012. Disponível em: [≤http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400013>](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400013). Acesso em: 12 fev. 2019.

ROJAS-GÓMEZ, D. M. et al. Comportamiento hacia los alimentos y su asociación con el estado nutricional y la actividad física en una población general chilena. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 35, n. 6, p. 1316–1323, 2018. Disponível em: [≤https://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/01805/show>](https://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/01805/show). Acesso em: 20 mar. 2019.

ROLLS, B. J. The relationship between dietary energy density and energy intake. **Physiology and Behavior**, New York, v. 97, n. 5, p. 609-615, 2009. Disponível em: [≤https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4182946/>](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4182946/). Acesso em: 20 fev. 2019.

ROSIEK, A. et al. Effect of television on obesity and excess of weight and consequences of health. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 12, n. 8, 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555288/#B39-ijerph-12-09408>>. Acesso em: 9 jun. 2019.

SANTOS, J. M. R. et al. Políticas públicas de saúde voltadas as doenças crônicas não transmissíveis. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A AMÉRICA LATINA, 2014, Itajaí – SC. **Anais**. Itajaí: UNIVALI, 2014. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/aemv/article/viewFile/11379/6464>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

SCHULZE, M. B. et al. Food based dietary patterns and chronic disease prevention. **The BMJ**, London, v. 361, p. k2396, Jun. 2018. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2396.long>>. Acesso em: 8 ago. 2018.

SIERRA-JOHNSON, J. et al. Eating meals irregularly: a novel environmental risk factor for the metabolic syndrome. **Obesity: a research journal**, Silver Springer, v. 16, n. 6, p. 1302-1307, Jun. 2008. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2008.203>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

SILVA, D. C. G. et al. Consumo de bebidas açucaradas e fatores associados em adultos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 899-906, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.05432017>>. Acesso em: 3 abr. 2019.

SILVA, D. C. G. et al. Risk and protective factors for chronic diseases in adults: a population-based study. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4041-4050, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021204041#B45>. Acesso em: 6 fev. 2019.

SILVA, T. G. et al. Interferência do responsável pelo preparo das refeições na adesão ao tratamento nutricional de diabéticos atendidos em um ambulatório de nutrição. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 12, n. 75, p. 968-975, 2018. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/832/617>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

SILVEIRA, E. A. et al. Obesidade em idosos e sua associação com consumo alimentar, diabetes mellitus e infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 6, p. 509-517, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n6/pt_0066-782X-abc-107-06-0509.pdf>. Acesso em: 29 maio 2018.

SOLBIATI, V. P. et al. Adesão ao tratamento para prevenir agravos relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 12, n. 73, p. 629-633, 2018. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/755/575>>. Acesso em: 27 maio 2019.

SOUZA, D. R. et al. Fontes alimentares de macronutrientes em amostra probabilística de adultos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3. p. 1595-1606, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01595.pdf>> Acesso em: 2 abr. 2016.

SOUZA, P. L. C.; SILVESTRE, M. R. S. Alimentação, estilo de vida e adesão ao tratamento nutricional no diabetes *mellitus* tipo 2. **EVS: estudos, vida e saúde**, Goiânia, v. 40, n. 4, p. 541-555, 2013. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/3057>>. Acesso em: 19 maio 2019.

STUPPLEBEEN, D. A. Housing and food insecurity and chronic disease among three racial groups in Hawaii. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 16, p. E3, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6362708/#__ffn_sectitle>. Acesso em: 7 abr. 2019.

SZWARCWALD, C. L. et al. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 15. p. 141. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12939-016-0432-7>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

TAPSELL, L. C. et al. Foods, nutrients, and dietary patterns: Interconnections and Implications for dietary guidelines. **Advances in Nutrition**, Bethesda, v. 7, n.3, p. 445-454, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863273/>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

VAZ, D. S. S.; BENNEMANN, R. M. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 108-112, 2014. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1557>>. Acesso em: 8 jun. 2019.

WARD, B. W. Barriers to health care for adults with multiple chronic conditions: United States, 2012-2015. **National Center for Health Statistics Data Brief**, Atlanta, n. 275, 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db275.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

WARD, B. W.; SCHILER, J. S.; GOODMAN, R. A. Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 11, E62, 2014. Disponível em: <https://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/13_0389.htm>. Acesso em: 20 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=B06F4ED9B90F771832F3940710215159?sequence=1>. Acesso em: 17 jan. 2018.

_____. **From burden to "best buys":** reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization: World Economic Forum, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary>. Acesso em: 20 jan. 2019.

_____. **World health statistics 2018:** monitoring health for the SDGs sustainable development goals. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

_____. **Noncommunicable diseases and their risk factors.** 2018a. Disponível em: <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/>. Acesso em: 18 jan. 2019.

YAYA, S.; BISHWAJIT, B. Fruit and vegetable consumption among adults in Namíbia: analysis of a nationally representative population. **Health Promotion Perspectives**, Tabriz, v. 8, n. 4, p. 283-289, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6249495/>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

YU, Z. M. et al. Fruit and vegetable intake and body adiposity among populations in Eastern Canada: the Atlantic Partnership for Tomorrow's Health Study. **BMJ Open**, London, v. 8, n. 4, p. e018060, 2018. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/4/e018060.full.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

ZANINI, R. V.; ARAUJO, C. L.; MARTINEZ-MESA, J. Utilização de adoçantes dietéticos entre adultos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 924-934, maio 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500010>>. Acesso em: 7 jun. 2019.

ZOBEL, E. H. et al. Global change in food supply and the obesity epidemic. **Current Obesity Reports**, Philadelphia, v. 5, n. 4, p. 449-455, 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13679-016-0233-8>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário de variáveis sociodemográficas, clínicas, hábito alimentar e consumo alimentar

Caracterização do Usuário com Doença Crônica Não Transmissível

Identificação do Cidadão / Usuário do Serviço de Saúde											
Nome											
Logradouro											
Bairro											
Telefone											
Celular											
nº	Variável	Resposta								Código	
1	Data da entrevista	_____(dd)/_____(mm)/_____(aaaa)								1.data	
2	Qual o número Hygia									2.hygia	
3	Qual o local da coleta de dados?	1 Oeste	2 Central	3 Sul	4 Norte	5 Leste	6 NGA	7 Cavado Bosque	8 Assentamento da Barra	()	3.districtal
		UBDS "Joel Domingos Machado" – Sumarezinho	UBDS "Dr João Baptista Quartim" – Central	UBDS "Dr Marco Antônio Sahão" – Vila Virgínia	UBDS "Dr. Sérgio Arouca" – Distrito I Norte	UBDS "Dr Ítalo Baruffi" – Castelo Branco Novo	Núcleo de Gestão Assistencial - (Ambulatório Regional de Especialidades)	Rua: Camilo de Mattos, 627 - Jardim Mosteiro	UBS Ribeirão Verde		
4	Qual a unidade de saúde que o sr (a) é atendido?	Distrito Oeste 1 UBDS Sumarezinho 2 CMSC Vila Lobato 3 CSE Ipiranga 4 UBS Dom Mielle 5 UBS Ipiranga 6 USF Jardim Paiva 7 UBS Jardim Presidente Dutra 8 UBS José Sampaio 9 USF Paulo Gomes Romeo 10 UBS Vila Recreio 11 USF Jardim Eugênio Mendes Lopes 12 USF Maria Casagrande Lopes 13 USF Núcleo 1 14 USF Núcleo 2 15 USF Núcleo 3 16 USF Núcleo 4 17 USF Núcleo 5 18 USF Núcleo 6 19 USF do Jardim Jamil Cury 20 USF Vila Albertina Distrito Central 21 UBDS Central 22 CSE Vila Tibério 23 UBS Campos Eliseos 24 UBS Jardim João Rossi 25 UBS Vila Tibério				Distrito Sul 26 UBDS Vila Virgínia 27 UBS Adão do Carmo Leonel 28 UBS Jardim Maria das Graças 29 UBS Parque Ribeirão Preto 30 USF Jardim Marchesi Distrito Norte 31 UBDS Quintino Facci II 32 UBS Jardim Aeroporto 33 UBS Marincek 34 UBS Quintino Facci I 35 UBS Ribeirão Verde 36 UBS Simioni 37 UBS Vila Mariana 38 UBS Valentina Figueiredo 39 USF Avelino Alves Palma 40 USF Estação do Alto 41 USF Geraldo Correia de Carvalho 42 USF Jardim Heitor Rigon Distrito Leste 43 UBDS Castelo Branco 44 UBS Bonfim Paulista 45 UBS Jardim Juliana 46 UBS Santa Cruz 47 UBS São José 48 UBS Vila Abranches 49 USF Jardim Zara				()	4.unidadesaude

Dados referidos pelo Usuário do Serviço de Saúde					
nº	Variável	Resposta			Código
	Você possui alguma dessas doenças?	1Sim 2Não	Tempo de diagnóstico em MESES	Tempo de diagnóstico em ANOS	
27	Hipertensão arterial (pressão alta)	()	()	()	27.hipertensão / 27.hatempo
28	AVC (acidente vascular cerebral) ou derrame	()	()	()	28.avc / 28.avctempo
29	Doença do coração	()	()	()	29.coracao / 29.coracaotempo
30	Diabetes Mellitus tipo 1	()	()	()	30.diabetestipo1 / 30.tempodm1
31	Diabetes Mellitus tipo 2	()	()	()	31.diabetestipo2 / 31.tempodm2
32	Câncer	()	()	()	32.cancer / 32.cancertempo
33	Rinite	()	()	()	33.rinite / 33.rinitetempo
34	Sinusite	()	()	()	34.sinusite / 34.sinusitetempo
35	DPOC (doenças pulmonar obstrutiva crônica)	()	()	()	35.dpoc / 35.dpoctempo
36	Asma	()	()	()	36.asma / 36.asmatempo
36 a	Bronquite	()	()	()	36a.bronquite / 36a.bronquitetempo
37	Outras doenças/complicações	() Nome _____	()	()	37.outrasdoencas / 37.nomedoenca / 37.outrastempo
38	Já realizou algum exame específico dos pés?	1Sim 2Não 3Não sabe responder			() 38.examespes
39	Há quanto tempo realizou o exame?	1 Menos que um ano 2 Mais que um ano			() 39.tempoexamepe
40	Fez exame de fundo de olho onde o médico utiliza um capacete na cabeça no último ano?	1Sim 2Não 3Não sabe responder			() 40.fundoolho
41	Usa insulina?	1Sim 2Não 3Não se aplica			() 41.usainsulina
42	Se sim, há quanto tempo?	() Tempo em meses () Tempo em anos			() 42.tempoinsulina
43	Quem aplica a insulina?	1O(a) mesmo(a) 2 Profissional da saúde 3Familiar			() 43.quemaplica
44	Faz monitorização da glicemia?	1 Sim 2 Não			() 44.monitorizacao
45	Se sim, onde faz?	1 Unidade de saúde 2 Em casa 3 Outros _____ (escreva em extenso o que o participante disse)			() 45.ondefaz
46	Se sim, quem faz?	1O(a) mesmo(a) 2 Profissional da saúde 3Familiar			() 46.quemfaz
47	Participa de algum grupo de educação em saúde?	1Sim 2Não			() 47.educacaosaude
48	Onde é o grupo de educação em saúde?	Distrito Oeste 1 UBDS Sumarezinho 2 CMSC Vila Lobato 3 CSE Ipiranga 4 UBS Dom Mielles 5 UBS Ipiranga 6 USF Jardim Paiva 7 UBS Jardim Presidente Dutra 8 UBS José Sampaio 9 USF Paulo Gomes Romeo 10 UBS Vila Recreio 11 USF Jardim Eugênio Mendes Lopes 12 USF Maria Casagrande Lopes 13 USF Núcleo 1 14 USF Núcleo 2 15 USF Núcleo 3 16 USF Núcleo 4 17 USF Núcleo 5 18 USF Núcleo 6 19 USF do Jardim Jamil Cury 20 USF Vila Albertina Distrito Central 21 UBDS Central 22 CSE Vila Tibério 23 UBS Campos Eliseos 24 UBS Jardim João Rossi 25 UBS Vila Tibério	Distrito Sul 26 UBDS Vila Virgínia 27 UBS Adão do Carmo Leonel 28 UBS Jardim Maria das Graças 29 UBS Parque Ribeirão Preto 30 USF Jardim Marchesi Distrito Norte 31 UBDS Quintino Facci II 32 UBS Jardim Aeroporto 33 UBS Marincek 34 UBS Quintino Facci I 35 UBS Ribeirão Verde 36 UBS Simioni 37 UBS Vila Mariana 38 UBS Valentina Figueiredo 39 USF Avelino Alves Palma 40 USF Estação do Alto 41 USF Geraldo Correia de Carvalho 42 USF Jardim Heitor Rigon Distrito Leste 43 UBDS Castelo Branco 44 UBS Bonfim Paulista 45 UBS Jardim Juliana 46 UBS Santa Cruz 47 UBS São José 48 UBS Vila Abranches 49 USF Jardim Zera 50 NGA - Núcleo de Gestão Assistencial - (Ambulatório Regional de Especialidades)	()	48.ondegrupo
49	Sobre seu peso, você se considera:	1Abaixo do peso 2Peso adequado 3Acima do peso			() 49.pesoreferido

Hábito Alimentar				
nº	Variável	Resposta		Código
50	Segue dieta?	1 Sim 2 Não	()	65.dieta
51	Orientada por profissional?	1 Sim 2 Não	()	66.dietaprof
52	Qual profissional?	1 Nutricionista 2 Médico 3 Outro	()	67.qualprofissional
53	Onde realiza suas refeições habitualmente?	1 Em casa 2 No trabalho 3 Restaurante	()	68.onderefeicao
54	Quem prepara a refeição?	1 O(a) mesmo(a) 2 Familiar 3 Restaurante ou cantina	()	69.quemprepara
55	Horários das refeições?			70.horariorefeicao
56	Número de refeições por dia?	1 Uma 2 Duas 3 Três 4 Quatro 5 Cinco 6 Seis 7 Sete 8 Oito ou mais	()	71.numerorefeicao
57	Usa adoçante artificial?	1 Sim 2 Não	()	72.adocante
58	Quantas pessoas almoçam e/ou jantam em casa?	1 Uma 2 Duas 3 Três 4 Quatro 5 Cinco 6 Seis 7 Sete 8 Oito ou mais	()	73.refeicaopessoas
59	Qual a gordura ou óleo utilizado para o preparo dos alimentos?	1 Soja 2 Banha de porco 3 Manteiga ou margarina 4 Outros (Canola, Girassol, etc.)	()	74.qualgordura
60	Qual a quantidade de gordura/óleo consumido por mês?	Colocar a quantidade em litros (L) por mês	()	75.qtgordura
61	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	1 Sim 2 Não	()	76.tvalimento
62	Usa tempero pronto?	1 Sim 2 Não	()	77.temperopronto
63	Faz contagem de carboidrato?	1 Sim 2 Não 3 Não se aplica	()	78.contagemcarbo
64	Usa bebida alcoólica?	1 Sim 2 Não	()	79.bebidaalcohol
65	Qual (is) bebidas mais consumidas?	1 Cerveja 2 Bebida Destilada 3 Vinho	()	80.qualbebida
66	Nº de doses por dia?	Cerveja (1 dose = 360 ml) Bebida destilada (1 dose = 45 ml) Vinho (1 dose = 150 ml)	() () ()	81.dosedia
67	Qual a frequência de dias na semana?	1 Um dia 2 Dois dias 3 Três dias 4 Quatro dias 5 Cinco dias 6 Seis dias 7 Sete dias	()	82.frequenciabebe
68	Ingere água?	1 Sim 2 Não	()	83.ingereagua
69	Quantidade de água por dia?	Escrever em litros por dia:	()	84.qtagua

Marcadores de consumo alimentar SISVAN: Nos últimos 7 dias em quantos dias você consumiu?										
nº	Variável	Resposta							Código	
		0	1	2	3	4	5	6		
70	Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.).								85.salada	
71	Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.). Não considerar batata e mandioca.								86.legumes	
72	Frutas frescas ou salada de frutas								87.frutas	
73	Feijão								88.feijão	
74	Leite ou iogurte								89.leite	
75	Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.).								90.batata	
76	Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.).								91.embutidos	
77	Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote.								92.salgadinhos	
78	Bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas, chocolates (barra ou bombom). Não considerar diet.								93.doces	
79	Refrigerantes (não considerar os diet ou light).								94.refri	

Nome completo de quem coletou as informações:

Assinatura:

APÊNDICE B – Termo de Consentimento livre e esclarecido

VERSÃO03_TCLE_DEZ2016

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, *Paula Parisi Hodniki*, aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, gostaria de convidar o(a) Sr(a) para participar da pesquisa “Percepção do ambiente para a prática de atividade física de lazer e de deslocamento pelas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis do município de Ribeirão Preto – SP”, tendo por objetivo analisar a percepção do ambiente para a prática de atividade física de lazer e caminhada como forma de deslocamento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis da cidade de Ribeirão Preto - SP, sob orientação da Profª Carla Regina de Souza Teixeira.

Sua participação será importante para formação do conhecimento para melhoria do entendimento dos fatores sobre o ambiente físico e social para a prática de atividade física das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Serão realizadas perguntas em forma de entrevista, poderá haver o risco do participante não se sentir confortável com as perguntas e não queira ou não saiba respondê-las, então podemos encerrar as entrevistas, caso seja necessário. Abaixo descrevemos o procedimento da coleta de dados, ela acontecerá da seguinte forma: o(a) Sr(a) será entrevistado na unidade de saúde em que tem acompanhamento médico para responder um questionário que será realizado através de uma entrevista que poderá durar cerca de 45 minutos.

- () Distrito Oeste (UBDS “Joel Domingos Machado” – Sumarezinho)
- () Distrito Central (UBDS “Dr João Baptista Quartin” – Central)
- () Distrito Sul (UBDS “Dr Marco Antônio Sahão” – Vila Virgínia)
- () Distrito Norte (UBDS “Dr. Sérgio Arouca” Distrital Norte)
- () Distrito Leste (UBDS “Dr Ítalo Baruffi” – Castelo Branco Novo)

Serão aplicados três questionários, que possuem questões sobre seus dados sociodemográficos, outro sobre seu nível de prática habitual de atividade física, e outro sobre sua percepção do ambiente (bairro) em que reside. Essa entrevista será feita em apenas um encontro.

Os resultados obtidos serão divulgados em publicações e eventos científicos relativos à área da saúde, porém haverá a garantia de anonimato dos participantes. Está garantido o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o desenvolvimento deste trabalho através do telefone 3315-3434 que funciona de segunda a sexta feira das 8 às 16

VERSÃO03_TCLE_DEZ2016

horas. O(a) Sr(a) têm liberdade de negar-se a participar, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo, por parte do pesquisador ou da instituição de saúde. Garantimos a indenização, conforme a legislação nacional.

Caso o(a) Sr(a) queira participar do estudo, peço que assine este documento, sendo que as duas vias também serão assinadas pela pesquisadora responsável. Após a assinatura de ambos, uma via ficará com a com o(a) Sr(a), com o número de telefone para dúvidas, com endereço e telefone de contato da pesquisadora responsável.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (CEP/EERP-USP) que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa, o telefone é 3315 9197, os horários de funcionamento são de segunda-feira à sexta-feira, das 8h às 17h, o endereço é na Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Paula Parisi Hodniki".

Paula Parisi Hodniki

Pesquisadora

Telefone: (16) 3315-3434

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus
Universitário - Bairro Monte Alegre
Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-
902

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Carla Regina de Souza Teixeira".

Carla Regina de Souza Teixeira

Coordenadora do Projeto

Telefone: (16) 3315-3434

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus
Universitário - Bairro Monte Alegre Ribeirão
Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902

ANEXO 1 – Ofício Comitê de Ética em Pesquisa

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Percepção do ambiente para a prática de atividade física de lazer e de deslocamento pelas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis do município de Ribeirão Preto - SP

Pesquisador: Paula Parisi Hodniki

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58548916.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.875.599

Apresentação do Projeto:

Trata-se da reapresentação do projeto para atender às recomendações deste CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras descrevem de forma mais clara os riscos e benefícios decorrentes da realização do estudo, explicitando o método de coleta de dados (entrevistas) que poderão ser interrompidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendeu às recomendações deste CEP quanto aos riscos/desconfortos e seu manejo, bem como as informações referentes ao Comitê.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende às recomendações da Resolução 466 de 2012.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@erp.usp.br

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 1.875.599

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_684431.pdf	05/12/2016 11:56:35		Aceito
Outros	Oficio_de_resposta_pendencias_CEP_DEZ2016.pdf	05/12/2016 11:55:16	Paula Parisi Hodniki	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao3_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_DEZ2016.pdf	05/12/2016 11:54:31	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DOUTORADO_PAULA_HODNIKI_10_08_2016_10h.pdf	10/08/2016 14:24:46	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_Atividades_do_Doutorado.pdf	10/08/2016 14:24:21	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Orçamento	Orcamento_Financeiro_Detalhado.pdf	10/08/2016 14:23:58	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_Encaminhamento.pdf	10/08/2016 11:17:17	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Outros	Oficio_SMS.pdf	03/08/2016 11:17:13	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.docx	03/08/2016 11:13:19	Paula Parisi Hodniki	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 20 de Dezembro de 2016

**Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)**

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@erp.usp.br

Anexo 2 – Ofício de Autorização da Secretaria de Saúde **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 2848-2016

DBSJ/dbsj

Ribeirão Preto, 14 de julho de 2016.

Senhor(a) Pesquisador(a),

Informo que os gerentes das unidades UBDS Central, UBDS Sumarezinho, UBDS Distrital Norte, UBDS Castelo Branco e UBDS Vila Virgínia manifestaram concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada nos referidos serviço da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: "Percepção do ambiente para a prática de atividade física de lazer e de deslocamento pelas pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis do município de Ribeirão Preto", sob a responsabilidade da pesquisadora PAULA PARISI HODNIKI (EERP-USP).

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ilustríssimo(a) Senhor(a)

Paula Parisi Hodniki**Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP**