

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

SUNÁLI BATISTEL SZCZEREPA

CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DE USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE, PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS

PONTA GROSSA
2024

SUNÁLI BATISTEL SZCZEREPA

CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DE USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE, PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de concentração em Atenção Interdisciplinar em Saúde, linha de pesquisa: Assistência integral à saúde e qualidade de vida.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Pollyanna Kassia de Oliveira Borges.

Coorientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Muller.

PONTA GROSSA
2024

S996 Szczerepa, Sunali Batistel

 Condições de saúde e nutrição de usuários da rede de atenção primária à saúde, portadores de doenças crônicas não transmissíveis / Sunali Batistel Szczerepa. Ponta Grossa, 2024.

 96 f.

 Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

 Orientadora: Profa. Dra. Pollyanna Kassia de Oliveira Borges.

 Coorientador: Prof. Dr. Erildo Vicente Muller.

 1. Unidade básica - saúde. 2. Obesidade. 3. Hipertensão. 4. Diabetes mellitus. 5. Consumo alimentar. I. Borges, Pollyanna Kassia de Oliveira. II. Muller, Erildo Vicente. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

CDD: 616.462

SUNÁLI BATISTEL SZCZEREPA

CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DE USUÁRIOS DA REDE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS

Dissertação apresentada para obtenção do
título de Mestre em Ciências da Saúde pela
Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Área de concentração em Atenção
Interdisciplinar em Saúde, linha de pesquisa:
Assistência integral à saúde e qualidade de
vida.

Ponta Grossa, 05 de fevereiro de 2025.

Documento assinado digitalmente
 POLLYANNA KASSIA DE OLIVEIRA BORGES
Data: 06/02/2025 10:34:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Pollyanna Kassia de Oliveira Borges -
Orientadora Doutora – Universidade Estadual de
Ponta Grossa-PR (UEPG)

Documento assinado digitalmente
 CLISIA MARA CARREIRA
Data: 16/02/2025 13:53:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Clisia Mara Carreira
Doutora – Universidade Estadual de Londrina-PR (UEL)

Documento assinado digitalmente
 EDUARDO BAUML CAMPAGNOLI
Data: 10/02/2025 08:43:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Eduardo Bauml Campagnoli
Doutor – Universidade Estadual de Ponta Grossa-PR (UEPG)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, agradeço infinitamente pela educação e valores recebidos, por me amarem incondicionalmente, sempre me apoiando na minha trajetória. A vocês que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho a alegria deste momento. Amo vocês!

Ao meu amado esposo, com quem eu sei que passarei por muitos e muitos momentos de felicidade como essa. Grata pela paciência, pelo apoio irrestrito, e por sempre estar ao meu lado acreditando no meu potencial. Amo você!

A minha querida orientadora, Dr^a. Pollyanna Kassia de Oliveira Borges, pela pessoa e profissional que é. Obrigada pela sua dedicação e contribuição na orientação deste trabalho, por sempre ter acreditado e depositado sua confiança em mim. Sem sua orientação, apoio, confiança e amizade, nada disso seria possível.

Ao Projeto Capacita Doenças Crônicas, pela oportunidade de realizar esta pesquisa, dentre muitas outras, que foram e/ou que estão sendo desenvolvidas e também pela disponibilização de bolsista, para auxiliar na minha coleta de dados. Assim, estendo os agradecimentos também, ao nutricionista Diego Antônio Luiz Teodoro.

Aos meus professores do mestrado – em especial ao Prof. Dr. Eduardo Bauml Campagnoli e a Prof. Ms. Karina Regalio Campagnoli. Cada um trouxe contribuições não apenas para este trabalho, mas para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos professores membros da minha banca, Prof. Dra. Clísia Mara Carreira e mais uma vez, Prof. Dr. Eduardo Bauml Campagnoli. Suas contribuições foram muito importantes para o trabalho final.

Ao meu querido irmão, Sérgio, pelas contribuições valiosas na correção de ortografia e gramática desta dissertação.

À Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Ponta Grossa, pela liberação para que eu pudesse cumprir esta etapa como aluna regular do Mestrado.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde pública que demandam muito dos serviços de saúde e impactam na qualidade de vida das pessoas. O objetivo deste trabalho foi realizar um diagnóstico situacional de saúde e nutrição de usuários da rede de atenção primária à saúde (APS), com DCNT, participantes do Projeto Capacita Doenças Crônicas, em Ponta Grossa, Paraná. Estudo epidemiológico, transversal, observacional e descritivo, desenvolvido com 280 usuários, >18 anos, de 8 unidades básicas de saúde (UBS) de diferentes regiões da cidade (incluindo zona rural), em que foram selecionados 35 usuários de cada UBS, portadores de uma ou mais das três DCNT selecionadas para o estudo: obesidade, diabetes mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS). Foram coletados dados socioeconômicos e demográficos, história pregressa de saúde, peso, altura, consumo de medicamentos e frequência alimentar. Foi verificada associação entre o consumo alimentar e variáveis socioeconômicas, demográficas e de condição de saúde. A maioria dos usuários eram mulheres (74,30%), os brancos foram mais frequentes (75,70%) e a idade média foi de 59,8 anos. A maioria dos usuários era casado (53,93%) e aposentado (38,57%). A escolaridade mais frequente foi o ensino fundamental (61,80%) e a renda, a de 1-3 salários-mínimos (58,90%). Quanto às doenças apresentadas, 86,80% dos usuários tinham HAS, 56,80% obesidade e 42,50% DM. Além disso, 63,21% apresentavam multimorbidade, 75,71% tinham outras doenças e 97,50% citaram o consumo de medicamentos, com 27,57% em polifarmácia. A prevalência de tabagismo foi de 9,30% e 13,21% dos usuários consumiam bebida alcoólica. Os alimentos de maior consumo (em escore médio) foram os *in natura* ou minimamente processados ($2,9 \pm 1,1$), seguidos dos ingredientes culinários ($2,8 \pm 1,7$), dos alimentos processados ($2,2 \pm 0,9$) e, por fim, dos alimentos ultraprocessados ($1,8 \pm 0,9$). A escolaridade, a localização de moradia e a presença de DM foram as variáveis com maior quantidade de alimentos ou grupos de alimentos com diferenças estatisticamente significativas na frequência alimentar. O diagnóstico situacional de saúde aponta para usuários portadores de multimorbidade, em polifarmácia e com índice de massa corporal inadequado. Embora os alimentos *in natura* ou minimamente processados sejam a base da alimentação dos usuários, ainda é frequente a ingestão de alimentos ultraprocessados, que sofre influência, principalmente, da escolaridade e localização de moradia. Já a presença da doença crônica DM foi associada a melhor frequência alimentar (menor consumo de alimentos ultraprocessados). Os melhores resultados encontrados em relação a frequência alimentar, em comparação aos inquéritos nacionais, podem ter sido decorrentes da pesquisa ter envolvido apenas usuários com DCNT e já acompanhados por equipes da APS.

Palavras-chave: Unidade básica de saúde, Obesidade, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Consumo Alimentar.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases (NCDs) are a public health problem that places high demands on health services and impacts people's quality of life. The objective of this study was to perform a situational diagnosis of the health and nutrition of users of the primary health care (PHC) network with NCDs, participating in the Capacita Doenças Crônicas Project, in Ponta Grossa, Paraná. This is an epidemiological, cross-sectional, observational and descriptive study, developed with 280 users, >18 years old, from 8 basic health units (BHU) in different regions of the city (including rural areas), in which 35 users from each BHU were selected, with one or more of the three NCDs selected for the study: obesity, diabetes mellitus (DM) and/or systemic arterial hypertension (SAH). Socioeconomic and demographic data, previous health history, weight, height, medication consumption and food frequency were collected. An association was found between food consumption and socioeconomic, demographic and health condition variables. Most users were women (74.30%), whites were more frequent (75.70%) and the average age was 59.8 years. Most users were married (53.93%) and retired (38.57%). The most frequent level of education was elementary school (61.80%) and income was 1-3 minimum wages (58.90%). Regarding the diseases presented, 86.80% of users had SAD, 56.80% obesity and 42.50% DM. In addition, 63.21% had multimorbidity, 75.71% had other diseases and 97.50% mentioned medication consumption, with 27.57% in polypharmacy. The prevalence of smoking was 9.30% and 13.21% of users consumed alcoholic beverages. The most consumed foods (in average score) were natural or minimally processed foods (2.9 ± 1.1), followed by culinary ingredients (2.8 ± 1.7), processed foods (2.2 ± 0.9) and, finally, ultra-processed foods (1.8 ± 0.9). Education, housing situation and presence of DM were the variables with the highest quantity of foods or food groups with statistically significant differences in food frequency. The situational health diagnosis points to users with multimorbidity, polypharmacy and an inadequate body mass index. Although natural or minimally processed foods are the basis of the users' diet, the ingestion of ultra-processed foods is still frequent, which is influenced mainly by education and housing situation. The presence of chronic DM was associated with better eating frequency (lower consumption of ultra-processed foods). The best results found in relation to food frequency, in comparison to national surveys, may have been due to the research having involved only users with NCDs and already monitored by PHC teams.

Keywords: Health Centers, Obesity, Hypertension, Diabetes Mellitus, Eating.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Presença de outras doenças em usuários da rede de APS com DCNT, em Ponta Grossa – PR, conforme CID 11/OMS.....	35
Gráfico 2 –	Consumo de medicamentos por usuários da rede de APS com DCNT, em Ponta Grossa – PR, segundo ATC/OMS.....	36
Quadro 1 –	Distribuição dos alimentos estudados, conforme os 4 grupos do Guia Alimentar para a População Brasileira.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Condições socioeconômicas e demográficas de usuários da rede de APS com DCNT, em Ponta Grossa – PR.....	32
Tabela 2 –	Condição de saúde de usuários da rede de APS com DCNT, em Ponta Grossa – PR.....	34
Tabela 3 –	Índice de massa corporal (IMC) de usuários da rede de APS com DCNT, em Ponta Grossa – PR.....	36
Tabela 4 –	Razão de prevalência de DCNT em usuários da rede de APS, em Ponta Grossa – PR, de acordo com dados socioeconômicos e demográficos.....	37
Tabela 5 –	Tabela 5 – Média de consumo alimentar, em escore, de usuários da rede de APS com DCNT, em Ponta Grossa – PR.....	38
Tabela 6 –	Média (desvio padrão) em escore de consumo alimentar de usuários da rede de APS com DCNT, em Ponta Grossa – PR, de acordo com as variáveis socioeconômicas.....	42
Tabela 7 –	Média (desvio padrão) em escore de consumo alimentar de usuários da rede de APS com DCNT, em Ponta Grossa – PR, de acordo com as variáveis demográficas.....	44
Tabela 8 –	Média (desvio padrão) em escore de consumo alimentar de usuários da rede de APS com DCNT, em Ponta Grossa – PR, de acordo com a condição de saúde (número de doenças crônicas, estado nutricional e polifarmácia)	46
Tabela 9 –	Média (desvio padrão) em escore de consumo alimentar de usuários da rede de APS com DCNT, em Ponta Grossa – PR, de acordo com a condição de saúde (doenças estudadas pelo Capacita Doenças Crônicas)	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIN	Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados
AP	Alimentos processados
APS	Atenção primária à saúde
AUP	Alimentos ultraprocessados
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
eMulti	Equipe Multidisciplinar
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IC	Ingredientes culinários
IMC	Índice de Massa Corporal
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PA	Pressão arterial
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Razão de prevalência
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO PESSOAL	10
2 INTRODUÇÃO	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
4 JUSTIFICATIVA.....	21
5 OBJETIVOS.....	23
5.1 OBJETIVO GERAL	23
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
6 MATERIAL E MÉTODOS	24
6.1 TIPO DE ESTUDO	24
6.2 TERRITÓRIO ESTUDADO	24
6.3 POPULAÇÃO	24
6.4 AMOSTRAGEM	25
6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
6.6 COLETA DE DADOS	27
6.7 VARIÁVEIS	28
6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	30
6.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
7 RESULTADOS.....	32
8 DISCUSSÃO	50
9 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE A - TABELA 6 COMPLETA	76
APÊNDICE B - TABELA 7 COMPLETA	79
APÊNDICE C - TABELA 8 COMPLETA	82
APÊNDICE D - TABELA 9 COMPLETA	85
ANEXO A - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO, SOCIODEMOGRÁFICO,.....	88
HISTÓRICO DE SAÚDE PESSOAL E FAMILIAR E DADOS ANTROPOMÉTRICOS	88
ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR.....	91
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	95

1 APRESENTAÇÃO PESSOAL

Sou nutricionista, formada pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais, em 2008, e pós-graduada em Gestão da Qualidade e Segurança Alimentar, em 2012. Iniciei minha carreira atuando no Banco de Alimentos do Serviço de Obras Sociais de Ponta Grossa-PR, em 2009. Já em 2012, ingressei na carreira docente no Ensino Superior, e em 2015, na carreira pública, no município de Ponta Grossa-PR. Trabalhei em hospital geral e infantil, Banco de Leite, Lactário e Unidade de Pronto Atendimento. Atualmente, desenvolvo atividades nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e atuo como tutora de um curso de Nutrição semipresencial.

O que me levou à busca pelo mestrado acadêmico foi o fato de que a vivência e atuação em vários meios multiprofissionais, aliados à carreira docente, sempre me estimularam a querer continuar estudando, buscar o constante aperfeiçoamento, novos aprendizados e, além de tudo, desafios. Assim, busco com o mestrado subir mais um degrau em rumo ao meu objetivo maior, que é atuar como docente de forma permanente e exclusiva.

Fui inserida na temática de pesquisa em Atenção Primária à Saúde (APS) durante a entrevista de seleção para o mestrado, na qual um dos professores membros da banca me apresentou o projeto Capacita Doenças Crônicas, ofertando-me a oportunidade de realizar uma pesquisa na área. Confesso que, como nunca atuei na APS, foi um enorme aprendizado e desafio constante o desenvolvimento de uma pesquisa nesta área. Durante os meses de coleta de dados, observei parte da rotina de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), convivi com os usuários e conheci sua realidade. Percebi que ainda existem desafios para que a rede de APS consiga atingir os seus objetivos, mas que, ao mesmo tempo, ela desempenha papel importante na vida da população, visto ser a principal porta de entrada e centro articulador do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), essencial para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Encerro esta apresentação explanando o quanto sou grata pela oportunidade de cursar um programa de pós-graduação *Stricto Sensu* de uma Instituição de Ensino Superior Pública. Sou a primeira da minha família a ter esta chance. Espero que ela me abra novas oportunidades e que seja mais uma etapa concluída com êxito para um dia alcançar o sonhado “DOUTORADO”.

2 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são hoje um grave problema de saúde pública, pois representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil e no mundo, responsável por quase 74% das mortes ocorridas globalmente em 2019 (WHO, 2022) e 54,7% das mortes no Brasil em 2019 (Brasil, 2021a). Também são responsáveis por grande número de internações, amputações e perdas de mobilidade, o que leva à redução significativa da qualidade de vida (Brasil, 2013).

A prevenção e controle dessas doenças são desafios a serem enfrentados, envolvendo recursos financeiros para o tratamento e minimização das incapacidades, além das despesas com absenteísmo, aposentadorias e mortes da população economicamente ativa (Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021; WHO, 2023).

Entre as principais DCNT, tem-se a obesidade, que, segundo dados públicos do Sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan), apresentava uma prevalência nacional de 31,88% no ano de 2022 (Brasil, 2022). Já segundo dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) do ano de 2023, a frequência de obesidade foi de 24,3% (Brasil, 2023), superior ao valor do último Vigitel, de 2021 (Brasil, 2021). No que se refere a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), outras DCNT de grande impacto na saúde da população, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), apontou que no ano de 2019, 23,9% e 7,7% da população apresentava, respectivamente, estas doenças (Brasil, 2020). Já segundo dados do Vigitel do ano de 2023, a frequência de HAS e DM foi, respectivamente de 27,9% e 10,2% (Brasil, 2023), superiores também aos valores do último Vigitel, de 2021 (Brasil, 2021).

Os indicadores de prevalência apontam para o crescimento das DCNT no país, sendo essencial a adoção de medidas preventivas e políticas públicas para melhorar o perfil de saúde da população (Silvani *et al.*, 2018). Nesse sentido, é importante a adoção de práticas alimentares mais saudáveis, conforme apresenta o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014b), por meio de um conjunto abrangente de estratégias para desencorajar o consumo de alimentos ultraprocessados e tornar os alimentos *in natura* ou minimamente processados (que devem se constituir como a base da alimentação) mais acessíveis, disponíveis e atraentes (Nardocci; Polsky; Moubarac, 2021).

Além disso, segundo a Resolução nº 588 de 2018, do Conselho Nacional de

Saúde (CNS), fazem parte das estratégias de enfrentamento das DCNT as ações de vigilância em saúde, que incluem o monitoramento do progresso e das tendências das doenças, bem como de seus fatores de risco. Estas ações devem estar inseridas em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) (CNS, 2018).

Dentre as ações de enfrentamento às DCNT, estão os projetos no nível municipal e estadual apoiados pelo governo federal, como o Formação de gestores e profissionais de saúde da APS do estado do Paraná no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, nomeado como Capacita Doenças Crônicas. Proposto em 2020 pela Universidade Estadual de Londrina e conduzido em parceria com as universidades estaduais de Ponta Grossa e Maringá, o projeto interdisciplinar visa capacitar gestores e profissionais da saúde de nível superior de equipes da APS a identificar, intervir e realizar a reorientação do processo de trabalho, a gestão e o monitoramento das ações voltadas à prevenção dos fatores de risco, e o tratamento da obesidade, DM e HAS. Além disso, o projeto visa realizar o diagnóstico situacional inicial dos usuários atendidos nas UBS participante do projeto (Capacita DCNT, 2020).

Assim, frente à necessidade de ações de enfrentamento às DCNT, que incluem a sua vigilância contínua e o atendimento de um dos objetivos específicos do projeto Capacita Doenças Crônicas, o objetivo do presente estudo foi realizar o diagnóstico situacional de saúde e nutrição de usuários da rede de APS, com DCNT.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são definidas conforme a Portaria nº 483 de 2014, do Ministério da Saúde, como aquelas “que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura” (Brasil, 2014a). As DCNT apresentam origem não infecciosa (Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021) e “curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades” (Brasil, 2013, p. 5).

Além disso, as DCNT são resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos ou metabólicos, ambientais e comportamentais. Entre os fatores fisiológicos estão a pressão arterial elevada, o sobrepeso/obesidade, a hiperglicemia e a hiperlipidemia. Já o fator ambiental de maior impacto nas DCNT é a poluição atmosférica, e dentre os fatores comportamentais se destacam a dieta não saudável, a inatividade física, a exposição ao tabaco e o uso abusivo do álcool (WHO, 2023).

As condições crônicas estão normalmente associadas aos grupos etários mais velhos e tendem a apresentar maior prevalência entre as mulheres (Brasil, 2023; Melo *et al.* 2019; Silva *et al.*, 2023). Isso ocorre devido ao fato de o envelhecimento estar associado a alterações na composição corporal, incluindo aumento da gordura corporal e perda de massa muscular (Al-Sofiani; Ganji; Kalyani, 2019).

Cabe destacar que embora as mulheres sejam as mais acometidas pelas DCNT, a mortalidade por estas doenças atinge mais os homens, sendo 40% a mais por doenças cardiovasculares e 30% a mais por cânceres. A explicação é que os homens procuram menos os serviços de atenção primária para ações de prevenção e acompanhamento das condições clínicas, acessando, assim, a atenção especializada já em estado mais grave (Brasil, 2022).

Embora as DCNT atinjam todas as camadas socioeconômicas, sua incidência é maior entre os indivíduos com menor escolaridade e renda (Abadde, 2021; Malta *et al.*, 2019; Melo *et al.*, 2019). Dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), do ano de 2023, apontaram que as frequências tanto da hipertensão arterial sistêmica (HAS), quanto do diabetes mellitus (DM) e da obesidade diminuíram com o aumento da escolaridade (Brasil, 2023).

Brasil (2021, p. 5) explica que a prevalência das DCNT sofre ainda forte impacto dos determinantes sociais que envolvem o acesso a “bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde”. Esses determinantes sociais, quando somados aos fatores de risco e efeitos das crises econômicas e políticas, contribuem ainda mais para o aumento das suas taxas de incidência (Lima; Velasco; Santos, 2022).

As principais DCNT são as doenças do aparelho circulatório (como a HAS, o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio; as neoplasias ou câncer; as doenças respiratórias crônicas (como a doença pulmonar obstrutiva crônica e a asma) e o DM (Barroso *et al.*, 2021; Mambrini *et al.*, 2023; WHO, 2023). Além destas, diversos autores apresentam a obesidade também como uma doença crônica, visto suas implicações à saúde pública como fator de risco para outras DCNT (Abadde, 2021; Lucas; Favoretto; Bondezan, 2023; Melo *et al.*, 2020).

No contexto geral do Brasil, as doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar nas causas de óbitos (29,7%), seguidas das neoplasias (16,8%), das doenças respiratórias crônicas (5,9%) e do DM (5,1%), sendo que estas 4 doenças juntas representam 85% dos óbitos por DCNT no país (Malta *et al.*, 2019). De modo semelhante, as doenças do aparelho circulatório são as mais prevalentes também no estado do Paraná, com uma taxa de mortalidade de 133,9 mortes a cada 10.000 habitantes (Paraná, 2023).

Entre as doenças do aparelho circulatório, está a HAS, principal fator de risco para as doenças cardiometabólicas (Mambrini *et al.*, 2023). De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2020), a HAS se define como “uma condição multifatorial [...], caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva” (Barroso *et al.*, 2021, p. 528). A HAS normalmente coexiste com outras doenças crônicas, como o diabetes e a obesidade, apresentando complicações variadas, que incluem: insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, doença renal crônica e acidente vascular cerebral (Lauder *et al.*, 2023).

O DM, por sua vez, é definido como um distúrbio metabólico caracterizado pela presença de hiperglicemia (WHO, 2019). Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a classificação da doença é baseada na sua etiopatogenia: o diabetes tipo 1, o diabetes tipo 2, o diabetes gestacional e os outros tipos de diabetes (Rodacki *et al.*, 2023). As complicações do DM incluem, a longo prazo: retinopatia, nefropatia e neuropatia, além de maior risco de desenvolvimento de doenças cardíacas e arteriais periféricas, cerebrovasculares, obesidade, catarata e infecções (WHO, 2019).

A obesidade, também considerada uma doença crônica multifatorial e progressiva (Abadde, 2021), é definida pela WHO (2000) como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, que pode trazer prejuízos à saúde. Para ser considerada obesa, uma pessoa adulta deve apresentar Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30 kg/m². As complicações associadas à obesidade incluem a elevação do risco da morbidade e mortalidade de outras doenças crônicas, além de dislipidemias, aterosclerose, câncer, problemas ortopédicos, apneia do sono e redução da fertilidade (Abadde, 2021; Lucas; Favoretto; Bondezan, 2023).

Além dos impactos diretos na saúde, as DCNT também estão associadas a enorme carga econômica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nilson *et al.* (2019) mostraram que os valores gastos alcançaram 3,45 bilhões de reais em 2018, sendo 59% referentes ao tratamento da hipertensão, 30% ao do DM e 11% ao da obesidade.

Diante dessa realidade, o governo brasileiro elaborou, através do Ministério da Saúde, em 2011, a primeira versão do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT. Para a construção deste documento o governo “contou com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa, diversos ministérios, membros de organizações não governamentais da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros” (Brasil, 2011, p. 8). Este plano visava “promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco”, com metas para alcance entre 2011 e 2022 (Brasil, 2013, p. 9).

A versão atual do plano é do ano de 2021 e prevê metas até 2030, organizadas em 3 partes: parte 1 - cinco indicadores e metas para as DCNT; parte 2 - dez indicadores e metas para os fatores de risco para as DCNT; e parte 3 - oito

indicadores e metas para agravos (acidentes e violências). Entre as metas para as DCNT estão: “reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT” e “em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT”. Por sua vez, para os fatores de risco das DCNT, estão: “deter o crescimento da obesidade em adultos”; “aumentar em 30% a prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças”, “reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados”, “reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas” e “reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%” (Brasil, 2021a, p. 66 - 72).

Para o alcance destas metas e indicadores, em linhas gerais, o plano prevê que o cuidado aos portadores dessas doenças deve se dar de maneira integral, o que só é possível se for organizado em estrutura de rede, a chamada Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2011). O Brasil tem orientado a organização da Rede de Atenção às Condições Crônicas, pela Portaria nº 483 de 2014, do Ministério da Saúde (Brasil, 2014a), e sugerido o uso do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes (2018).

Este modelo de atendimento é construído em três colunas: na primeira está a população geral, estratificada em subpopulações conforme os riscos a que estão expostos; na segunda coluna, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde (intermediários, proximais e individuais); por fim, na terceira coluna, estão os níveis das intervenções de saúde, que são: os de promoção (nível 1), os preventivos (nível 2) e os de gestão clínica sobre as condições crônicas (níveis 3, 4 e 5) (Mendes, 2018). Na prática, para a população usuária da RAS, o modelo estrutura-se por meio de um ciclo de atendimento, existindo vários níveis de atenção, sendo: o primário (APS), o secundário (serviços de atendimento com especialistas, por exemplo) e o terciário (cuidado hospitalar).

Giovanella e Mendonça (2012, p. 576) explicam que a APS é “a atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde [...], direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população” e que deve estar articulada com os demais níveis de atenção (Bulgarelli *et al.*, 2018; Sousa *et al.*, 2011).

A APS conta com os estabelecimentos chamados de unidades básicas de saúde (UBS), locais em que se desenvolvem as ações da APS e da Estratégia Saúde

da Família (ESF), modelo assistencial da atenção primária brasileiro, que apresenta equipe constituída minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (Brasil, 2017).

Mas além de cuidados profissionais na APS, o tratamento de uma doença crônica requer, ações paralelas por parte dos pacientes, como praticar atividade física regular, usar corretamente os medicamentos prescritos e seguir uma dieta saudável (Hessler *et al.*, 2019). A alimentação adequada, é importante no gerenciamento de uma condição crônica, visto que o alto consumo de sódio, gordura e açúcares e o baixo consumo de frutas, cereais integrais e vegetais contribuem para o aparecimento das DCNT (Amaral *et al.*, 2022). Por outro lado, uma dieta mais saudável está associada a proteção contra ganho de peso e adiposidade central, menor índice de massa corporal (IMC) e menor circunferência da cintura (Costa e Silva *et al.*, 2021).

Nesse sentido, em 2014, foi proposto, pelo Ministério da Saúde, um novo Guia Alimentar para a População Brasileira. O guia se caracteriza como uma importante estratégia de enfrentamento às DCNT, pois é uma das ferramentas para implementação de uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a de promoção da alimentação saudável (Brasil, 2014b).

Em linhas gerais, o guia apresenta recomendações para a escolha adequada dos alimentos, que passaram a ser categorizados em 4 grupos, conforme o tipo de processamento utilizado durante a sua produção, sendo: alimentos *in natura* ou minimamente processados (AIN), ingredientes culinários (IC), alimentos processados (AP) e alimentos ultraprocessados (AUP). Este sistema é denominado de classificação NOVA (Barbosa *et al.*, 2022; Mambrini *et al.*, 2023).

O primeiro grupo inclui os alimentos *in natura* ou minimamente processados, “obtidos diretamente de plantas ou de animais [...] sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza”. Como exemplos, têm-se os vegetais em geral e oleaginosas. Já os alimentos minimamente processados, são também *in natura*, mas que “foram submetidos a alterações mínimas”, como secagem, empacotamento e pasteurização. Como exemplos, têm-se os flocos de cereais não adoçados e o leite. O segundo grupo inclui os IC, “produtos extraídos de alimentos *in natura* [...] para temperar e cozinhar alimentos”. Como exemplos, tem-se o sal, açúcar, óleo e gorduras (Brasil, 2014b, p. 25 - 26).

O terceiro grupo inclui os AP, que contam “com a adição de sal ou açúcar a um alimento *in natura* ou minimamente processado” (Brasil, 2014b, p. 26). Como exemplos, têm-se os vegetais em conserva, queijos e pães. O quarto grupo inclui os AUP, que são formulações industriais, prontas para consumo ou aquecimento, feitas a partir de substâncias e aditivos alimentares, utilizados para aumentar a palatabilidade e prazo de validade. Como exemplos, tem-se bebidas carbonatadas, sucos adoçados, pães industrializados, bolos, doces e sorvetes, iogurtes adoçados e aromatizados e margarina (Brasil, 2014b; Nardocci; Polsky; Moubarac, 2021).

O guia proposto acima explica, resumidamente, que a base da alimentação deve ser a partir dos AIN e que os IC devem ser utilizados com moderação no preparo de refeições. Já os AP devem ter o consumo limitado, sendo consumidos como parte integrante de uma refeição baseada nos AIN e os AUP devem ser evitados ao máximo (Brasil, 2014b).

Estas orientações são importantes, visto o aumento da disponibilidade e conveniência de consumo dos AP e AUP. De acordo com várias literaturas, o consumo desses alimentos se constitui como fator de risco para o desenvolvimento de dislipidemia, doenças cardiovasculares, DM e obesidade na população adulta e idosa (Barbosa *et al.*, 2022; Mambrini *et al.*, 2023; Nardocci; Polsky; Moubarac, 2021; Vitale *et al.*, 2024). Os AUP apresentam baixa qualidade nutricional devido ao alto teor energético e de gordura, sal e açúcar, além de baixo conteúdo de fibras, proteínas e micronutrientes. Além disso, geram resposta glicêmica maior do que os AIN, e normalmente vêm em porções grandes, favorecendo o seu consumo excessivo (Mambrini *et al.*, 2023; Vitale *et al.*, 2024).

Mas além das ações preventivas, como a adoção de práticas alimentares mais saudáveis, também fazem parte das estratégias de enfrentamento das DCNT, as ações de vigilância em saúde. De acordo com a Resolução nº 588 de 2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), a vigilância em saúde é um “processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde [...]” (CNS, 2018). A vigilância em saúde “reúne um conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população” (Brasil, 2019).

O monitoramento do progresso e das tendências das doenças, bem como de

seus fatores de risco, é fundamental para subsidiar o planejamento de políticas e programas mais eficazes, além de prioridades de prevenção e controle das DCNT (WHO, 2023). Assim, o planejamento e implementação de medidas como “regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde”, devem perpassar todos os níveis de atenção à saúde, das três esferas de gestão do SUS. Haja visto também a necessidade de transversalidade das ações para o alcance da integralidade na atenção, a vigilância em saúde deve ser inserida em “todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS” (CNS, 2018).

Com relação às ferramentas utilizadas para a vigilância em saúde no Brasil, elas incluem a utilização de dados secundários de sistemas de informação à saúde e dados primários de inquéritos nacionais de saúde. No que se refere aos dados secundários, tem-se o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), que apresenta diagnósticos e gastos com internações hospitalares e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que trata das informações sobre óbitos (Stopa *et al.*, 2022).

No que se diz respeito aos dados primários, tem-se 2 principais: o Vigitel, que retrata as “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” (Brasil, 2023); e a PNS, inquérito de saúde de base domiciliar, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”, que retrata a “percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal” (Brasil, 2020).

Os dados do Vigitel de 2023, apontam que a frequência do consumo regular de frutas e hortaliças foi de 31,9% (considerando como regular o consumo em 5 dias ou mais por semana). Já a frequência de adultos que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças por dia foi de apenas 21,4%. Por sua vez, a frequência do consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana foi de 58,6% e o consumo de refrigerante foi de 14,9% (Brasil, 2023).

Já os dados da PNS, sendo a última realizada em 2019, mostram que o consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de apenas 13% entre adultos. Já o consumo de feijão (em cinco ou mais dias por semana) foi de 68,3% e o consumo de peixe (pelo menos 1 vez por semana) foi de 46,6%. Por sua vez, o consumo de refrigerantes (em cinco ou mais dias da semana) foi de 9,2% e o consumo de doces

em geral (bolo, gelatina, balas etc., na mesma frequência) foi de 14,8%. Por fim, o consumo de AUP diversos (bolachas, salgadinhos, iogurte com sabor etc., sendo 5 ou mais alimentos no dia anterior a pesquisa), foi de 14,3% (Brasil, 2020).

É importante destacar que tanto o Vigitel quanto a PNS são estudos de base populacional, que analisam o consumo alimentar da população em geral. Assim, na tentativa de alavancar, cada vez mais, as ações de enfrentamento das DCNT e a vigilância em saúde no nível municipal, ou seja, na APS, o Ministério da Saúde vem apoiando projetos propostos pelas universidades. As instituições de ensino, com o conhecimento ali desenvolvido, podem unir saberes com os serviços de saúde e, assim, ofertar, testar e implementar estratégias cientificamente comprovadas e que mostrem sua efetividade (Capacita DCNT, 2020).

Entre os projetos apoiados está o Capacita Doenças Crônicas, proposto em 2020 pela Universidade Estadual de Londrina e conduzido em parceria com as universidades estaduais de Ponta Grossa e Maringá. Ele foi contemplado na chamada pública nº 28/2020 do CNPQ/MS/SAPS/DEPROS e consiste em um projeto interdisciplinar integrado envolvendo o ensino, a pesquisa e a extensão (Capacita DCNT, 2020).

Seu objetivo principal é capacitar gestores e profissionais da saúde de nível superior da APS a identificar, intervir e realizar a reorientação do processo de trabalho, a gestão e o monitoramento das ações voltadas à prevenção dos fatores de risco, e o tratamento da obesidade, DM e HAS. Além disso, tem como objetivos específicos, entre outros: realizar levantamento de prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, DM e HAS) entre os usuários atendidos pelo projeto, e identificar necessidades específicas em relação à prevenção e tratamento das DCNT (Capacita DCNT, 2020).

4 JUSTIFICATIVA

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) cita que é de extrema importância conhecer o perfil do usuário da rede de Atenção Primária à Saúde (APS). Esse conhecimento é essencial para que se possa romper com o sistema de gestão baseado na oferta, quando o elemento essencial na APS deve ser a gestão baseada nas reais necessidades de saúde da população (Brasil, 2015).

Porém, no Brasil, um desafio que ainda precisa ser enfrentado “é a obtenção de informações fidedignas sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco no âmbito dos Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Stopa *et al.*, 2022, p. 3). Da mesma forma, os dados referentes ao estado nutricional, do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan¹), podem não refletir as realidades locais, pois de acordo com a portaria nº 2.246 de 18 de outubro de 2004, do Ministério da Saúde, que o instituiu, os municípios têm a obrigatoriedade de realizar apenas “o acompanhamento e a avaliação do estado nutricional de famílias beneficiárias de programas sociais” (Brasil, 2004).

Outro dado importante para o monitoramento dos fatores de risco e estabelecimento de estratégias de prevenção e tratamento das DCNT, são os estudos epidemiológicos do consumo alimentar (Keyzer *et al.*, 2013). Embora existam pesquisas de base populacional, como as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), estas podem não refletir a realidade dos diferentes municípios. Caso existissem pesquisas locais, os dados seriam relevantes para o desenvolvimento de estratégias e alternativas de intervenções na rede de APS para melhorar a qualidade e otimizar os serviços ofertados, assim como impactar positivamente na transformação do cenário de saúde no longo prazo (Barbosa *et al.*, 2022; Parode, 2022).

Estas pesquisas sobre o consumo alimentar da população, fazem parte das estratégias de enfrentamento às DCNT, que englobam também a sua vigilância contínua, conforme a Resolução nº 588 de 2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2018). No entanto, apesar da importância de se investigar o consumo de

¹ SISVAN: sistema de informação gerido pelos municípios que tem como objetivo fornecer informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional da população atendida pela APS, assim como o diagnóstico precoce dos agravos nutricionais (Brasil, 2004).

alimentos e os fatores socioeconômicos e demográficos envolvidos, segundo Almeida *et al.* (2021) foram encontrados poucos estudos no Brasil que investigaram essa relação na APS entre usuários adultos e idosos.

Para Hungler *et al.* (2017) estes estudos serviriam como indicadores para o desenvolvimento de ações específicas para a promoção e proteção da saúde, pois sustentariam a tomada de decisões, além de impulsionarem a atitude de vigilância. Silva Junior *et al.* (2023, p. 1226) explicam que os estudos transversais, embora não estabeleçam relações de causa e efeito, são um dos métodos mais importantes para verificar dados populacionais, pois podem gerar hipóteses, além de “orientar futuras pesquisas longitudinais e/ou propostas de intervenção na comunidade”.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem apoiando projetos de caráter interdisciplinar, como o Capacita Doenças Crônicas. O projeto tem como um dos objetivos específicos realizar o diagnóstico situacional inicial de saúde e nutrição da população atendida nas UBS participantes do projeto. Este objetivo, assim, tornou-se a problemática e justificativa para a realização da presente pesquisa, que fornecerá embasamento para profissionais e gestores municipais na implementação e/ou melhoria de estratégias no enfrentamento das DCNT no território.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Realizar o diagnóstico situacional de saúde e nutrição de usuários da rede de APS, com DCNT.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a condição de saúde de usuários da rede de APS, com DCNT.

Identificar o perfil socioeconômico, demográfico e de consumo alimentar de usuários da rede de APS, com DCNT.

Comparar o consumo alimentar de usuários da rede de APS, com DCNT, segundo condições socioeconômicas, demográficas e condição de saúde.

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, transversal e de abordagem quantitativa.

A pesquisa integra o projeto intitulado “Formação de gestores e profissionais de saúde da APS do estado do Paraná no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: análise de efetividade a partir de abordagem quali-quantitativa”, conhecido como Capacita Doenças Crônicas.

O projeto foi contemplado na chamada pública nº 28/2020 do CNPQ/MS/SAPS/DEPROS e consiste em um trabalho integrado envolvendo o ensino, a pesquisa e a extensão das Universidades Estaduais de Londrina, Maringá e Ponta Grossa (Capacita DCNT, 2020).

6.2 TERRITÓRIO ESTUDADO

Ponta Grossa, cidade paranaense de médio porte, situada nos Campos Gerais, fica a uma distância de 117 Km da capital Curitiba (Ipardes, 2024). Sua população, conforme o último censo de 2022, é de 358.371 pessoas, a renda média dos trabalhadores formais é de 2,6 salários-mínimos e o seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do ano de 2010 é 0,763 (IBGE, 2023). O município conta com 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 77 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que compõem a Atenção Primária à Saúde (APS), com cobertura, em 2020, de 75,33% da população (Brasil, 2020a).

6.3 POPULAÇÃO

O público-alvo do estudo foi a população acima de 18 anos, portadora de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), residentes em Ponta Grossa-PR e usuária da rede de APS.

6.4 AMOSTRAGEM

Foram selecionadas para a pesquisa 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para a escolha, de acordo com a descrição constante no projeto de pesquisa Capacita Doenças Crônicas, foi dada preferência àquelas com critérios simultâneos de maior prevalência de obesidade do que o Estado do Paraná (34,92%). Não sendo possível, foi considerada a maior prevalência do que a média nacional (31,88%). Além disso, considerou-se o maior número de pessoas atendidas, a zona da cidade, com vistas a contemplar UBS de todas as regiões, incluindo obrigatoriamente uma da zona rural (Capacita DCNT, 2020).

Com base nestes critérios, as UBS escolhidas foram: 1. Unidade de Saúde Adam Polan (Palmeirinha); 2. Unidade de Saúde Agostinho Brenner (Maria Otília); 3. Unidade de Saúde Antero de Mello (Rio Verde); 4. Unidade de Saúde João de Oliveira Bello (Guaragi); 5. Unidade de Saúde Júlio de Azevedo (Vila Vilela); 6. Unidade de Saúde Roberto de Jesus Portela (Ronda); 7. Unidade de Saúde Rômulo Pazzinato (Nova Rússia); 8. Unidade de Saúde Zilda Arns (Nossa Senhora das Graças).

Após a escolha das UBS, foi determinado o critério de amostragem de usuários, de acordo com a descrição constante no projeto de pesquisa Capacita Doenças Crônicas, levando em consideração o menor valor significativo de *Odds Ratio* (OR)² encontrado por Martin-Rodrigues *et al.* (2015) para as variáveis hipertensão, diabetes tipo 2 e colesterol alto, que foi para esta última (1.67 [95% IC = 1.57-1.79]). Tomando essa medida conservativa para o cálculo do tamanho amostral, converteu-se esse valor de OR para a estatística *R*² (utilizada como tamanho de efeito das análises de regressão múltipla). Utilizando-se a ferramenta disponível no site <https://www.escale.site/>, obteve-se um valor de *R*² de 0,020 (Capacita DCNT, 2020).

Com o programa G*Power, partiu-se para o cálculo amostral, tendo-se por base esse valor da estatística *R*², pressupondo-se um poder médio ($1-\beta = 0,80$), um valor de $\alpha = 0,05$. Para demonstrar o efeito da intervenção nas variáveis preditas, quando existente, o tamanho amostral mínimo foi estipulado em 1064, que foi dividido proporcionalmente pelo tamanho das cidades, sendo Londrina 42,0% ($n = 447$), Ponta

² OR: definido como a razão de chances de um evento ocorrer, estimado pelo cálculo da razão entre o número de vezes que o evento de interesse ocorre pelo número de vezes que não ocorre entre grupos expostos e não expostos (Furcada; Patino; Ferreira, 2020).

Grossa 26,2% (n = 279) e Maringá 31,8% (n = 338) (Capacita DCNT, 2020).

Sendo o número de participantes da pesquisa 279 (arredondado para 280), em cada UBS foram entrevistados 35 usuários. Neste cálculo de amostra não foi utilizado percentual de perdas, uma vez que durante o período de coleta de dados, caso uma pessoa se recusasse a participar do estudo, uma nova era convidada. Assim se deu o processo, até atingir o número desejado de usuários (280).

O período de coleta de dados foi de agosto a novembro do ano de 2023. Os usuários foram selecionados por conveniência, e consecutivamente, entre aqueles que procuraram os serviços oferecidos nas 8 UBS e que aceitaram participar da pesquisa, durante o tempo de permanência dos pesquisadores nas UBS. A abordagem se deu em momentos variados, durante o horário de funcionamento das UBS, em diferentes turnos (manhã e tarde), sendo os locais a sala de espera para consultas e/ou coleta de exames e nos dias de reunião de grupos como o Hiperdia³.

6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão dos usuários na pesquisa foram: ter 18 anos ou mais, de ambos os sexos, possuir pelo menos uma das DCNT relacionadas ao estudo (obesidade, hipertensão arterial sistêmica – HAS ou diabetes mellitus - DM), ser atendido por uma equipe de APS participante do projeto, ter condições de responder aos questionários (sozinho e sem interferência de familiar ou cuidador) e aceitar participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: gestantes, uso de alimentação enteral por sonda e realização de cirurgia bariátrica recente (menos de 3 meses). As duas últimas situações impediam a aplicação do formulário de frequência alimentar.

³ Hiperdia: Programa criado em 2002 pelo Ministério da Saúde e que visa cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão e diabetes, além de realizar a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde destes indivíduos (Brasil, 2002).

6.6 COLETA DE DADOS

A estratégia escolhida para a coleta de dados foi a aplicação de dois formulários, que foi realizada por dois pesquisadores devidamente treinados.

O primeiro foi um formulário socioeconômico/demográfico e de histórico de saúde (ANEXO A), criado pelos pesquisadores do Projeto Capacita Doenças Crônicas e que continha perguntas de cunho socioeconômico (renda, escolaridade, número de filhos, recebimento de benefício governamental etc.), demográfico (cor de pele, idade, estado civil, profissão, etc.), histórico de saúde pessoal e familiar (presença de comorbidades autorreferidas e consumo de medicamentos autorreferidos), além de dados antropométricos (peso e altura) autorreferidos ou disponibilizados pela UBS (triagem) ou medidos pelos pesquisadores (quando o usuário não sabia relatar ou não havia dados de triagem disponíveis na UBS).

Para a aferição do peso dos usuários (naqueles em que foi realizado o procedimento de pesagem), foi utilizada balança digital de plataforma, da marca Bioland®, modelo EF915, com capacidade de 180kg e graduação de 100g. Para medir a altura (naqueles em que foi realizado o procedimento), foi utilizado estadiômetro portátil da marca Avanutri®, com medida de até 210 cm. A técnica de coleta de peso e altura foi a descrita por Brasil (2011) na norma técnica “Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde” do Ministério da Saúde.

O segundo formulário aplicado foi um inquérito alimentar⁴, em forma de Questionário de Frequência Alimentar (QFA) – adaptado do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa) no Brasil (MOLINA *et al.*, 2013), que teve por objetivo investigar a frequência de consumo de 55 alimentos/grupos de alimentos divididos em oito subgrupos, sendo: 1. Produtos lácteos; 2. Carnes, peixes e ovos; 3. Óleos e gorduras; 4. Pães, cereais e derivados; 5. Bolos, bolachas, sobremesas e doces; 6. Hortaliças, legumes e frutas; 7. Bebidas; 8. Comida rápida e molhos. Ao final da frequência também existia campo para escrever outros alimentos consumidos, não contemplados pelo formulário. A frequência de consumo apresentava várias opções

⁴ Inquérito alimentar ou dietético: instrumento de fácil aplicação e baixo custo, muito utilizado em estudos populacionais, a partir do qual se obtêm informações qualitativas ou quantitativas sobre a ingestão de alimentos, permitindo a classificação dos indivíduos de acordo com seus padrões alimentares (Camilo *et al.*, 2016).

de resposta, variando de: diária, semanal, quinzenal, mensal até nunca (ANEXO B).

6.7 VARIÁVEIS

As variáveis de interesse do estudo foram: peso, altura, histórico de doenças, consumo de medicamentos e frequência de consumo alimentar, além das demográficas (sexo, faixa etária e território – urbano ou rural), das socioeconômicas (renda, escolaridade e recebimento de benefício governamental) e de condição de saúde (estado nutricional, quantidade de comorbidades estudadas pelo projeto Capacita Doenças Crônicas, ausência ou presença de polifarmácia e ausência ou presença de cada uma das doenças estudadas pelo Capacita Doenças Crônicas).

A variável idade foi tabulada em apenas duas categorias (faixas etárias): adulto (18-59 anos) e idoso (60 anos ou mais), visto que um dos objetivos do estudo era comparar o estado de saúde e o consumo alimentar entre as duas faixas etárias. A categoria renda (inicialmente com 4 opções de escolha) foi tabulada em apenas 3 categorias: até 1 salário-mínimo; 1-3 salários mínimos e 4 ou mais salários mínimos.

A variável escolaridade, com 7 opções de resposta inicialmente, foi tabulada em três categorias: ensino fundamental (incompleto ou completo), equivalente a até 8 anos de estudo; ensino médio (incompleto ou completo), equivalente de 9 a 11 anos de estudo e ensino superior (incompleto ou completo), equivalente a 12 ou mais anos de estudo. Este critério para os anos de estudo seguiu o método proposto pelo estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (Brasil, 2023).

O peso e a altura foram utilizadas no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), mediante a fórmula: $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$, sendo os pontos de corte adotados para classificação dos usuários de 18 a 59 anos: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ – magreza; $IMC \geq 18,5$ e $24,99 \text{ kg/m}^2$ – eutrofia; $IMC \geq 25$ e $29,99 \text{ kg/m}^2$ – sobrepeso; $IMC \geq 30 \text{ kg}$ e $34,99 \text{ m}^2$ – obesidade grau I; $IMC \geq 35 \text{ kg}$ e $39,99 \text{ kg/m}^2$; obesidade grau II e $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ – obesidade grau III (WHO, 2000). Já para os usuários com 60 anos ou mais considerou-se os pontos de corte de IMC adotados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS): $\leq 23 \text{ kg/m}^2$ – baixo peso; $> 23,0$ e $< 28,0 \text{ kg/m}^2$ – eutrófico; $\geq 28,0$ e $< 30,0 \text{ kg/m}^2$ – sobrepeso; $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ – obesidade (OPAS, 2001).

Os medicamentos em uso foram tabulados conforme a classificação do *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), que divide os medicamentos em diferentes

grupos conforme seus locais de ação (órgão ou sistema em que atua) e suas características terapêuticas. Esta é uma ferramenta de monitorização e investigação internacional da utilização de medicamentos e abrange a maioria dos medicamentos disponíveis no mercado (WHO, 2023a). Foi adotado o critério de polifarmácia (consumo de 5 ou mais medicamentos), conforme descrito por Oliveira *et al.* (2021).

As doenças foram tabuladas conforme a *International Classification of Diseases, 11 edition* (ICD-11), a principal base para registros de saúde e estatísticas sobre doenças na atenção primária, secundária e terciária, assim como nas certidões de óbito (WHO, 2023b). Foi adotado o critério de presença de 2 ou mais doenças para caracterizar a multimorbidade entre os usuários, conforme definido por Gusmão *et al.* (2022).

Em relação aos dados da frequência de consumo alimentar que apresentavam 7 opções de resposta, optou-se em transformá-los em escore, ou seja, a média dos valores atribuídos as categorias de consumo, sendo: escore 1 - menos que uma vez por mês ou nunca; escore 2 – de 1 a 3 vezes ao mês; escore 3 – de 1 a 3 vezes por semana; escore 4 – de 4 a 6 vezes por semana; escore 5 – 1 vez ao dia; escore 6 – de 2 a 3 vezes ao dia; e escore 7 – 4 vezes ou mais por dia). Esse processo serviu tanto para simplificar a apresentação dos resultados, quanto para aumentar o poder da análise estatística, reduzindo, assim, a quantidade de categorias.

Por fim, para a apresentação dos resultados referentes a frequência alimentar, optou-se em utilizar a classificação dos alimentos conforme proposto pelo atual Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde, que conta com 4 grupos: alimentos *in natura* ou minimamente processados (AIN), ingredientes culinários (IC), alimentos processados (AP) e alimentos ultraprocessados (AUP) (Brasil, 2014b). Para cada grupo alimentar proposto, foram apresentados os escores de frequência de consumo de cada alimento, além do escore médio de cada grupo (obtido pela soma dos escores de todos os alimentos do grupo, dividido pelo número total de alimentos do mesmo grupo).

Nesta classificação, os alimentos estudados ficaram distribuídos conforme o Quadro 1 abaixo, totalizando 51 alimentos, pois foram excluídas as bebidas alcoólicas (4 itens), pois não são citadas no guia alimentar.

Quadro 1 – Distribuição dos alimentos estudados, conforme os 4 grupos do Guia Alimentar para a População Brasileira.

AIN (21 alimentos) Arroz branco Arroz integral Café e/ou chá mate Carne bovina Carne suína Chá de ervas de infusão (cidreira, camomila) Flocos de cereais não adoçados (aveia, farinhas) Frango Frutas frescas (maçã, banana, mamão) Hortaliças verdes (couve, alface, almeirão) Iogurte natural sem sabor Leite integral Leite semidesnatado ou desnatado Legumes (brócolis, couve-flor, cenoura) Leguminosas (feijão, ervilha, grão-de-bico) Massas (macarrão) Miúdos (fígado, moela) Ovos Peixe Raízes (batata, mandioca) Suco integral (sem adição de açúcar)	AUP (20 alimentos) Achocolatado em pó Bolacha recheada Bolacha simples (Maria, água e sal) Bolo (caseiro, pote) Carnes processadas (presunto, mortadela) Chocolate em barra Doces em geral (leite, bala, gelatina) Flocos de cereais açucarados (sucrilhos) Hambúrguer (<i>fast food</i>, fora de casa) Iogurte com sabor (morango, coco) Lasanha congelada Macarrão instantâneo Margarina Molhos prontos (maionese, catchup) Molhos salada Néctar (suco caixinha) Pizza Refrigerante Salgadinhos fritos (rissoles, coxinha) Sobremesas lácteas (pudim, flan, sorvete)
IC (5 alimentos) Açúcar (de mesa, para adoçar os alimentos) Azeite de oliva Gordura animal (banha, bacon, torresmo) Óleo vegetal (soja, milho) Manteiga	AP (5 alimentos) Fruta enlatada (pêssego, abacaxi) Geleia, marmelada, compota e mel Pães (francês, pão de forma) Queijo amarelo (muçarela, prato) Queijo magro (ricota, minas frescal)

Fonte: Adaptado de Brasil (2014).

6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para a construção do banco de dados e sua análise, foram utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais, através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package For Social Sciences*), versão 23.0. Para todas as análises de associação, foram considerados valores de $p < 0,05$ de modo que as diferenças fossem consideradas significativas.

Para a análise da distribuição das doenças de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson, para investigar diferenças na prevalência com base nas variáveis. Além disso, a magnitude das associações foi estimada a partir das razões de prevalência (RP⁵), seguidas de

⁵ Medida de associação entre exposição e desfecho que compara a prevalência do desfecho no grupo exposto com a prevalência no grupo não-exposto (Coutinho; Scazufca; Menezes, 2008). É a medida epidemiológica de associação mais indicada para os estudos transversais, visto que a razão de chances (*odds ratio*) tende a superestimar o valor da associação.

seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

Para análise do escore de consumo alimentar, de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e de condição de saúde, verificou-se inicialmente o padrão de normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk, resultando todos os alimentos analisados em dados não paramétricos. Assim, para a comparação das médias entre os grupos destas variáveis foram utilizados testes não paramétricos, sendo o teste U de Mann-Whitney para comparações entre 2 categorias e o Kruskal-Wallis para comparações entre 3 ou mais categorias.

Quanto a escolha das variáveis para análise estatística, os dados referentes a sexo, idade e escolaridade foram escolhidos por serem analisados nos inquéritos nacionais Vigitel e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a variável situação do domicílio (rural ou urbana) por ser analisada na PNS. Além destes, optou-se em incluir renda, recebimento de benefício governamental e condição de saúde por se tratar dos indicadores que respondiam aos objetivos do estudo.

Por fim, para discutir os achados encontrados, optou-se por seguir, quando disponíveis, os padrões adotados na metodologia dos estudos de base populacional Vigitel (2023) e/ou PNS (2019). As demais discussões (alimentos não citados nos estudos de base populacional ou não possíveis de comparação), foram realizadas com base nos dados de estudos científicos disponíveis.

6.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – UEL/Paraná, sob protocolo número: 5.086.586 (08/11/2021) e CAAE nº 52812621.0.1001.523. O usuário que aceitou participar da pesquisa assinou, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C).

7 RESULTADOS

A população estudada, de acordo com as variáveis socioeconômicas e demográficas, apresentadas na Tabela 1, foi composta, em sua maioria, por mulheres (74,30%), de cor de pele branca (75,70%). A idade variou de 22 a 92 anos, sendo a idade média 59,81 anos ($\pm 12,95$). Na faixa etária adulta (18-59 anos) a idade média foi 47,46 anos ($\pm 9,86$) e na faixa etária idosa (60 anos ou mais) foi 68,93 anos ($\pm 6,01$). Já a faixa etária predominante entre os usuários foi a de 60 anos ou mais (57,50%).

A maioria dos usuários era casado (53,93%) e o número de pessoas na residência variou de 1 a 8, com média de 2,67 ($\pm 1,2$), com maior proporção na faixa de 3-4 pessoas (38,60%). O número médio de filhos foi de 2,43 ($\pm 1,47$) e variou de 1 a 11, com predomínio da faixa de 1-2 filhos (45%).

Quanto à situação funcional, 38,57% eram aposentados e 32,14% ativos. A escolaridade, da maior parte dos usuários foi o ensino fundamental (61,80%) e a renda familiar, 1-3 salários-mínimos (58,90%). Além disso, 54,30% recebiam algum tipo de benefício governamental (social ou previdenciário). Com relação ao território da habitação, 87,50% dos usuários era da zona urbana.

Tabela 1 – Condições socioeconômicas e demográficas de usuários da rede de APS¹ com DCNT², em Ponta Grossa - PR (n=280)

(continua)

Variável	Categoria	Frequência	%
Sexo	Mulher	208	74,30%
	Homem	72	25,70%
Cor da pele	Branca	212	75,70%
	Parda	59	21,10%
	Preta	9	3,20%
Faixa etária	60 anos ou mais	161	57,50%
	18 até 59 anos	119	42,50%
Estado civil	Casado	151	53,93%
	Viúvo	49	17,50%
	Solteiro	41	14,64%
	Divorciado	39	13,93%
Número de pessoas na residência	1	46	16,40%
	2	99	35,40%
	3-4	108	38,60%
	5 ou mais	27	9,60%

Tabela 1 – Condições socioeconômicas e demográficas de usuários da rede de APS¹ com DCNT², em Ponta Grossa - PR (n=280)

(conclusão)

Variável	Categoria	Frequência	%
Número de filhos	0	26	9,30%
	1-2	126	45,00%
	3-4	95	33,90%
	5 ou mais	33	11,80%
Situação funcional	Aposentado e/ou pensionista	108	38,57%
	Ativo	90	32,14%
	Do lar, desempregado ou afastado	82	29,29%
Escolaridade	Ensino fundamental	173	61,80%
	Ensino médio	85	30,30%
	Ensino superior	22	7,90%
Renda ³	Até 1	94	33,60%
	De 1-3	165	58,90%
	≥ 4	21	7,50%
Recebimento de benefício governamental	Sim	152	54,30%
	Social ⁴	23	15,13%
	Previdenciário ⁵	129	84,87%
Situação do domicílio (território)	Urbano	245	87,50%
	Rural	35	12,50%

Fonte: A autora (2024).

¹ Atenção primária à saúde

² Doença crônica não transmissível

³ Em salário-mínimo: R\$ 1.320,00 (US\$272,68) em 2023.

⁴ Social: benefício não contributivo (Auxílio Brasil)

⁵ Previdenciário: benefício contributivo (Aposentadoria e/ou Pensão e Auxílio Doença)

A condição de saúde dos usuários, conforme apresentado na Tabela 2, aponta que 42,50% era portadora de DM, 86,80% tinham hipertensão e 56,80% obesidade. Quanto ao número de doenças presentes, entre as estudadas pelo Capacita Doenças Crônicas, a maior parte dos usuários (40,35%) apresentavam duas comorbidades. Além disso, considerando apenas as 3 doenças foco do estudo, 63,21% dos usuários apresentavam multimorbidade (2 doenças ou mais).

Além disso, 13,21% dos usuários consumia bebida alcoólica e 9,30% era tabagista. Cabe destacar que 75,71% dos usuários apresentava outras doenças (além daquelas foco do estudo), 97,50% autorreferiu consumo de medicamentos e o acompanhamento por profissional nutricionista era realizado por 5,40% dos usuários. No presente estudo 27,47% (n=75) relataram presença de polifarmácia (consumo de 5 ou mais medicamentos).

Tabela 2 – Condição de saúde de usuários da rede de APS¹ com DCNT², em Ponta Grossa - PR (n=280)

Condição de saúde	Geral N(%)	Homem N(%)	Mulher N(%)	Adulto N(%)	Idoso N(%)
Diabetes mellitus (DM)	119(42,50)	34(28,57)	85(71,43)	46(38,65)	73(61,35)
Hipertensão arterial Sistêmica (HAS)	243(86,80)	63(25,93)	180(74,07)	93(38,27)	150(61,73)
Obesidade	159(56,80)	35(22,01)	124(77,99)	79(49,69)	80(50,31)
Quantidade de DCNT ²					
1 doença	103(36,79)	30(29,13)	73(70,87)	47(45,63)	56(54,37)
2 doenças	113(40,35)	24(21,24)	89(78,76)	54(47,79)	59(52,21)
3 doenças	64(22,86)	18(28,13)	46(71,87)	21(32,81)	43(67,19)
Outras doenças ³	212(75,71)	51(24,06)	161(75,94)	92(43,40)	120(56,60)
Multimorbidade ⁴	177(63,21)	42(23,73)	135(76,27)	75(42,37)	102(57,63)
Consumo de bebida alcoólica	37(13,21)	20(54,05)	17(45,95)	15(40,54)	22(59,46)
Consumo de tabaco	26(9,30)	10(38,46)	16(61,54)	14(53,85)	12(46,15)
Acompanhamento com nutricionista	15(5,40)	2(13,33)	13(86,67)	8(53,33)	7(46,67)
Consumo de medicamentos	273(97,50)	71(26,01)	202(73,99)	115(42,12)	158(57,88)
Polifarmácia ⁵	75(27,47)	16(21,33)	59(78,67)	23(30,67)	52(69,33)

Fonte: A autora (2024).

¹ Atenção primária à saúde

² Doença crônica não transmissível

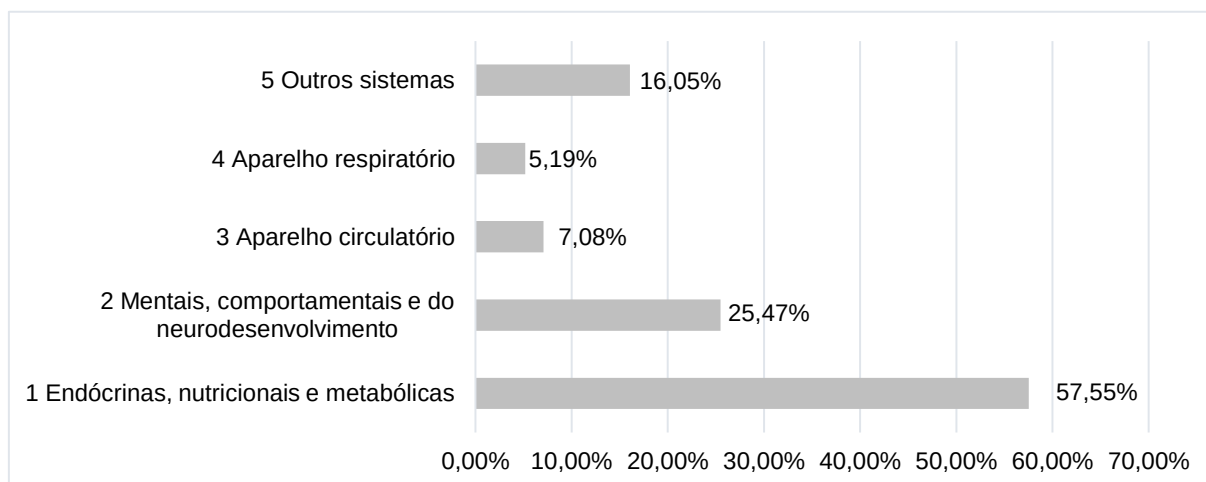
³ Exceto DM, HAS e obesidade

⁴ Presença de 2 ou mais doenças

⁵ Consumo de 5 ou mais medicamentos

As doenças mais presentes no público estudado (excetuando-se as que foram foco do estudo) foram as endócrinas, nutricionais e metabólicas – 57,55% (com destaque a dislipidemia), seguidas dos transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento – 25,47% (com destaque a ansiedade), conforme ilustra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Presença de outras doenças em usuários da rede de APS¹ com DCNT², em Ponta Grossa – PR, conforme CID 11/OMS³ (n=280)



Fonte: A autora (2024).

¹ Atenção primária à saúde

² Doença crônica não transmissível

³ Organização Mundial da Saúde

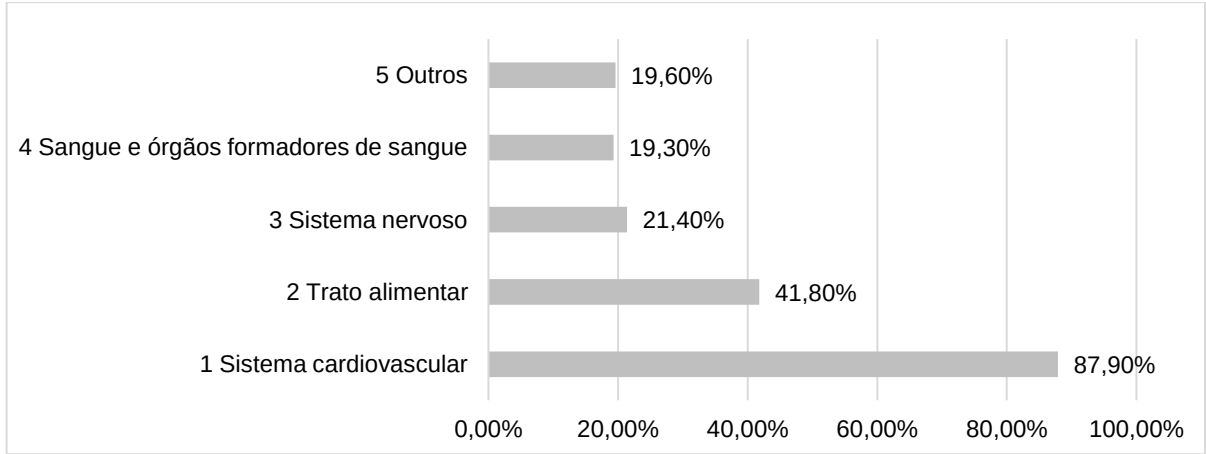
Doenças: **1** - dislipidemia, hipertireoidismo e hipotireoidismo; **2** - ansiedade, depressão e enxaqueca; **3** - acidente vascular cerebral, arritmia, infarto agudo do miocárdio, taquicardia e varizes; **4** - asma, bronquite e enfisema pulmonar; **5** - sistema musculoesquelético, sistema nervoso, sistema digestivo, neoplasias, sistema visual, sistema genitourinário, pele, ouvido e não classificados em outra parte

Ao analisar o consumo de medicamentos entre os usuários, foi verificado que a quantidade variou de 1 a 15 tipos diferentes, com média de 3,4 ($\pm 2,06$). Os medicamentos autorreferidos de maior consumo foram para o sistema cardiovascular (87,90%), seguidos daqueles para distúrbios metabólicos - tratamento alimentar (41,80%), conforme mostra o Gráfico 2.

As classes de medicamentos mais consumidos foram os anti-hipertensivos e diuréticos (29,60%) como a furosemida e a hidroclorotiazida, os agentes betabloqueadores (26,40%) como o atenolol e o carvedilol, e os agentes com ação no sistema renina-angiotensina (75,40%), como a losartana e o enalapril.

Já entre os medicamentos mais utilizados para o controle das distúrbios metabólicos - tratamento alimentar, foram aqueles para o tratamento do DM (como gliclazida, insulina e metformina). Além disso, 37,50% relatou uso de agentes modificadores de lipídios (como a sinvastatina), 21,40% drogas para o sistema nervoso (antidepressivos como a fluoxetina) e 18,90% usava drogas antitrombóticas (como o ácido acetilsalicílico).

Gráfico 2 – Consumo de medicamentos por usuários da rede de APS¹ com DCNT², em Ponta Grossa – PR, segundo ATC/OMS³ (n=280)



Fonte: A autora (2024).

¹ Atenção primária à saúde

² Doença crônica não transmissível

³ Organização Mundial da Saúde

Medicamentos: **1** - terapia cardíaca, anti-hipertensivos, diuréticos, vasoprotetores, agentes beta-bloqueadores, agentes bloqueadores dos canais de cálcio, agentes com ação no sistema renina-angiotensina e modificadores de lipídios; **2** - drogas usadas em DM, vitaminas e suplementos minerais; **3** - analgésicos, antiepiléticos, agentes dopaminérgicos, psicolépticos e antidepressivos; **4** - preparações antianemia e agentes antitrombóticos; **5** - antimalárico; produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos; preparações para hiperuricemia; drogas para tratamento de doenças ósseas; drogas para doenças obstrutivas das vias aéreas; anti-histamínicos; corticoides e terapia da tireóide

Em relação ao índice de massa corporal (IMC), conforme a Tabela 3, verificou-se que ao considerar os usuários em geral, a prevalência de obesidade foi de 56,78%. Quando avaliado os usuários idosos, o valor atingiu 50,60% e os adultos, um valor mais elevado, 64,70%.

Tabela 3 – Índice de massa corporal (IMC) de usuários da rede de APS¹ com DCNT², em Ponta Grossa – PR (n=280)

Variável	Categoria	Frequência	%
IMC 18-59 anos	Eutrofia	14	11,50%
	Sobrepeso	29	23,80%
	Obesidade	79	64,70%
IMC ≥ 60 anos	Baixo peso	12	7,60%
	Eutrofia	41	25,90%
	Sobrepeso	25	15,90%
	Obesidade	80	50,60%
IMC geral	Baixo peso	12	4,29%
	Eutrofia	55	19,64%
	Sobrepeso	54	19,29%
	Obesidade	159	56,78%

Fonte: A autora (2024).

¹ Atenção primária à saúde

² Doença crônica não transmissível

Cabe destacar que 64,64% (N=181) dos usuários tiveram peso e altura medidos. O restante os autorreferiu, devido aos motivos: 1. Acabou de ser pesado ou medido na UBS; 2. Pressa, caso tivesse que fazer o procedimento não aceitaria participar da pesquisa; 3. Cadeirante ou portador de alguma outra deficiência física ou limitação (uso de muleta), o que não permitia realizar a técnica corretamente; 4. Como era inverno, usuário não queria tirar excesso de roupa nem o calçado; 5. Relatou medo/trauma para subir em balança; 6. Peso maior do que a capacidade da balança.

No presente estudo, também foi analisada a razão de prevalência (RP) das três doenças em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas elencadas para o estudo (Tabela 4). Na análise destes fatores, em relação ao DM não foram encontrados valores estatisticamente significativos. Já em relação a HAS, foi verificado que a prevalência da doença nos adultos é 20% menor que nos idosos e com relação à obesidade, que a localização de moradia interfere na prevalência da obesidade, sendo 60 vezes maior na zona urbana do que na zona rural.

Tabela 4 – Razão de prevalência de DCNT¹ em usuários da rede de APS², em Ponta Grossa – PR, de acordo com dados socioeconômicos e demográficos

Variável	Diabetes N(%)	RP ⁴ (IC 95%) <i>p</i>	Hipertensão N(%)	RP ⁴ (IC 95%) <i>p</i>	Obesidade N(%)	RP ⁴ (IC 95%) <i>p</i>
Até 3 SM ³	111(42,90)	1,12	225(86,90)	1,01	147(56,80)	0,99
≥ 4 SM ³	8(38,10)	(0,64-1,98) 0,671	18(85,70)	(0,85-1,21) 0,880	12(57,10)	(0,68-1,47) 0,973
Sem benefício	47(36,70)	0,775	105(82)	0,904	78(60,90)	1,14
Com benefício	72(47,40)	(0,58-1,03) 0,470	138(90,8)	(0,82-0,99) 0,240	81(53,30)	(0,93-1,40) 0,122
Ensino Fundamental	76(90)	1,09	156(90,20)	1,11	93(53,80)	0,87
Ensino Médio/superior	43(40,20)	(0,82-1,45) 0,538	87(81,30)	(1,00-1,23) 0,033	66(61,70)	(0,71-1,07) 0,193
Feminino	85(40,86)	0,86	180(86,53)	0,99	124(59,60)	1,23
Masculino	34(47,22)	(0,64-1,16) 0,884	63(87,50)	(0,89-1,09) 0,043	35(48,60)	(0,94-1,60) 2,639
Adulto (18 a 59 anos)	46(37,70)	0,82	93(76,20)	0,80	79(64,80)	1,28
Idoso (≥ 60 anos)	73(46,20)	(0,61-1,08) 0,960	150(94,90)	(0,72-0,89) 0,000	80(50,60)	(1,05-1,57) 0,120
Urbana	104(42,40)	0,99	214(87,30)	1,05	146(59,60)	1,60
Rural	15(42,90)	(0,66-1,50) 0,964	29(82,90)	(0,90-1,23) 0,463	13(37,10)	(1,03-2,50) 0,012

Fonte: A autora (2024).

*p = referente ao teste qui-quadrado de Pearson.

Em negrito valor de *p* < 0,05.

¹ Doença crônica não transmissível; ² Atenção primária à saúde; ³ SM: Salário-mínimo; ⁴ RP: Razão de prevalência

Partindo para a análise do consumo alimentar geral, apresentado na Tabela 5, foi verificado que os alimentos de maior consumo pelos usuários são os alimentos *in natura* ou minimamente processados (AIN), com escore médio de 2,9 ($\pm 1,1$), seguidos dos ingredientes culinários (IC), com escore médio de 2,8 ($\pm 1,7$). Depois vem os alimentos processados (AP), com escore médio 2,2 ($\pm 0,9$), e por fim, os alimentos ultraprocessados (AUP), com escore médio 1,8 ($\pm 0,9$).

Tabela 5 – Média de consumo alimentar, em escore, de usuários da rede de APS¹ com DCNT², em Ponta Grossa - PR (n=280)

(continua)

Grupo de alimentos	Escore ³	Desvio padrão
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados		
Arroz branco	4,8	1,3
Arroz integral	1,3	0,9
Café/chá mate	5,3	1,4
Carne bovina	3,0	1,0
Carne suína	2,4	0,9
Chá de ervas de infusão	2,6	1,7
Flocos de cereais não adoçados	2,4	1,3
Frango	3,3	0,9
Frutas frescas	3,9	1,3
Hortaliças verdes	4,0	1,0
Iogurte natural	1,2	0,7
Leite integral	3,7	2,0
Leite semi ou desnatado	1,4	1,2
Legumes	3,8	1,2
Leguminosas	4,6	1,3
Massas	2,8	0,9
Miúdos	1,4	0,7
Ovos	3,0	1,2
Peixe	1,5	0,7
Raízes	3,2	1,0
Suco integral	1,6	1,0
Média do grupo	2,9	1,1
Ingredientes culinários		
Açúcar	4,1	2,1
Azeite de oliva	2,0	2,0
Gordura animal	2,2	1,6
Manteiga	1,6	1,3
Óleo vegetal	4,0	1,6
Média do grupo	2,8	1,7
Alimentos processados		
Fruta enlatada	1,1	0,3
Geleia, marmelada, compota e mel	1,5	1,0
Pães	5,0	1,0
Queijo amarelo	1,8	1,1
Queijo magro	1,5	0,9
Média do grupo	2,2	0,9

Tabela 5 – Média de consumo alimentar, em escore, de usuários da rede de APS¹ com DCNT², em Ponta Grossa - PR (n=280)

(conclusão)

Grupo de alimentos	Escore ³	Desvio padrão
Alimentos ultraprocessados		
Achocolatado em pó	1,3	0,7
Bolacha recheada	1,4	0,8
Bolacha simples	3,0	1,0
Bolo	2,2	0,9
Carne processada	2,0	1,0
Chocolate em barra	1,7	1,0
Doces em geral	2,0	1,1
Flocos de cereais açucarados	1,1	0,4
Hambúrguer	1,4	0,6
Iogurte com sabor	1,7	1,0
Lasanha congelada	1,2	0,5
Macarrão instantâneo	1,4	0,7
Margarina	3,3	1,8
Molhos prontos	1,6	0,9
Molhos salada	1,1	0,4
Néctar	1,5	0,9
Pizza	1,5	0,6
Refrigerante	2,0	1,1
Salgadinhos fritos	2,0	1,0
Sobremesas lácteas	1,8	0,8
Média do grupo	1,8	0,9

Fonte: A autora (2024).

¹ Atenção primária à saúde

² Doença crônica não transmissível

³ 1: menos que uma vez por mês ou nunca; 2: 1 a 3 vezes ao mês; 3: 1 a 3 vezes por semana; 4: 4 a 6 vezes por semana; 5: 1 vez ao dia; 6: 2 a 3 vezes ao dia; e 7: 4 vezes ou mais por dia.

O consumo diário (escore 5) foi observado para o chá mate/café e o pão. Já o consumo de 4 a 6 vezes por semana (escore 4) foi verificado para açúcar, arroz branco, hortaliças cruas, leguminosas e óleo. Referente ao consumo de 1 a 3 vezes por semana (escore 3) tivemos: bolachas simples, carne bovina, frango, frutas frescas, legumes, leite integral, margarina, ovos e raízes. Nos escores de consumo entre 1 a 3 vezes ao mês (escore 2) ou menos que 1 vez por mês ou nunca (escore 1) estavam os demais alimentos. Ao analisar os grupos de alimentos, verifica-se que os mais consumidos entre os AIN são o café/chá mate e o arroz, entre os IC o açúcar e o óleo vegetal, entre os AP o pão e entre os AUP a margarina e bolachas simples.

Ao se estabelecer os AIN de maior consumo diário em percentual obteve-se, em ordem crescente: farinhas em geral (7,50%); carne de frango (7,90%); ovos (11,40%); legumes (34,60%); hortaliças (39,40%); frutas frescas (40,40%); leite integral (51,80%); leguminosas (66,40%, sendo que 24,30% o faziam 2 vezes ao dia); arroz (77,10%, sendo que 29,60% o faziam 2 vezes ao dia) e café (88,50%).

Já em relação ao grupo de AUP, foi observado consumo diário elevado de margarina por 38,60% dos usuários e de bolachas simples por 8,60%. O chocolate e os doces em geral foram consumidos diariamente por 3,20% dos usuários, o refrigerante por 2,90% e os embutidos por 2,50%. Todos os demais alimentos atingiram consumo diário inferior a 2%.

Também foi estabelecido o consumo “pelo menos 5 vezes por semana”, para alguns alimentos citados nos inquérito nacionais Vigitel de 2023 (Brasil, 2023) e/ou PNS de 2019 (Brasil, 2020), em que obteve-se: hortaliças (66,10%); legumes (59,20%); frutas (60,40%); leguminosas (66,40%); peixe (13,20%) e refrigerante (4,70%).

Além do consumo geral entre os usuários, foi comparado o consumo de cada grupo de alimentos em relação a aspectos socioeconômicos, demográficos e de condição de saúde. Na Tabela 6 está a análise relacionada as variáveis socioeconômicas, com apresentação dos alimentos/grupos de alimentos com diferença estatisticamente significativa em alguma delas. A tabela completa com os demais alimentos/grupos de alimentos analisados encontra-se no Apêndice A.

Foram observadas em relação a renda, diferenças estatisticamente significativas em todos os grupos de alimentos, com maior consumo de alguns alimentos naquele com maior renda. No grupo de AIN, houve maior consumo de carne bovina ($p=0,003$), cereais não açucarados ($p=0,039$) e ovos ($p=0,010$). Da mesma forma, no grupo dos IC, maior consumo de gordura animal ($p=0,002$), no grupo dos AP maior consumo de fruta enlatada ($p=0,014$) e no grupo dos AUP, maior consumo de bolacha recheada ($p=0,015$), molhos prontos ($p=0,018$) e pizza ($p=0,004$). Na comparação a respeito de benefício governamental, foi observada diferença estatisticamente significativa, com maior consumo no grupo que não o recebia, nos seguintes alimentos: flocos de cereais não açucarados ($p=0,034$) e iogurte natural ($p=0,041$), no grupo dos AIN e chocolate em barra ($p=0,001$), hambúrguer ($p=0,041$), lasanha congelada ($p=0,012$), pizza ($p=0,003$) e refrigerante ($p=0,008$), no grupo dos AUP.

Já com relação a escolaridade, foi verificado que mais anos de estudo está associado significativamente ao menor consumo de alguns AIN: arroz branco ($p=0,018$), frango ($p=0,005$) e raízes ($p=0,039$) e maior consumo de outros, sendo frutas ($p=0,000$) e suco integral ($p=0,024$). No grupo de IC, a maior escolaridade levou

a maior consumo de açúcar ($p=0,003$) e manteiga ($p=0,012$), no grupo de AP, maior consumo de queijo amarelo ($p=0,030$) e no grupo dos AUP, maior consumo de chocolate em barra ($p=0,030$) e pizza ($p=0,001$). Dentre as variáveis socioeconômicas analisadas, a escolaridade, foi aquela com maior quantidade de alimentos/grupos de alimentos com diferença significativa no consumo.

Tabela 6 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com as variáveis socioeconômicas** (n=280)

GRUPOS DE ALIMENTOS	RENDA				BENEFÍCIO GOVERNAMENTAL			ESCOLARIDADE			
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados	Até 1 SM*	1-3 SM*	≥ 4 SM*	<i>p</i>	Ausente	Presente	<i>p</i>	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	<i>p</i>
Arroz branco	4,7 (1,3)	4,8 (1,2)	5,0 (1,2)	0,679	4,8 (1,3)	4,8 (1,3)	0,799	4,9 (1,3)	4,9 (1,1)	4,0 (1,6)	0,018
Carne bovina	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,003	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,359	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,769
Flocos cereais não adoçados	2,2 (1,3)	2,6 (1,2)	2,4 (1,5)	0,039	2,3 (1,3)	2,6 (1,3)	0,034	2,5 (1,3)	2,3 (1,3)	2,0 (1,0)	0,116
Frango	3,3 (0,9)	3,3 (0,9)	3,2 (0,9)	0,954	3,3 (0,9)	3,2 (0,9)	0,260	3,3 (0,9)	3,3 (0,9)	2,7 (0,9)	0,005
Frutas frescas	3,8 (1,2)	4,0 (1,3)	4,3 (1,3)	0,185	3,9 (1,3)	4,0 (1,3)	0,773	3,7 (1,2)	4,2 (1,4)	5,0 (0,8)	0,000
logurte natural	1,2 (0,6)	1,2 (0,7)	1,2 (0,9)	0,758	1,1 (0,5)	1,3 (0,8)	0,041	1,2 (0,6)	1,2 (0,7)	1,4 (1,0)	0,198
Ovos	2,7 (1,2)	3,2 (1,2)	2,9 (0,7)	0,010	3,0 (1,3)	3,0 (1,1)	0,687	3,0 (1,2)	3,1 (1,2)	2,6 (1,2)	0,289
Raízes	3,2 (1,1)	3,1 (1,0)	3,2 (1,0)	0,994	3,2 (1,1)	3,1 (1,0)	0,197	3,1 (1,0)	3,4 (1,0)	3,0 (1,0)	0,039
Suco integral	1,7 (1,1)	1,4 (0,9)	1,7 (1,1)	0,093	1,6 (1,0)	1,5 (1,0)	0,976	1,4 (0,9)	1,7 (1,2)	1,8 (0,9)	0,024
Ingredientes culinários	Até 1 SM*	1-3 SM*	≥ 4 SM*	<i>p</i>	Ausente	Presente	<i>p</i>	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	<i>p</i>
Açúcar	4,1 (2,0)	4,1 (2,1)	3,7 (2,3)	0,851	4,2 (2,0)	4,0 (2,1)	0,504	4,3 (2,0)	3,9 (2,1)	2,8 (2,0)	0,003
Gordura animal	1,7 (1,4)	2,4 (1,7)	2,5 (1,5)	0,002	2,1 (1,6)	2,2 (1,6)	0,630	2,1 (1,6)	2,3 (1,7)	2,0 (1,4)	0,591
Manteiga	1,5 (1,2)	1,7 (1,3)	1,8 (1,5)	0,396	1,7 (1,3)	1,6 (1,3)	0,296	1,5 (1,1)	1,8 (1,4)	2,1 (1,6)	0,012
Alimentos processados	Até 1 SM*	1-3 SM*	≥ 4 SM*	<i>p</i>	Ausente	Presente	<i>p</i>	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	<i>p</i>
Fruta enlatada	1,0 (0,2)	1,1 (0,3)	1,3 (0,6)	0,014	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	0,795	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	1,0 (0,2)	0,698
Queijo amarelo	1,7 (1,0)	1,9 (1,1)	1,8 (0,9)	0,203	1,8 (1,0)	1,9 (1,1)	0,869	1,7 (1,1)	2,0 (1,1)	2,0 (0,9)	0,030
Alimentos ultraprocessados	Até 1 SM*	1-3 SM*	≥ 4 SM*	<i>p</i>	Ausente	Presente	<i>p</i>	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	<i>p</i>
Bolacha recheada	1,2 (0,7)	1,4 (0,8)	1,7 (1,1)	0,015	1,5 (1,0)	1,3 (0,7)	0,297	1,3 (0,7)	1,4 (1,0)	1,6 (0,9)	0,229
Chocolate em barra	1,5 (0,8)	1,7 (1,0)	2,2 (1,4)	0,072	1,9 (1,1)	1,5 (0,9)	0,001	1,5 (0,8)	1,9 (1,2)	2,0 (1,3)	0,030
Hambúrguer	1,4 (0,6)	1,4 (0,7)	1,5 (0,7)	0,720	1,5 (0,7)	1,3 (0,6)	0,041	1,4 (0,6)	1,5 (0,7)	1,5 (0,8)	0,426
Lasanha congelada	1,1 (0,4)	1,2 (0,5)	1,3 (0,7)	0,246	1,3 (0,6)	1,1 (0,3)	0,012	1,1 (0,4)	1,2 (0,5)	1,1 (0,4)	0,143
Molhos prontos	1,5 (0,8)	1,6 (0,9)	2,1 (1,2)	0,018	1,7 (1,0)	1,5 (0,8)	0,107	1,5 (0,9)	1,7 (1,0)	1,7 (0,9)	0,069
Pizza	1,4 (0,6)	1,5 (0,6)	2,0 (0,7)	0,004	1,7 (0,7)	1,4 (0,6)	0,003	1,4 (0,6)	1,7 (0,7)	1,8 (0,7)	0,001
Refrigerante	1,9 (1,1)	2,0 (1,0)	2,3 (1,1)	0,291	2,2 (1,1)	1,8 (1,0)	0,008	2,0 (1,1)	2,0 (1,1)	2,1 (1,1)	0,784

Fonte: A autora (2024).

Em negrito valor de $p < 0,05$.

*Salário mínimo

** Versão reduzida (apenas com alimentos/grupos de alimentos com diferença estatisticamente significativa em alguma das condições socioeconômicas)

¹ 1: menos que uma vez por mês ou nunca; 2: 1 a 3 vezes ao mês; 3: 1 a 3 vezes por semana; 4: 4 a 6 vezes por semana; 5: 1 vez ao dia; 6: 2 a 3 vezes ao dia; e 7: 4 vezes ou mais por dia. ² Atenção primária à saúde ³ Doença crônica não transmissível

Na Tabela 7 está a análise relacionada as variáveis demográficas, com apresentação dos alimentos ou grupos de alimentos que obtiveram diferença estatisticamente significativa em alguma delas. A tabela completa com os demais alimentos/grupos de alimentos analisados encontra-se no Apêndice B.

Quando comparados os sexos, no grupo de AIN, o consumo de chá de ervas de infusão ($p=0,013$), frutas frescas ($p=0,009$) e leite semidesnatado ou desnatado ($p=0,039$) foi significativamente maior entre as mulheres. No grupo de AUP, por sua vez, foi verificada diferença significativa no item bolo ($p=0,006$), com maior consumo entre as mulheres e no item carne processada ($p=0,018$), com maior consumo entre os homens.

Em se tratando da comparação entre as faixas etárias (adulto/idoso) foram encontradas diferenças significativas com relação aos AP geleia, marmelada, compota e mel ($p=0,000$), sendo maior o consumo entre os idosos. Em relação aos AUP, houve diferença significativa em 5 alimentos, sendo menor o consumo entre os idosos: chocolate em barra, pizza e refrigerante (ambos com $p=0,000$), lasanha congelada ($p=0,011$) e hambúrguer ($p=0,001$).

Já em relação a situação de domicílio (urbano ou rural), foram encontradas diferenças no consumo de todos os grupos alimentares. No grupo dos AIN, foi encontrado maior consumo de frango ($p=0,016$), iogurte natural ($p=0,044$), legumes ($p=0,011$) e raízes ($p=0,023$), entre os usuários da zona urbana. Já entre os usuários da zona rural foi verificado maior consumo de arroz ($p=0,008$), leguminosas e ovos (ambos com $p=0,001$) e massas ($p=0,031$). No grupo de IC foi observado maior consumo de açúcar ($p=0,002$) entre os residentes da zona rural e no grupo dos AP maior consumo de fruta enlatada entre os residentes da zona urbana ($p=0,048$). Quanto aos AUP, foram observadas diferenças em 4 alimentos, com consumo maior na zona urbana, sendo: hambúrguer ($p=0,027$), molhos prontos ($p=0,014$), néctar ($p=0,001$) e pizza ($p=0,006$). Apenas 1 alimento apresentou maior consumo na zona rural, que foi o achocolatado ($p=0,030$).

Dentre as variáveis demográficas analisadas, a localização de moradia, foi aquela com maior quantidade de alimentos/grupos de alimentos com diferença significativa no consumo.

Tabela 7 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com as variáveis demográficas* (n=280)

GRUPOS DE ALIMENTOS	SEXO			FAIXA ETÁRIA			LOCALIAÇÃO DO DOMICÍLIO		
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados	Feminino	Masculino	<i>p</i>	Adulto	Idoso	<i>p</i>	Urbano	Rural	<i>p</i>
Arroz branco	4,7 (1,3)	5,0 (1,2)	0,057	4,9 (1,2)	4,7 (1,3)	0,161	4,8 (1,3)	5,2 (1,2)	0,008
Chá de ervas de infusão	2,8 (1,8)	2,2 (1,6)	0,013	2,6 (1,8)	2,6 (1,7)	0,891	2,6 (1,8)	2,6 (1,4)	0,822
Frango	3,3 (0,9)	3,1 (1,0)	0,221	3,4 (0,9)	3,2 (0,9)	0,110	3,3 (0,9)	3,0 (0,8)	0,016
Frutas frescas	4,1 (1,3)	3,6 (1,3)	0,009	3,8 (1,4)	4,0 (1,2)	0,348	4,0 (1,3)	3,6 (1,4)	0,127
Iogurte natural	1,2 (0,7)	1,1 (0,6)	0,403	1,1 (0,5)	1,3 (0,8)	0,720	1,2 (0,7)	1,0 (0,0)	0,044
Legumes	3,8 (1,2)	3,7 (1,2)	0,326	3,7 (1,3)	3,9 (1,1)	0,084	3,9 (1,2)	3,3 (1,2)	0,011
Leguminosas	4,5 (1,3)	4,7 (1,2)	0,531	4,6 (1,3)	4,5 (1,3)	0,598	4,5 (1,3)	5,1 (1,1)	0,001
Leite semi ou desnatado	1,5 (1,3)	1,2 (0,8)	0,039	1,4 (1,2)	1,4 (1,2)	0,925	1,4 (1,2)	1,2 (1,1)	0,834
Massas	2,8 (0,9)	2,8 (1,1)	0,690	2,8 (1,0)	2,7 (0,9)	0,496	2,7 (0,9)	3,1 (1,0)	0,031
Ovos	3,0 (1,2)	3,0 (1,1)	0,787	3,1 (1,2)	2,9 (1,2)	0,155	2,9 (1,2)	3,6 (1,0)	0,001
Raízes	3,2 (1,0)	3,0 (1,1)	0,082	3,1 (1,0)	3,2 (1,0)	0,817	3,2 (1,0)	2,8 (0,9)	0,023
Ingredientes culinários	Feminino	Masculino	<i>p</i>	Adulto	Idoso	<i>p</i>	Urbano	Rural	<i>p</i>
Açúcar	4,0 (2,1)	4,1 (2,1)	0,702	4,3 (2,0)	3,9 (2,1)	0,093	3,9 (2,1)	5,0 (1,7)	0,002
Alimentos processados	Feminino	Masculino	<i>p</i>	Adulto	Idoso	<i>p</i>	Urbano	Rural	<i>p</i>
Fruta enlatada	1,1 (0,3)	1,2 (0,4)	0,083	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	0,627	1,1 (0,3)	1,0 (0,0)	0,048
Geleia/marmelada/compota/mel	1,5 (0,9)	1,8 (1,3)	0,840	1,3 (0,9)	1,7 (1,1)	0,000	1,6 (1,0)	1,3 (0,8)	0,182
Alimentos ultraprocessados	Feminino	Masculino	<i>p</i>	Adulto	Idoso	<i>p</i>	Urbano	Rural	<i>p</i>
Achocolatado em pó	1,3 (0,7)	1,2 (0,7)	0,477	1,4 (0,9)	1,2 (0,5)	0,090	1,2 (0,7)	1,4 (0,8)	0,030
Bolo	2,3 (0,9)	1,9 (0,9)	0,006	2,2 (0,9)	2,2 (1,0)	0,954	2,2 (0,9)	2,1 (0,9)	0,438
Carne processada	1,9 (1,0)	2,2 (1,1)	0,018	2,2 (1,2)	1,9 (0,9)	0,077	2,0 (1,1)	1,7 (0,9)	0,063
Chocolate em barra	1,7 (1,0)	1,7 (1,0)	0,637	1,9 (1,0)	1,5 (0,9)	0,000	1,7 (1,0)	1,7 (1,1)	0,883
Hambúrguer	1,4 (0,6)	1,5 (0,8)	0,565	1,5 (0,7)	1,3 (0,6)	0,001	1,4 (0,7)	1,2 (0,5)	0,027
Lasanha congelada	1,2 (0,5)	1,2 (0,5)	0,730	1,3 (0,6)	1,1 (0,3)	0,011	1,2 (0,5)	1,1 (0,3)	0,308
Molhos prontos	1,5 (0,9)	1,7 (1,0)	0,166	1,8 (1,0)	1,4 (0,8)	0,002	1,6 (0,9)	1,3 (0,6)	0,014
Néctar	1,5 (0,9)	1,5 (1,0)	0,624	1,5 (1,0)	1,4 (0,9)	0,580	1,5 (1,0)	1,1 (0,3)	0,001
Pizza	1,5 (0,6)	1,6 (0,7)	0,976	1,7 (0,7)	1,4 (0,6)	0,000	1,6 (0,7)	1,3 (0,4)	0,006
Refrigerante	2,0 (2,0)	2,1 (1,2)	0,662	2,2 (1,0)	1,8 (1,1)	0,000	2,0 (1,1)	1,8 (1,0)	0,348

Fonte: A autora (2024).

Em negrito valor de $p < 0,05$.

* Versão reduzida (apenas com alimentos/grupos de alimentos com diferença estatisticamente significativa em alguma das condições demográficas)

¹ 1: menos que uma vez por mês ou nunca; 2: 1 a 3 vezes ao mês; 3: 1 a 3 vezes por semana; 4: 4 a 6 vezes por semana; 5: 1 vez ao dia; 6: 2 a 3 vezes ao dia; e 7: 4 vezes ou mais por dia. ² Atenção primária à saúde ³ Doença crônica não transmissível

Já na Tabela 8 está a análise acerca do consumo alimentar em relação à variável condição de saúde, com apresentação dos alimentos ou grupos de alimentos que obtiveram diferença estatisticamente significativa em alguma delas. A tabela completa com os demais alimentos/grupos de alimentos analisados encontra-se no Apêndice C.

Foi observado que uma maior quantidade de doenças resultou em menor consumo alimentar de suco integral ($p=0,015$) no grupo dos AIN, menor consumo de açúcar ($p=0,022$) no grupo de IC e menor consumo de chocolate em barra ($p=0,027$), doces em geral ($p=0,014$), iogurte com sabor ($p=0,039$) e suco do tipo néctar ($p=0,033$) no grupo dos AUP.

A análise do consumo alimentar de acordo com a condição nutricional mostrou que o aumento do índice de massa corporal (IMC) levou a menor consumo de iogurte natural ($p=0,023$) e suco integral ($p=0,022$) no grupo de AIN. Dentre os AP houve diferença significativa apenas em relação ao consumo de queijo branco ($p=0,016$) e amarelo ($p=0,035$), porém, sem padrão de maior ou menor consumo conforme alteração do IMC. A mesma situação ocorreu nos AUP, no qual houve diferença estatística apenas no consumo de embutidos ($p=0,001$), mas também com variação sem padrão conforme alteração de IMC.

A presença de polifarmácia levou a maior consumo de legumes ($p=0,010$) e raízes ($p=0,001$) no grupo de AIN e de 5 AUP: carne processada ($p=0,018$), chocolate em barra ($p=0,017$), iogurte com sabor ($p=0,025$), refrigerante ($p=0,041$) e sobremesas lácteas ($p=0,034$).

Tabela 8 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com a condição de saúde (número de doenças, estado nutricional e polifarmácia)* (n=280)

GRUPOS DE ALIMENTOS	NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS				ESTADO NUTRICIONAL					POLIFARMÁCIA		
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados	1 doença	2 doenças	3 doenças	<i>p</i>	Baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	<i>p</i>	Ausente	Presente	<i>p</i>
logurte natural	1,1 (0,5)	1,2 (0,8)	1,2 (0,7)	0,561	1,8 (1,4)	1,1 (0,4)	1,1 (0,5)	1,2 (0,7)	0,023	1,2 (0,8)	1,2 (0,7)	0,600
Legumes	3,8 (1,2)	3,9 (1,2)	3,7 (1,2)	0,483	4,0 (1,3)	3,8 (1,0)	3,6 (1,3)	3,8 (1,2)	0,709	3,5 (1,1)	3,9 (1,2)	0,010
Raízes	3,3 (1,1)	3,2 (1,0)	3,0 (0,9)	0,142	3,3 (1,4)	3,3 (1,1)	3,2 (1,1)	3,1 (1,0)	0,431	2,8 (0,8)	3,3 (1,1)	0,001
Suco integral	1,7 (1,2)	1,5 (1,0)	1,3 (0,7)	0,015	2,2 (1,2)	1,7 (1,2)	1,5 (1,0)	1,5 (0,9)	0,022	1,4 (1,0)	1,6 (1,1)	0,184
Ingredientes culinários	1 doença	2 doenças	3 doenças	<i>p</i>	Baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	<i>p</i>	Ausente	Presente	<i>p</i>
Açúcar	4,4 (1,9)	4,2 (2,0)	3,3 (2,2)	0,022	4,2 (2,2)	4,3 (1,8)	4,2 (2,1)	3,9 (2,1)	0,783	4,1 (2,1)	4,0 (2,1)	0,511
Alimentos processados	1 doença	2 doenças	3 doenças	<i>p</i>	Baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	<i>p</i>	Ausente	Presente	<i>p</i>
Queijo amarelo	1,9 (1,2)	1,8 (1,0)	1,7 (0,9)	0,715	2,1 (1,3)	1,9 (1,2)	1,5 (0,9)	1,9 (1,1)	0,035	1,8 (1,0)	1,8 (1,0)	0,001
Queijo magro	1,5 (0,9)	1,4 (0,8)	1,4 (0,9)	0,820	1,6 (0,9)	1,4 (0,9)	1,7 (1,0)	1,4 (0,8)	0,016	1,4 (0,8)	1,5 (0,9)	0,305
Alimentos ultraprocessados	1 doença	2 doenças	3 doenças	<i>p</i>	Baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	<i>p</i>	Ausente	Presente	<i>p</i>
Carne processada	1,8 (1,0)	2,0 (1,0)	2,3 (1,1)	0,309	1,9 (1,1)	1,8 (1,0)	1,6 (0,8)	2,2 (1,1)	0,001	1,9 (1,0)	2,0 (1,0)	0,018
Chocolate em barra	1,8 (1,0)	1,7 (1,0)	1,4 (0,7)	0,027	1,4 (1,2)	1,7 (1,0)	1,6 (1,0)	1,7 (0,9)	0,393	1,5 (0,9)	1,7 (1,0)	0,017
Doces em geral	2,1 (1,2)	2,0 (1,1)	1,7 (1,0)	0,014	2,6 (1,1)	2,2 (1,2)	1,9 (1,2)	1,9 (1,1)	0,059	1,9 (1,1)	2,0 (1,1)	0,064
logurte com sabor	1,9 (1,0)	1,7 (1,1)	1,5 (0,8)	0,039	1,7 (1,0)	1,9 (0,9)	1,7 (1,0)	1,7 (1,0)	0,435	1,6 (0,9)	1,7 (1,0)	0,025
Néctar	1,5 (1,0)	1,6 (1,0)	1,2 (0,6)	0,033	1,6 (1,0)	1,6 (1,1)	1,4 (0,7)	1,5 (1,0)	0,536	1,3 (0,7)	1,5 (1,0)	0,267
Refrigerante	2,1 (1,1)	2,0 (1,1)	1,9 (1,0)	0,512	2,1 (1,4)	1,9 (1,2)	1,8 (0,9)	2,1 (1,1)	0,251	1,8 (1,0)	2,0 (1,1)	0,041
Sobremesas lácteas	1,9 (0,9)	1,9 (0,9)	1,6 (0,7)	0,114	2,3 (0,8)	1,8 (0,8)	1,7 (0,8)	1,8 (0,8)	0,137	1,6 (0,7)	1,9 (0,9)	0,034

Fonte: A autora (2024).

Em negrito valor de $p < 0,05$.

* Versão reduzida (apenas com alimentos/grupos de alimentos com diferença estatisticamente significativa em alguma das condições de saúde)

¹ 1: menos que uma vez por mês ou nunca; 2: 1 a 3 vezes ao mês; 3: 1 a 3 vezes por semana; 4: 4 a 6 vezes por semana; 5: 1 vez ao dia; 6: 2 a 3 vezes ao dia; e 7: 4 vezes ou mais por dia.

² Doença crônica não transmissível

³ Atenção primária à saúde

Por fim, na Tabela 9 está apresentada a análise acerca do consumo alimentar em relação à presença ou ausência das doenças estudadas pelo Capacita Doenças Crônicas, com apresentação apenas dos alimentos ou grupos de alimentos que obtiveram diferença estatisticamente significativa em alguma delas. A tabela completa com os demais alimentos/grupos de alimentos analisados encontra-se no Apêndice D.

No caso do DM, no grupo de AIN foi verificado maior consumo de arroz integral ($p=0,000$) pelo grupo portador da doença e no grupo dos IC, menor consumo de açúcar ($p=0,000$). No grupo dos AUP foram observadas diferenças estatisticamente significativas no consumo de 8 alimentos, sendo, em todos os casos, observado menor consumo pelos portadores de DM.

Com relação a HAS, no grupo de AIN foi verificado maior consumo de carne suína ($p=0,050$) e menor consumo de frango ($p=0,025$) entre os portadores da doença. No grupo de IC houve maior consumo de óleo vegetal ($p=0,006$) e menor consumo de gordura animal ($p=0,047$), por parte dos portadores de HAS. No grupo de AP maior consumo de doces tipo geleia, marmelada compota e mel ($p=0,038$) e no grupo de AUP, menor consumo de chocolate ($p=0,011$) e macarrão instantâneo ($p = 0,015$), também pelos portadores de HAS.

Na análise de consumo, de acordo com a ausência ou presença de obesidade, foi verificado no grupo dos AIN diferença apenas no consumo de suco integral ($p=0,050$), sendo maior entre os não obesos. No grupo dos AUP houve diferença no consumo de carne processada ($p=0,000$) e refrigerante ($p=0,038$), com maior consumo no grupo de usuários obesos.

Dentre as variáveis de saúde analisadas, a presença de DM, foi aquela com maior quantidade de alimentos/grupos de alimentos com diferença significativa no consumo.

Tabela 9 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com a condição de saúde (doenças estudadas pelo Capacita Doenças Crônicas)* (n=280)

GRUPOS DE ALIMENTOS	DIABETES			HIPERTENSÃO			OBESIDADE		
<i>Alimentos in natura ou minimamente processados</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>
Arroz integral	1,1 (0,5)	1,6 (1,3)	0,000	1,5 (1,2)	1,3 (0,9)	0,136	1,4 (1,2)	1,3 (0,7)	0,923
Carne suína	2,4 (1,0)	2,4 (0,9)	0,965	2,2 (1,1)	2,5 (0,9)	0,050	2,4 (0,9)	2,5 (1,0)	0,538
Frango	3,3 (0,9)	3,2 (0,9)	0,628	3,6 (1,0)	3,2 (0,9)	0,025	3,2 (1,0)	3,4 (0,9)	0,145
Suco integral	1,6 (1,1)	1,5 (1,0)	0,213	1,9 (1,4)	1,5 (1,0)	0,116	1,7 (1,1)	1,5 (1,0)	0,050
<i>Ingredientes culinários</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>
Açúcar	4,6 (1,8)	3,4 (2,2)	0,000	3,5 (2,2)	4,1 (2,0)	0,122	4,2 (2,0)	3,9 (2,1)	0,385
Gordura animal	2,1 (1,6)	2,2 (1,6)	0,525	2,7 (1,7)	2,1 (1,6)	0,047	2,0 (1,5)	2,3 (1,7)	0,137
Óleo vegetal	4,0 (1,6)	4,0 (1,5)	0,622	3,2 (1,9)	4,1 (1,5)	0,006	4,1 (1,5)	4,0 (1,6)	0,823
<i>Alimentos processados</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>
Geleia/marmelada/compota/mel	1,6 (1,1)	1,4 (0,9)	0,076	1,2 (0,8)	1,6 (1,0)	0,038	1,7 (1,2)	1,4 (0,9)	0,116
<i>Alimentos ultraprocessados</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>
Bolo	2,3 (0,9)	2,1 (0,9)	0,049	2,2 (0,8)	2,2 (0,9)	0,875	2,1 (0,9)	2,3 (0,9)	0,134
Carne processada	1,9 (1,1)	2,1 (1,0)	0,085	2,2 (1,1)	2,0 (1,0)	0,339	1,7 (0,9)	2,2 (1,1)	0,000
Chocolate em barra	1,8 (1,0)	1,5 (0,9)	0,004	2,0 (1,0)	1,6 (1,0)	0,011	1,6 (1,0)	1,7 (0,9)	0,371
Iogurte com sabor	1,8 (1,0)	1,6 (0,9)	0,034	2,0 (1,0)	1,7 (1,0)	0,076	1,8 (1,0)	1,7 (1,0)	0,569
Macarrão instantâneo	1,4 (0,7)	1,5 (0,8)	0,309	1,7 (0,8)	1,4 (0,7)	0,015	1,4 (0,8)	1,4 (0,7)	0,773
Molhos prontos	1,7 (0,9)	1,5 (0,8)	0,027	1,6 (1,0)	1,6 (0,9)	0,829	1,5 (0,9)	1,6 (0,9)	0,324
Molhos salada	1,1 (0,5)	1,0 (0,2)	0,047	1,1 (0,4)	1,1 (0,4)	0,509	1,1 (0,4)	1,1 (0,5)	0,965
Pizza	1,6 (0,6)	1,4 (0,7)	0,011	1,5 (0,7)	1,5 (0,6)	0,891	1,5 (0,6)	1,6 (0,7)	0,116
Refrigerante	2,1 (1,1)	1,8 (1,0)	0,016	2,3 (1,2)	1,9 (1,0)	0,650	1,9 (1,1)	2,1 (1,1)	0,038
Sobremesas lácteas	1,9 (0,9)	1,7 (0,8)	0,044	1,9 (0,9)	1,8 (0,8)	0,387	1,8 (0,8)	1,8 (0,8)	0,979

Fonte: A autora (2024).

Em negrito valor de $p < 0,05$.

* Versão reduzida (apenas com alimentos/grupos de alimentos com diferença estatisticamente significativa em alguma das condições)

¹ 1: menos que uma vez por mês ou nunca; 2: 1 a 3 vezes ao mês; 3: 1 a 3 vezes por semana; 4: 4 a 6 vezes por semana; 5: 1 vez ao dia; 6: 2 a 3 vezes ao dia; e 7: 4 vezes ou mais por dia.

² Atenção primária à saúde

³ Doença crônica não transmissível

Além dos 51 alimentos analisados anteriormente, foram descritos pelos usuários outros 37, sendo os de maior citação: adoçante (13,21%), suco em pó industrializado (11,07%) e pão integral (10%). Todos os demais foram citados por menos de 10 usuários (<10%) e incluíram, entre outros: açaí, água de coco, amendoim, azeitona, canela, chimarrão, gengibre, granola, patê industrializado, pipoca e tapioca.

8 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil socioeconômico e demográfico, os principais achados deste estudo estão em concordância com a literatura sobre o tema. Os usuários da rede de Atenção Primária à Saúde (APS), portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são, majoritariamente, pessoas do sexo feminino (74,30%), assim como verificado por vários autores (Destri; Zanini; Assunção, 2017; Felchilcher; Araújo; Traverso, 2015; Ferreira *et al.*, 2019; Montebello *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023; Vieira *et al.*, 2021). A faixa etária predominante é a idosa com 60 anos ou mais (57,50%), resultado verificado também na literatura (Destri; Zanini; Assunção, 2017; Montebello *et al.*, 2022; Vieira *et al.*, 2021). A maioria das pessoas são casadas (53,93%), assim como em outros estudos (Felchilcher; Araújo; Traverso, 2015; Montebello *et al.*, 2022). A renda mais prevalente foi a de 1-3 salários mínimos (58,90%) e a escolaridade até 4 anos de estudo (61,80%), com achados semelhantes na literatura (Destri; Zanini; Assunção, 2017; Felchilcher; Araújo; Traverso, 2015; Montebello *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023).

A maior parte dos usuários, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) participantes do estudo, foi composto por mulheres, dado presente nos estudos que analisam o perfil de usuários da APS, portadores de DCNT. Isso ocorre porque as políticas de atenção à saúde da mulher são mais antigas. Além disso, coexistem ainda as questões da cultura patriarcal e machista, associadas ao fato de as mulheres buscarem mais o autocuidado e prevenção. Diferentemente dos homens, que embora apresentem maiores taxas de morbimortalidade, procuram atendimento, normalmente, quando o estado de saúde já está mais agravado (Guibu *et al.*, 2021; Gutmann *et al.*, 2022).

O estado civil da maior parte dos usuários da APS foi formado por pessoas casadas. Ter um parceiro é um importante preditor de nutrição entre os idosos, especialmente no caso das mulheres viúvas. Elas se tornam mais vulneráveis por não terem mais para quem cozinhar ou pela falta de disponibilidade de alimentos devido a menor renda (Moraes *et al.*, 2021; Silva Junior *et al.*, 2023). Porém, se por um lado, ter um parceiro é fator de proteção para a nutrição, por outro, morar com muitas pessoas no domicílio pode ter efeito contrário, pois costuma estar relacionado ao menor nível socioeconômico, o que dificulta a aquisição de alimentos saudáveis (Assumpção *et al.*, 2017). De fato, a renda de 1 a 3 salários-mínimos, citada pela maioria dos usuários

deste estudo, pode se tornar um obstáculo para maior adesão ao tratamento das DCNT, pois costuma ser um aspecto limitante para seguimento de um plano alimentar.

Com relação às três doenças foco do estudo, a HAS foi a mais referida (86,80%). Esta doença também foi a mais prevalente nos estudos de Destri, Zanini e Assunção (2017) e Scursel *et al.* (2021) e está de acordo com o contexto geral do Brasil e do estado do Paraná, que apresenta as doenças do aparelho circulatório como as mais prevalentes (Malta *et al.*, 2019; Paraná, 2023).

Já as outras doenças mais citadas (exceto aquelas foco do estudo) foram as endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque a dislipidemia. Outros estudos também verificaram dados semelhantes (Montebello *et al.*, 2022; Nascimento *et al.*, 2021; Pereira *et al.*, 2020; Scursel *et al.*, 2021). A dislipidemia envolve distúrbios no colesterol sérico, triglicerídeos ou ambos e se caracteriza como um importante fator de risco cardiovascular (Brasil, 2020; Berberich; Herege, 2022).

É preocupante também a alta prevalência dos transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento observados no presente estudo. Mais de $\frac{1}{4}$ dos usuários os apresentava, com destaque a ansiedade, semelhante ao achado de Scursel *et al.* (2021). O processo de envelhecimento, que acompanha a aposentadoria, é um fator que influencia na saúde física e emocional, podendo acarretar perda das funções físicas e mentais (Moraes *et al.*, 2021).

Cabe destacar ainda a alta prevalência de multimorbidade encontrada no presente estudo (63,21%), considerando apenas as três doenças foco de investigação. Outros autores verificaram dados semelhantes, sendo elevada também a prevalência de multimorbidade (Gusmão *et al.*, 2022; Melo; Lima, 2020; Pereira *et al.*, 2020; Scursel *et al.*, 2021). Esta situação impacta a qualidade de vida, limita o autocuidado e favorece a polifarmácia. Além disso, aumenta o risco de mortalidade e se torna um desafio para os serviços de saúde, porque aumenta os custos com tratamento, com maior demanda por internações hospitalares, exames complementares e consultas médicas (Gusmão *et al.*, 2022).

No que se refere ao consumo de medicamentos, foi verificado que 97,50% dos usuários consumiam pelo menos um medicamento, com média de 3,4. No estudo de Marques *et al.* (2019) o consumo médio foi de 2,9 medicamentos, no de Morin *et al.* (2018), 4,4 e no de Oliveira *et al.* (2021), 5,2 medicamentos. A polifarmácia (consumo de 5 ou mais medicamentos) foi elevada em nosso estudo, com mais de $\frac{2}{3}$ dos idosos utilizando muitos medicamentos (69,33%), superior ao citado por

outras literaturas (Marques *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2021; Scursel *et al.*, 2021; Silveira; Silva; Rocha, 2018). Esses achados eram esperados, visto se tratar de usuários portadores de múltiplas DCNT e idosos, na sua maioria, que costumam consumir medicamentos para o tratamento de doenças e complicações de diferentes sistemas corporais, relacionados à senilidade (Marques *et al.*, 2019). Por outro lado, o que pode explicar a menor frequência de polifarmácia das literaturas citadas, é o fato de essas pesquisas não terem amostra composta apenas de portadores de DCNT, como em nosso estudo.

Embora os medicamentos sejam importantes para o tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos, em especial, as comorbidades que se manifestam no envelhecimento, seu uso simultâneo e abusivo, pode desencadear várias complicações. Assim, é fundamental na APS o trabalho interdisciplinar visando alternativas à prática biomédica, essencialmente prescritiva, para reduzir a polifarmácia e trazer mais qualidade de vida aos indivíduos (Marques *et al.*, 2019).

Com relação ao consumo de tabaco, no presente estudo ele atingiu 9,30%. Na literatura há estudos com valores superiores (Felchilcher; Araújo; Traverso, 2015; Paula *et al.*, 2023; Vieira *et al.*, 2021) e outros com valores semelhantes (Montebello *et al.*, 2022; Ferreira *et al.*, 2019). No último Vigitel (2023), o valor foi de 9,30% (Brasil, 2023), portanto igual ao encontrado em nosso estudo. Já com relação ao consumo de álcool, no presente estudo ele atingiu valor de 13,21%, sendo inferior aos relatados na literatura (Ferreira *et al.*, 2019; Montebello *et al.*, 2022; Paula *et al.*, 2023).

Quanto ao estado nutricional dos usuários da APS, houve prevalência de obesidade (56,78%) com destaque entre os adultos (64,70%). A literatura também apresenta valores elevados para obesidade, no entanto inferiores (Ferreira *et al.*, 2019; Montebello *et al.*, 2022; Nascimento *et al.*, 2021). Já Oliveira, Werner e Favretto (2021), verificaram uma amostra muito semelhante ao do presente estudo. Cabe destacar que existe relação entre a obesidade e o processo de aposentadoria. Os idosos, normalmente aposentados e sedentários, estão mais sujeitos ao excesso de peso corporal. Em especial, a obesidade central ou abdominal que causa alteração na composição e localização da gordura corporal nesta região do corpo e potencializa o desenvolvimento e/ou agravamento de DCNT (Fuzaro Junior *et al.*, 2016; Nascimento *et al.*, 2021).

Embora a prevalência de obesidade e outras DCNT seja alta entre os usuários estudados, o acompanhamento com nutricionista é realizado apenas por parcela

pequena (5,40%), visto que a APS do município não conta com este profissional disponível em todas as UBS. Até o mês de junho de 2024 havia apenas 1 equipe multidisciplinar (eMulti⁶) homologada no município (que dentre outros profissionais, conta com nutricionista) e mais 2 solicitações de credenciamento, conforme site e-Gestor da Atenção Primária (Brasil, 2024). Assim, quando necessário, e conforme os critérios de elegibilidade (estratificação de risco e esgotamento das possibilidades terapêuticas na APS), os usuários são encaminhados para a atenção secundária, que conta atualmente com 2 profissionais nutricionistas atuando no município.

Mas é importante frisar, que além do atendimento especializado, as atividades de educação nutricional para promoção da alimentação saudável na rede de APS são imprescindíveis (Nardocci; Polsky; Moubarac, 2021). O papel dos profissionais de saúde, incluindo o nutricionista, é fundamental no planejamento de atividades educativas e orientações nutricionais (Zanetti *et al.*, 2015). Sem contar que para melhores resultados no tratamento e prevenção de complicações das DCNT, além do tratamento medicamentoso, são essenciais as ações não farmacológicas, como a atividade física e os cuidados nutricionais (Santos *et al.*, 2020).

Uma equipe interdisciplinar, que inclua médico, enfermeiro, dentista, farmacêutico, nutricionista, entre outros profissionais da saúde na rede de APS, pode resultar em muitos benefícios, como: redução de internações hospitalares, melhor gerenciamento das DCNT e, conseqüente redução de custos com o cuidado a longo prazo. A consulta compartilhada é um exemplo de união dos conhecimentos para o alcance de um objetivo comum, apresentando-se como uma estratégia para o trabalho em equipe na APS (Moura-Ferreira *et al.*, 2024).

Sobre o consumo alimentar dos usuários, destaca-se o baixo escore de hortaliças (escore 4,0), legumes (escore 3,8) e frutas (escore 3,9). Porém, ao analisá-lo, considerando como regular a ingestão realizada “pelo menos 5 vezes na semana”, que é a estipulada pelo Vigitel (Brasil, 2023), a adequação foi de 66,10% para

⁶ De acordo com a Portaria no 635/2023 do Ministério da Saúde, as equipes multiprofissionais (eMulti) devem ser “compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da [...] APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a [...] RAS” (Brasil, 2023). Estas equipes podem ser de três tipos: I - equipe eMulti Ampliada; II - equipe eMulti Complementar; e equipe eMulti Estratégica, com variações na composição profissional e na carga horária delas. Suas atribuições são: o atendimento individual, em grupo e domiciliar; atividades coletivas; apoio matricial; discussões de casos; atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; oferta de ações de saúde à distância; construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e práticas intersetoriais (Brasil, 2023).

hortaliças, 59,20% para legumes e 60,40% para frutas. Estes valores foram superiores aos encontrados no Vigitel (31,90%) para este grupo de alimentos (Brasil, 2023). O consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras é um problema mundial, visto que acarreta baixa ingestão de fibras e micronutrientes benéficos para a saúde (Brasil, 2022a). O baixo consumo destes compostos está associado ao aumento da mortalidade por câncer, doenças cardiovasculares e DM. Conforme recomendação da *World Health Organization* (WHO, 2003), o adequado seria consumir pelo menos 400g ou mais de vegetais por dia.

O consumo de leguminosas também apresentou escore baixo (4,6). Já seguindo o critério de consumo estipulado pelo Vigitel (Brasil, 2023) e pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (Brasil, 2020) de “pelo menos 5 vezes na semana”, 66,40% dos usuários consumiam leguminosas nesta frequência. Este valor é superior ao encontrado pelo Vigitel (Brasil, 2023), que foi de 58,6% e inferior ao da PNS de 2019 (Brasil 2020) que foi 68,3%. Em combinação com o arroz, o feijão é parte da dieta tradicional brasileira, um marcador da cultura alimentar e símbolo da comida cotidiana e saudável. Além disso, é considerado um prato nutricionalmente adequado pela sua composição de aminoácidos essenciais e está associado ao melhor controle da pressão arterial (Costa *et al.*, 2021; Durante *et al.*, 2017; Vitale *et al.*, 2024).

Outro alimento analisado nesta pesquisa foi o peixe, que apresentou escore de consumo baixo (1,5). Ao analisá-lo, considerando como regular a ingestão realizada “pelo menos 1 vez na semana” (estipulada pela PNS de 2019), a adequação foi de 13,20%, inferior a PNS de 2019 (Brasil, 2020), em que o consumo foi de 46,6%. Cabe destacar que o consumo de pescados pelo brasileiro ainda é baixo e variável conforme a região do país, com maior consumo na região Norte. Segundo a *Food and Agriculture Organization* (2012 apud Wagner; Coelho; Travassos, 2023) o consumo recomendado de pescados é de 12kg/ano/habitante, logo 1kg por mês e aproximadamente, 250g por semana.

O consumo de pescados é influenciado por diversos fatores como renda, escolaridade, localização domiciliar e situação de saúde. Por se tratar de um alimento fonte de proteínas de maior digestibilidade (em comparação a outras fontes animais) e com menor teor de gordura e colesterol, além de apresentar diversas vitaminas e minerais, seu consumo precisa ser estimulado (Brasil, 2020; Wagner; Coelho; Travassos, 2023).

Este estudo evidenciou baixo consumo de leite e derivados (escore 3,7). Valores semelhantes foram verificados por Durante *et al.* (2017) e Destri, Zanini e Assunção (2017). Embora não seja consenso, a recomendação de leite e derivados, entre profissionais de saúde (como nutricionistas), estes alimentos têm sido associados à prevenção do sobrepeso/obesidade, hipertensão e DM tipo 2, devido ao efeito protetor contra estas doenças (Feng *et al.*, 2022).

Por sua vez, a análise do consumo dos AUP revelou um escore geral baixo (1,8). Cabe destacar o refrigerante, que foi consumido por apenas 4,7% dos usuários (pelo menos 5 vezes por semana), valor inferior aos vistos no Vigitel (Brasil, 2023) e na PNS (Brasil, 2020). O que pode explicar o baixo escore de consumo de AUP em nosso estudo, é o fato de se tratar de usuários idosos. Segundo a PNS (Brasil, 2020) e o Vigitel (Brasil, 2023), o consumo destes alimentos reduz com o envelhecimento.

Montebello *et al.* (2022) ao analisar o consumo diário de AUP utilizando um recordatório alimentar de 24 horas, verificaram 28,30% de consumo de embutidos, 63,50% de bebidas adoçadas, 24,50% de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote e/ou biscoito salgado e 37,70% de bolachas recheadas, doces e outras guloseimas. Embora o presente estudo não tenha avaliado o consumo alimentar através de recordatório e sim por inquérito de frequência, observou-se um menor consumo de AUP, visto que, com exceção da margarina (38,60%) e bolachas simples (8,60%), os demais alimentos obtiveram valores de consumo diário inferiores a 4%. Mas cabe destacar, que no Brasil, de acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2017-2018), o consumo de AP e AUP vem ganhando espaço, em detrimento ao consumo de AIN e ingredientes culinários. Nas regiões Sul e Sudeste do país, os AUP já representam mais de um quinto das calorias adquiridas (IBGE, 2020).

O consumo elevado dos AUP pode alterar as funções neurais e digestivas que sinalizam fome e saciedade, levando ao seu consumo excessivo. Sem contar, por sua vez, que o aumento do consumo de açúcar e gordura podem aumentar a resposta glicêmica, alterando a resposta insulínica e favorecendo o armazenamento do excesso de gordura no tecido adiposo. Além disso, os condimentos, caldos, sopas em pó e carnes processadas apresentam níveis altos de sal, o que contribui para a ingestão de sódio, podendo agravar o quadro de hipertensão. Já o açúcar adicionado pode alterar o mecanismo da frutose no fígado, favorecendo a resistência insulínica, além de causar inflamação, estresse oxidativo, prejudicar o catabolismo do colesterol

e aumentar os triglicerídeos. Os AUP ainda são fontes de ácidos graxos trans saturada, que podem favorecer o quadro de dislipidemia (Mambrini *et al.*, 2023).

Sobre o consumo alimentar e sua relação com as variáveis socioeconômicas, foram observadas diferenças significativas em alguns alimentos, em especial, a maior ingestão com o aumento da renda, com a ausência de benefício governamental e com a maior escolaridade. Esta última parece ter efeito positivo no consumo de frutas, passando do escore 3,7 (ensino fundamental) para o escore 5,0 (ensino superior). Durante *et al.* (2017) verificaram dado parecido, pois o consumo regular de frutas e hortaliças foi maior conforme o aumento da escolaridade, mesmo resultado encontrado na PNS de 2019 (Brasil, 2020) e no Vigitel de 2023 (Brasil, 2023).

Estudo transversal de Silvani *et al.* (2018), realizado para comparar o consumo alimentar de usuários de UBS de acordo com o recebimento de benefício social, verificou que entre os beneficiários, o consumo de hortaliças era menor. Diferentemente do presente estudo, em que o consumo de hortaliças foi igual. Também Destri, Zanini e Assunção (2017) observaram menor prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças entre os indivíduos do grupo com menor renda. Este achado não foi observado no presente estudo, visto que o fator renda não obteve diferença significativa em relação ao consumo de frutas e hortaliças.

A literatura aponta ainda que a população com maior rendimento e escolaridade também vem reduzindo o consumo de alimentos básicos tradicionais da dieta brasileira, como feijão, raízes, tubérculos, farinha de mandioca e açúcar (Canuto; Fanton; Lira, 2019; Brasil, 2023). Estes achados, no entanto, não foram verificados, de forma estatisticamente significativa no presente estudo, com exceção do açúcar (menor consumo com aumento da escolaridade).

Com a melhoria na renda é esperada uma maior aquisição de alimentos, o que deveria incluir os mais saudáveis. No entanto, o que se percebe é que o aumento no consumo de alimentos, não está associado, necessariamente, ao aumento da qualidade nutricional. Devido ao baixo custo, praticidade, *marketing*, baixo conhecimento sobre alimentação saudável ou pelo poder de escolha, os AUP ainda são muito consumidos (Silvani *et al.*, 2018; Kuhn; Schmitt; Fassina, 2021).

Analisando o consumo alimentar e sua relação com as variáveis demográficas foram observadas diferenças no consumo de alguns alimentos, entre sexos, faixa etária e localização de moradia. Com relação a maior consumo de frutas entre as mulheres, vários autores verificaram este resultado (Zanchim; Kirsten; De Marchi,

2018; Assumpção *et al.*, 2017; Destri; Zanini; Assunção, 2017; Durante *et al.*, 2017; Brasil, 2020; Brasil, 2023). Semelhante ao nosso estudo, o maior consumo de leite entre as mulheres também foi verificado por Assumpção *et al.* (2017) e o maior consumo de doces por Brasil (2020), Durante *et al.* (2017) e Silva Junior *et al.* (2023). O público feminino ainda consumia mais hortaliças do que os homens, conforme Assumpção *et al.* (2017), Durante *et al.* (2017) e a PNS de 2019 (Brasil, 2020), resultado não observado no presente estudo.

Entre os homens foi verificado maior consumo de vários outros alimentos. Assumpção *et al.* (2017) citam carnes e ovos, Durante *et al.* (2017), carne e feijão, Pereira *et al.* (2020), arroz com feijão e o Vigitel de 2023 (Brasil, 2023), feijão. Todas estas diferenças, no entanto, não foram verificadas de forma significativa no presente estudo.

A melhor qualidade da dieta das mulheres tem sido atribuída ao fato de que os cuidados com a seleção e o preparo dos alimentos são mais desempenhados por elas. Além disso, como já mencionado anteriormente, as mulheres têm maior preocupação com a própria saúde (Assumpção *et al.*, 2017). Já no que se refere a faixa etária, o estudo identificou que as pessoas mais velhas tendem a reduzir o consumo de alguns AUP, como o refrigerante. Achados similares foram vistos na PNS realizada em 2019 (Brasil, 2020) e no Vigitel de 2023 (Brasil, 2023).

Também foram observadas diferenças no consumo alimentar entre as pessoas residentes na área urbana e rural. Costa *et al.* (2021) observaram que a população residente na área rural tinha maior chance de manter um padrão alimentar mais tradicional, com maior consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados (AIN) e menor de AUP. Almeida *et al.* (2021) também encontraram maior consumo regular de AUP (maior ou igual a 5 vezes por semana) entre os residentes de áreas urbanas. Achados similares foram vistos na PNS realizada em 2019 (Brasil, 2020). Tais resultados na literatura se assemelham aos do presente estudo, visto que a maioria dos AUP, eram consumidos em maior quantidade, embora sem diferença estatisticamente significativa, pelos residentes da zona urbana, quando em comparação com a rural.

A literatura aponta ainda que as frutas são consumidas com maior frequência na área rural, conforme achados de Destri, Zanini e Assunção (2017). Os autores explicam que a maioria da população do município estudado vivia na área rural e mantinha cultivo de frutas e hortaliças, o que aumentava a disponibilidade desses

alimentos para o consumo (Destri; Zanini; Assunção, 2017). Este resultado, no entanto, não foi observado no presente estudo.

Ainda na área rural, resultados semelhantes ao do presente estudo, foram verificados por Canuto, Fanton e Lira (2019), em relação as leguminosas, ovos e açúcar (alimentos mais consumidos pela população desta região). Já o consumo de raízes foi o oposto, sendo no presente estudo mais consumido na zona urbana. Os autores ainda verificaram que o consumo de leite e derivados foi maior na zona urbana, dado semelhante ao do nosso estudo, no que diz respeito ao iogurte natural.

Embora ainda existam diferenças no consumo alimentar dos usuários residentes em áreas urbanas e rurais, o avanço da urbanização e da industrialização as atenuou. A urbanização contribui para a redução do consumo de AIN, cujo preparo demanda maior tempo e habilidades culinárias e pode repercutir na escolha por alimentos mais práticos e rápidos, como os AUP (Costa *et al.*, 2021). A moradia na área rural pode diminuir o acesso a uma alimentação mais variada e saudável, incluindo os alimentos in natura, devido ao distanciamento dos centros de distribuição de alimentos (Canuto; Fanton; Lira, 2019).

Acerca do consumo alimentar e sua relação com às condições de saúde, foi observado que o maior número de doenças foi associado ao maior consumo de suco integral e menor consumo de açúcar e de alguns AUP. Já o estado nutricional não interferiu de maneira significativa, pois apenas o iogurte natural e suco integral tiveram menor consumo ao comparar pessoas eutróficas e obesas. A polifarmácia foi associada ao maior consumo de 7 alimentos, sendo 5 AUP. E ao verificar o escore de consumo alimentar em relação à presença ou ausência das três doenças, notou-se que a que levou a maiores modificações foi o DM. Os portadores da doença apresentaram maior consumo de arroz integral e menor consumo de açúcar e de oito AUP. Destri, Zanini e Assunção (2017), também observaram que o consumo recomendado dos alimentos em geral foi maior entre indivíduos que tinham DM.

Mas fato preocupante em nosso estudo é que dos usuários portadores de DM, apenas 55,50% relataram consumir açúcar para adoçar bebidas mais do que três vezes por semana. No estudo de Assumpção *et al.* (2022), o percentual de idosos diabéticos que ingeriam bebidas adoçadas, também foi elevado. Segundo os autores, o consumo de açúcar, seja como adoçante de bebidas ou adicionado em doces em geral, induz a resistência à insulina e a hiperinsulinemia, o que agrava o DM e é fator de risco para as doenças cardiovasculares, portanto deve ser evitado ou limitado.

Embora conhecer a frequência de consumo de alimentos seja importante e o estudo tenha constatado, que em geral, ela se mostra mais adequada entre os portadores de DM, há a questão da distribuição dos alimentos ao longo do dia. De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, devem ser realizadas três refeições principais: café da manhã, almoço e jantar (Brasil, 2014b), compostos basicamente por AIN. Em nosso estudo foi observado maior consumo de arroz, feijão, legumes e hortaliças, na frequência “uma vez por dia”, ou seja, apenas no almoço, sendo o jantar substituído por outros alimentos, não necessariamente os AIN.

Com base nos dados analisados em nosso estudo, pode-se verificar que alguns dos fatores associados às complicações das DCNT são: público idoso com multimorbidade, estado nutricional inadequado (excesso de peso) e polifarmácia, além da baixa escolaridade e renda. Estes fatores dificultam o tratamento e controle das doenças, que envolve, além de medidas farmacológicas, também mudanças dietéticas e de estilo de vida. Além disso, foi constatado o baixo consumo de alimentos protetores para as DCNT, como leite e derivados na sua forma *in natura* ou minimamente processada, leguminosas, frutas e hortaliças e o alto consumo de alimentos prejudiciais à saúde (açúcar refinado, margarina e bolachas), além do fato dos AIN fazerem parte apenas de uma das refeições diárias, da maioria dos usuários.

As estratégias para prevenção de novos casos destas DCNT na APS e tratamento/controle dos existentes, com base nos resultados do estudo, incluem: aumentar consumo de leite e derivados na sua forma *in natura* ou minimamente processada, assim como o consumo de leguminosas, frutas e hortaliças. É importante também reduzir a frequência de consumo de açúcar, especialmente entre os portadores de DM e estimular o consumo de AIN não apenas no almoço, mas também no jantar.

O trabalho interdisciplinar no contexto da APS se caracteriza como importante estratégia para a integralidade na assistência ao paciente, de forma a ampliar sua resolutividade, visto que a saúde não envolve apenas questões médicas, mas também aspectos sociais e humanos (Moura-Ferreira *et al.*, 2024). Assim, outra estratégia fundamental é promover ações de educação nutricional na APS, com a inclusão de profissional nutricionista junto às equipes da rede.

Se faz necessário também ampliar as políticas de acesso aos alimentos saudáveis, com maior variedade no programa mercado da família existente na cidade e implantação de hortas comunitárias nos bairros, por exemplo. O município já conta

com o Programa Feira Verde, uma importante estratégia para oferta de alimentos saudáveis como frutas e verduras à população, em troca por material reciclável. Porém, como não foi investigado no estudo, a participação dos usuários junto ao programa, não há como discutir se ele é uma estratégia adequada e se de fato utilizada por este público.

Como fragilidades do estudo tem-se que os inquéritos alimentares são passíveis de viés de memória, que pode estar comprometida entre os usuários idosos entrevistados, prejudicando a aferição da dieta habitual, que pode estar sub ou superestimada. Além disso, houve a aplicação de uma frequência alimentar não validada para análise dos alimentos conforme tipo de processamento, proposto pela classificação NOVA. Outra fragilidade é o viés de seleção, visto que os usuários participantes do estudo deveriam apresentar pelo menos uma das DCNT selecionadas para o estudo. Diferentemente dos inquéritos nacionais, em que apenas parte da população era portadora de doenças crônicas, pois não há este critério de seleção. Além disso, apenas pequena parcela dos usuários era residente da área rural, o que torna frágil a análise comparatória entre as situações de domicílio.

Há também a dificuldade de comparação dos resultados do nosso estudo com pesquisas nacionais, visto que os estudos Vigitel e PNS apresentam a análise de itens com consumo “pelo menos 5 vezes por semana”, não sendo possível uma comparação exata com as opções de resposta deste estudo (sendo a mais próxima a de 4 a 6 vezes por semana), que pode sub ou superestimar o consumo dos itens. Além disso, deve-se constatar que por se tratarem de usuários com DCNT já acompanhados por equipes da APS, era esperado melhores resultados em relação aos hábitos alimentares, do que entre a população dos inquéritos nacionais, pelos motivos supracitados.

Outra fragilidade deste estudo foi a ausência de investigação de doenças bucais, uso de prótese ou edentulismo, que são fatores limitantes da ingestão alimentar. Outra ausência de investigação, foi sobre a prática de atividade física. Assim não foi possível estabelecer sua relação com o estado de saúde ou se é fator determinante de complicações das DCNT estudadas.

As potencialidades do estudo incluem que seus achados podem vir a contribuir com o enfrentamento das DCNT, pois são dados epidemiológicos locais, que poderão fornecer embasamento para profissionais e gestores municipais na implementação e/ou melhoria de estratégias de combate das DCNT na rede de APS

na região. O diagnóstico inicial dos usuários das UBS do município de Ponta Grossa, pode também ser comparado ao das outras cidades envolvidas no projeto (Londrina e Maringá), e espera-se que após um período da etapa de capacitação dos profissionais da rede de APS, o diagnóstico seja novamente realizado, com vistas a verificar a efetividade e alcance do projeto.

Por fim, cabe citar que os melhores resultados em relação a frequência alimentar observada neste estudo, em comparação aos dos inquéritos nacionais, podem refletir o trabalho do município no enfrentamento das DCNT, além da presença de benefícios governamentais (aposentadoria), que garantem mais acesso aos alimentos saudáveis. Assim, demonstra-se a importância da manutenção e aperfeiçoamento das políticas públicas existentes.

9 CONCLUSÃO

O diagnóstico situacional de saúde dos usuários da rede de Atenção Primária à Saúde (APS), com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), aponta para uma população em multimorbidade, polifarmácia e índice de massa corporal inadequado. O perfil socioeconômico e demográfico indica predominância do sexo feminino, idosa, com baixa escolaridade e renda. Com relação ao diagnóstico situacional do consumo alimentar, foi verificado que os alimentos *in natura* ou minimamente processados são a base da alimentação dos usuários, com valores de consumo, inclusive, maiores do que os vistos em inquéritos nacionais. No entanto, ainda é frequente a ingestão de alimentos ultraprocessados na rotina alimentar.

Quanto a frequência alimentar e sua relação com as variáveis socioeconômicas e demográficas, as de maior relevância foram a escolaridade e localização de moradia. Como hipótese inicial, esperava-se que a variável renda fosse a que mais interferisse no consumo de alimentos e embora esperada, a localização de moradia, ela é frágil, pois apenas pequena parcela dos usuários era residente da área rural. Já a presença de DM, foi a condição de saúde que mais trouxe alterações na frequência alimentar. A hipótese inicial era de que quanto mais DCNT os usuários apresentassem, maiores fossem as modificações no consumo de alimentos, fato não foi confirmado.

Cabe destacar que os melhores resultados em relação a frequência alimentar encontrados neste estudo, em comparação aos inquéritos nacionais, podem ter sido impactados pela pesquisa ter envolvido apenas usuários com DCNT já acompanhados por equipes da APS, e também do trabalho do município no enfrentamento das DCNT.

Por fim, espera-se que este trabalho possa servir como base para outros relacionados ao Projeto Capacita Doenças Crônicas no município e no estado do Paraná e que sirva para o embasamento de profissionais e gestores municipais na implementação e/ou melhoria de estratégias de enfrentamento das DCNT na rede de APS do município.

REFERÊNCIAS

- ABADDE, E. B. Evolução da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis nas populações das capitais do Brasil entre 2006 e 2018. **Medicina**, v. 54, n. 1. 2021. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.171413. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/171413/174718>. Acesso em: 18 fev. 2024.
- ALMEIDA, P. P. *et al.* Factors associated with the consumption of food according to the degree of processing in the primary health care. **Demetra**, v. 16, 2021. DOI: 10.12957/demetra.2021.59168. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/59168/39725>. Acesso em: 30 abr. 2024.
- AL-SOFIANI, M. E.; GANJI, S.; KALYANI, R. R. Body composition changes in diabetes and aging. **J Diabetes Complications**, v. 33, n. 6. p. 451–459. 2019. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2019.03.007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6690191/>. Acesso em: 22 fev. 2024.
- AMARAL, T.; L. M. *et al.* Dietary patterns and chronic diseases in a survey with adults in the Amazon. **Demetra**, v. 17, p. 1-13. 2022. DOI: 10.12957/demetra.2022.63148. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/download/63148/41995>. Acesso em: 23 jun. 2023.
- ASSUMPÇÃO, D. *et al.* Differences between men and women in the quality of their diet: a study conducted on a population in Campinas, São Paulo, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 347-358. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017222.16962015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5q3Qd7dqM4K6xJpSZr9tJJz/abstract/?lang=en>. Acesso em: 12 maio 2024.
- ASSUMPÇÃO, D. *et al.* Eating behavior of older adults with and without diabetes: the vigitel survey, Brazil, 2016. **Arq Bras Cardiol.**, v. 118, n. 2. p. 388-397. 2022. DOI: 10.36660/abc.20201204. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8856680/>. Acesso em: 17 maio 2024.
- BARBOSA, S.S. *et al.* A systematic review on processed/ultra-processed foods and arterial hypertension in adults and older people. **Nutrients.**, v. 14, n. 6, 1215. 2022. DOI: 10.3390/nu14061215. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35334872/>. Acesso em: 05 abr. 2024.
- BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. S.; BORTOLOTTTO, L. A. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.** v. 116, n. 3, p. 516-658. 2021. DOI: 10.36660/abc.20201238. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2024.
- BERBERICH, A. J.; HEGELE, R. A. A modern approach to dyslipidemia. **Endocr. Rew.**, v. 43, n. 4, p. 611-653. 2022. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34676866/>. Acesso em 23 jan. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 04 de março de 2002. Institui o programa nacional de assistência farmacêutica para hipertensão arterial e diabetes mellitus, parte integrante do plano nacional de reorganização da atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, **DOU**, 06 de março de 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html. Acesso em: 08 jun. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional. Brasília, DF, **DOU**, 18 de outubro de 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2246_18_10_2004.html. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 01 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_do_encas_cronicas.pdf. Acesso em: 17 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. DF, **DOU**, 1º de abril de 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.htm. Acesso em: 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 156 p. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf](bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf). Acesso em: 01 jun. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 40. **Panorama da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2018**. Volume 50, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/boletim-epidemiologico-vol-50-no40-dez-2019>. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal - Brasil e grandes regiões. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Cobertura da atenção básica**. Dezembro, 2020a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 06 jun. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dislipidemia**: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/pcdt_dislipidemia_prevencaoeventoscardiovascularespancreatite_isbn_18-08-2020.pdf. Acesso em 23 jan. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2021**: 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 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras**. Brasília, DF, 2022a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/policy_brief_recomendacoes_aumento_

consumo.pdf. Acesso em: 29 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan):** relatórios de acesso público. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023:** 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 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>. Acesso em: 19 jan. 2024.

BULGARELLI, P. T. *et al.* Health services users' perspective regarding their access to primary health care. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 11, n.3, p.216-231. 2018. DOI: 10.18569/tempus.v11i3.2443. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2443/1867>. Acesso em: 22 jun. 2023.

CAMILO, V. M. A. *et al.* Desenvolvimento de questionário de frequência alimentar para população adulta residente em Santo Amaro, Bahia, Brasil. **Demetra**, v. 11, p. 1, p. 195-209. 2016. DOI: 10.12957/demetra.2016.18460. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/18460/16188>. Acesso em: 14 jan. 2024.

CANUTO, R.; FANTON, M.; LIRA, P. I. C. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3193-3212, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018249.26202017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/M5cjnvCgH5zHvzc8vsHbgCt/?lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2024.

CAPACITA DOENÇAS CRÔNICAS. **Formação de gestores e profissionais de saúde.** 2020. Disponível em: <https://www.capacitadcnt.com/>. Acesso em: 11 jan. 2024.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018.** Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2024

COUTINHO, L. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Methods for estimating prevalence ratios in crosssectional studies. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 992-8. 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2008.v42n6/992-998/>. Acesso em 02 out. 2024.

COSTA, D. V. P. *et al.* Food consumption differences in Brazilian urban and rural areas: the National Health Survey. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, sup. 2, p. 3805-3813. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.26752019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/qYv7Lg7zW9yJMhpDPfQTxyF/?lang=en>. Acesso em: 14 jun. 2024

COSTA E SILVA, D. M. *et al.* Nutritional status and metabolic risk in adults: association with diet quality as assessed with ESQUADA. **Rev Bras Epidemiol**, v. 24, p.1-21. 2021. DOI: 10.1590/1980-549720210019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/CChDYJpmqyvPrnd4btWPbff/?lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2023.

DESTRI, K.; ZANINI, R. V.; ASSUNÇÃO, M. C. F. Prevalence of food intake among individuals with hypertension and diabetes in the municipality of Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brazil, 2013. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 4. 2017. DOI: 10.5123/S1679-49742017000400016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/3KLqKbrXMqBPLnBcXpj56Gd/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 12 maio 2024.

DURANTE, G. D. *et al.* Differences in food consumption between men and women interviewed by vigitel telephone survey. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 30, n. 3, p.1-12. 2017. DOI: 10.5020/18061230.2017.6165. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6165/pdf>. Acesso em: 12 maio 2024.

FELCHILCHER, E.; ARAÚJO, EG.; TRAVERSO, M. E. D. Perfil dos usuários de uma unidade básica de saúde do meio-oeste catarinense. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 6, n. 2, p. 223-230, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/7919/pdf>. Acesso em: 01 jul. 2023.

FENG, Y. *et al.* Consumption of dairy products and the risk of overweight or obesity, hypertension, and type 2 diabetes mellitus: a dose-response meta-analysis and systematic review of cohort studies. **Adv Nutr.**, v. 13, n. 6, p. 2165-2179. 2022. DOI: 10.1093/advances/nmac096. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36047956/>. Acesso em: 07 abr. 2024.

FERREIRA, R. C. *et al.* Evaluation of consumption of food and predictors of cardiovascular risk in hypertensive protectors of the State of Alagoas, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2419-2430. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018247.20242017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31340261/>. Acesso em: 20 maio 2024.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependente elderly people. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.33882020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

FURCADA, J. M.; PATINO, C. M.; FERREIRA, J. C. Estimating risk in clinical studies: odds ratio and risk ratio. **J Bras Pneumol.**, v. 46, n.2. 2020. DOI: 10.36416/1806-3756/e20200137. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/G9c9nDxRJrycfdTjgvBRWSK/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 08 jul. 2023.

FUZARO JUNIOR, G. *et al.* Alimentação e nutrição no envelhecimento e na aposentadoria. In: COSTA, J. L. R.; COSTA, A. M. M. R.; FUZARO JUNIOR, G. (orgs). **O que vamos fazer depois do trabalho? reflexões sobre a preparação para aposentadoria [online]**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2016, pp. 103-116. ISBN 978-85-7983-763-0. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/n8k9y/pdf/costa-9788579837630.pdf>. Acesso em: 12 maio 2024.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. (organizadora). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 1100p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2024.

GUIBU, I. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Saude Publica.**, v. 51, supl. 2. 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007070. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZQ69PVkZHJKn64RZGRRBWjG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2024.

GUSMÃO, M. S. F. *et al.* Multimorbidity in community-dwelling older adults: prevalence and associated factors. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 25, n. 1, 2022. DOI: 10.1590/1981-22562022025.220115.pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/XvWpGV35MqHNG7sbKd8BVGG/abstract/?lang=en>. Acesso em: 23 maio 2024.

GUTMANN, V. L. R. *et al.* Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde. **J. nurs. health.**, v. 12, n. 2. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/20880>. Acesso em: 25 abr. 2024

HESSLER, D. M. *et al.* Self-management support for chronic disease in primary care: frequency of patient self-management problems and patient reported priorities, and alignment with ultimate behavior goal selection. **BMC Family Practice**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2019. DOI: 10.1186/s12875-019-1012-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31464589/>. Acesso em: 14 maio 2024.

HUNGER, R. *et al.* Monitoramento da avaliação antropométrica no contexto do sistema de vigilância alimentar e nutricional na atenção primária à saúde. **Rev. APS.**, v. 20, n.2, p. 194 - 202. 2017. DOI: 10.34019/1809-8363.2017.v20.15691. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15691/8216>. Acesso em: 03 jul. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7222745/mod_resource/content/2/relatorio%20publicado%20IBGE_POF_2017_2018.pdf. Acesso em 10 jun. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ponta Grossa**. 2023. Disponível

em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 06 jun. 2024.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno estatístico município de Ponta Grossa**. Junho, 2024. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84000>. Acesso em: 06 jun. 2024.

KEYZER, W. *et al.* Relative validity of a short qualitative food frequency questionnaire for use in food consumption surveys. **European Journal of Public Health**, v. 23, n.5, p. 737-742. 2013. DOI: 10.1093/eurpub/cks096. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22843611/>. Acesso em: 08 jun. 2023.

KUHN, G. D.; SCHIMITT, M.; FASSINA, P. Consumo alimentar, estado nutricional e segurança alimentar e nutricional dos beneficiários do programa bolsa família. **Destaques Acadêmicos**, v. 13, n. 3, p. 132-148. 2021. DOI: 10.22410/issn.2176-3070.v13i3a2021.2963. Disponível em: <https://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/2963>. Acesso em: 16 maio 2024.

LAUDER, L. *et al.* Hypertension management in patients with cardiovascular comorbidities. **Eur Heart J.**, v. 20, n. 44, p. 2066-2077. 2023. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac395. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36342266/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LIMA, R.; VELASCO, W.; SANTOS, P. **Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis**. Análise dos indicadores estratégicos. Goiás, 2022. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/2023/Mortalidade%20prematura%20por%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas%20n%C3%A3o%20transmiss%C3%ADveis.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2024.

LOPES, P.; JUNGES, J. R. Gerenciamento do diabetes por profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3. 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310325. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/d3kVPXfhF9qc8sFW7S8jtQy/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

LUCAS, M.; S.; FAVOETTO, C. K.; BONDEZA, K. L. Impacto da obesidade adulta no mercado de trabalho brasileiro: uma análise das diferenças entre homens e mulheres. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 32, n. 1, p. 225-258, 2023. DOI: 10.1590/1982-3533.2023v32n1art10. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8673233/31844>. Acesso em: 27 jan. 2024.

MALTA, D. C. *et al.* Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190030. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/r7QkT4hR3HmkWrBwZc6bshG/?format=pdf&lang=e>. Acesso em: 20 jan. 2024.

MAMBRINI, S.P. *et al.* Ultra-processed food consumption and incidence of obesity and cardiometabolic risk factors in adults: a systematic review of prospective studies. **Nutrients**, v. 31, n. 15. 2023. DOI: 10.3390/nu15112583. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37299546/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

MARQUES, P. P. *et al.* Polypharmacy in community-based older adults: results of the Fibra study. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 22, n. 05. 2019. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190118. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/wr4rsrFhfBRBq9ynz7Vrj4d/?lang=pt#>. Acesso em: 20 maio 2024.

MARTIN-RODRIGUEZ, E. *et al.* Comorbidity associated with obesity in a large population: the APNA study. **Obesity research & clinical practice**, v. 9, n. 5, p. 435-447, 2015. DOI: 10.1016/j.orcp.2015.04.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871403X15000575?via%3Di> hub. Acesso em: 08 jul. 2023.

MELO, S. P. C. M. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3159-3168, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018248.30742017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PWvhHXfyGfsv7H3cXqzhwrf/>. Acesso em: 25 jan. 2024.

MELO, S. P. C. M. *et al.* Overweight and obesity and associated factors in adults in a poor urban area of Northeastern Brazil. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 23. 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200036. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/d3Mg79yX3bTkDBS3hc55LLw/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2024.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Prevalence and factors associated with multimorbidities in Brazilian older adults. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3869-3877. 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202510.34492018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FjY6nhWYmJLbdgYp38Mw3pt/>. Acesso em: 25 maio 2024.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 19 jan. 2024

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em: 12 jun. 2024

MENDES, E. V. The care for chronic conditions in primary health care. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 2, p.1-3. 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.7565. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/7839/pdf_1. Acesso em: 12 jun. 2024.

MOLINA, M. D. C. B. et al. Reprodutibilidade e validade relativa do questionário de frequência alimentar do ELSA-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.2, p.379-389. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2013.v29n2/379-389/pt>. Acesso em 08 jun. 2023.

MONTEBELLO, P. L. et al. Análise dos hábitos de vida de usuários de unidade de saúde com hipertensão e/ou diabetes. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, p. 9925-9944. 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n2-098. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/43818>. Acesso em: 01 maio 2024.

MORAIS, C. M. S. et al. Aspectos nutricionais e psicológicos de idosos em situação de vulnerabilidade: um estudo de revisão sistemática. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 24, p.157-176. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24iEspecial29p157-17>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/53771>. Acesso em: 18 maio 2024.

MORIN, L. et al. The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. **Clin Epidemiol.**, v. 10, p. 289-98. 2018. DOI: 10.2147/CLEP.S153458. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29559811/>. Acesso em: 20 maio 2024.

MOURA-FERREIRA, M. C. et al. Qualidade do atendimento interdisciplinar na atenção primária à saúde: implicações no cuidado coletivo. **Revista caderno pedagógico**, v. 21, n. 1, p. 2411-2422. 2024. DOI: 10.54033/cadpedv21n1-127. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/2436/2681>. Acesso em: 06 jul. 2024.

NARDOCCI, M.; POLSKY, J.Y.; MOUBARAC, J.C. Consumption of ultra-processed foods is associated with obesity, diabetes and hypertension in Canadian adults. **Can J Public Health**, v. 112, n. 3, p. 421-429. 2021. DOI: 10.17269/s41997-020-00429-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33174128/>. Acesso em: 05 abr. 2024.

NASCIMENTO, M. O. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão na atenção primária. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, suppl 6. 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0173. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vKw4ScwGhjbHn4rRX37kdQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 maio 2024.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 44. 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.32. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2020.v44/e32/pt>. Acesso em: 22 jan. 2024.

OLIVEIRA, P. C. et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos atendidos na atenção primária à saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v. 26, n. 4, p. 1553-1564. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.08472019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqJVhghhLCxp6mFSFsWFdYH/>. Acesso em: 22 maio 2024.

OLIVEIRA, T.; WERNER, M.; FAVRETTO, D. Patologias mais frequentes e perfil de usuários de uma unidade básica de saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n.8, p. 379-390. 2021. DOI: 10.51891/rease.v7i8.1927. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/1927/794>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe**: informe preliminar Washington (D.C.): Organización Panamericana de la Salud; 2001. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/paho-salud-01.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Plano estadual de ações estratégicas para enfrentamento de doenças crônicas e agravos não transmissíveis 2023 – 2030**. 1ed. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Curitiba: SESA, 2023. Disponível em: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@d0afa8fb-ae7-4d9c-9b33-de3c5f53e248&emPg=true>. Acesso em: 22 jan. 2024.

PARODE, T. C. *et al.* Perfil dos usuários e atendimento das unidades básicas de saúde em um município de Criciúma (SC). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n.2, p.9-23. 2022. DOI: 10.22278/2318-2660.2022.v46.n2.a3600. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3600>. Acesso em: 28 jun. 2023.

PAULA, T. C. S. *et al.* Late-life drinking and smoking in primary care users in Brazil. **Aging Ment Health**, v. 27, n. 4, p. 797-802 2023. DOI: 10.1080/13607863.2022.2040002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35189752/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

PEREIRA, B. P. *et al.* Food consumption and multimorbidity among non-institutionalized elderly people in Pelotas, 2014: a cross-sectional study. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 3. 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000300015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32578666/>. Acesso em: 12 maio 2024.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Distritos Unidades de Saúde**. [202?]. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/distritos-unidades-de-saude/>. Acesso em: 06 jun. 2024

RODACKI, M. *et al.* **Classificação do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-1. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>. Acesso em: 2 jan. 2024.

SANTOS, A. L. *et al.* Adherence to the treatment of diabetes mellitus and relationship with assistance in primary care. **Rev Min Enferm.** v. 24. 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1051306>. Acesso em: 04 maio 2024.

SCURSEL, C. *et al.* Multimorbidade e polifarmácia em idosos residentes no perímetro rural do município de Seara-SC. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.1, p. 7308-7323. 2021. DOI:10.34117/bjdv7n1-494. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23439/1882>. Acesso em: 03 junho 2024.

SILVA, A. M. *et al.* Prevalence of non-communicable chronic diseases: arterial hypertension, diabetes mellitus, and associated risk factors in long-lived elderly people. **Rev Bras Enferm**, v. 76, n. 4. 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0592. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37820146/>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SILVA JUNIOR, J. N. B. *et al.* Factors associated with added sugar consumption of older adults from the region of Campinas-SP, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1219-1228. 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023284. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37042901/>. Acesso em: 12 maio 2024.

SILVANI, J. *et al.* Food consumption of users of the Brazilian Unified Health System by type of assistance and participation in the “Bolsa Família”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.8, p.2599-2608, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018238.06472016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gFyS55bMLchN6Bd7zDSnmvw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2023.

SILVEIRA, P. A.; SILVA, S. C.; ROCHA, K. S. C. Prevalência da polifarmácia nos idosos de uma unidade básica de saúde do estado de Minas Gerais. **Rev. Aten. Saúde**, v. 16, n. 58, p. 29-35. 2018. DOI: 10.13037/ras.vol16n58.5364. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5364. Acesso em: 22 maio 2024.

SOUSA, L. M. *et al.* Perfil dos usuários atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Ananindeua (Pará-Brasil). **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 50-58, 2011. DOI: 10.15448/1983-652X.2011.2.9286. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/9286>. Acesso em: 28 jun. 2023.

STOPA, S. R. *et al.* Surveillance of chronic non-communicable diseases: thoughts on the role of national health surveys of Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n. 1, 2022. DOI: 10.1590/SS2237-9622202200013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/p3DBSxd5FZ876xpH88nCLCy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2024.

VIEIRA, L. L.; FREITAS, L. A.; DUTRA, L. V. Associação entre hábitos alimentares e de vida de idosos hipertensos usuários de uma farmácia municipal. **Revista de**

Atenção à Saúde, v. 19, n. 70, p. 201-210. 2021. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n70.8032>. Disponível em: Acesso em: 18 abr. 2024.

VITALE, M.; GIOSUÈ, A.; SIERI, S. Legume consumption and blood pressure control in individuals with type 2 diabetes and hypertension: cross-sectional findings from the tosca it study. **Nutrients**, v. 15, n. 13, p.2895. 2023. DOI: 10.3390/nu15132895. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37447221/>. Acesso em: 07 abr. 2024.

VITALE, M. *et al.* Ultra-processed foods and human health: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. **Adv Nutr.**, v. 15, n. 1, p.100121. 2024. DOI: 10.1016/j.advnut.2023.09.009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/ewsce/article/pii/S2161831323013820>. Acesso em: 12 abr. 2024.

ZANCHIM, M. C.; KIRSTEN, V. R.; DE MARCHI, A. C. B. Consumption of dietary intake markers by patients with diabetes assessed using a mobile application. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 12, p. 4199-4208. 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182312.01412017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30540003/>. Acesso em: 16 abr. 2024

ZANETTI, M. L. *et al.* Adherence to nutritional recommendations and sociodemographic variables in patients with diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm.** v. 49, n. 4, p. 616-622. 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RQXsPdS8ckSrwzqfJFHcxdB/?lang=en#>. Acesso em: 04 maio 2024.

WAGNER, Y. G.; COELHO, A. B.; TRAVASSOS, G. F. Análise do consumo domiciliar de pescados no Brasil utilizando dados da POF 2017-2018. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 61, n. 3, 2023. DOI: 10.1590/1806-9479.2022.250494. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/resr/a/gVjpQmkvM9KrDW4PVnFkdsk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series n. 894. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 03 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924120916X>. Acesso em: 29 abr. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of diabetes mellitus**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325182/9789241515702-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2022**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2022.

Disponível em: <https://www.int/publications/i/item/9789240051157>. Acesso em: 19 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/ews-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 18 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International language for drug utilization research**. 2023a. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/. Acesso em: 22 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases**. 2023b. 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em: 22 jan. 2024.

APÊNDICE A - TABELA 6 COMPLETA

Tabela 6 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com as variáveis socioeconômicas (n=280)

(continua)

GRUPOS DE ALIMENTOS	RENDA				BENEFÍCIO GOVERNAMENTAL			ESCOLARIDADE			
<i>Alimentos in natura ou minimamente processados</i>	Até 1 SM*	1-3 SM*	≥ 4 SM*	<i>p</i>	Ausente	Presente	<i>p</i>	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	<i>p</i>
Arroz branco	4,7 (1,3)	4,8 (1,2)	5,0 (1,2)	0,679	4,8 (1,3)	4,8 (1,3)	0,799	4,9 (1,3)	4,9 (1,1)	4,0 (1,6)	0,018
Arroz integral	1,2 (0,8)	1,4 (1,0)	1,3 (1,0)	0,548	1,4 (1,0)	1,3 (0,9)	0,150	1,3 (0,9)	1,3 (1,0)	1,5 (1,1)	0,448
Café/chá mate	5,0 (1,6)	5,4 (1,2)	5,4 (1,4)	0,268	5,2 (1,5)	5,3 (1,3)	0,281	5,3 (1,4)	5,3 (1,4)	4,8 (1,5)	0,135
Carne bovina	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,003	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,359	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,769
Carne suína	2,4 (1,0)	2,5 (0,9)	2,5 (0,9)	0,932	2,5 (0,9)	2,4 (1,0)	0,185	2,5 (0,9)	2,5 (1,0)	2,0 (0,9)	0,067
Chá de ervas de infusão	2,4 (1,7)	2,7 (1,7)	2,7 (1,9)	0,520	2,8 (1,8)	2,5 (1,6)	0,180	2,5 (1,7)	2,7 (1,8)	3,0 (1,7)	0,354
Flocos cereais não adoçados	2,2 (1,3)	2,6 (1,2)	2,4 (1,5)	0,039	2,3 (1,3)	2,6 (1,3)	0,034	2,5 (1,3)	2,3 (1,3)	2,0 (1,0)	0,116
Frango	3,3 (0,9)	3,3 (0,9)	3,2 (0,9)	0,954	3,3 (0,9)	3,2 (0,9)	0,260	3,3 (0,9)	3,3 (0,9)	2,7 (0,9)	0,005
Frutas frescas	3,8 (1,2)	4,0 (1,3)	4,3 (1,3)	0,185	3,9 (1,3)	4,0 (1,3)	0,773	3,7 (1,2)	4,2 (1,4)	5,0 (0,8)	0,000
Hortaliças verdes	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,241	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,553	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,110
Iogurte natural	1,2 (0,6)	1,2 (0,7)	1,2 (0,9)	0,758	1,1 (0,5)	1,3 (0,8)	0,041	1,2 (0,6)	1,2 (0,7)	1,4 (1,0)	0,198
Leite integral	3,7 (1,9)	3,7 (2,0)	3,1 (2,3)	0,430	3,8 (2,0)	3,6 (2,0)	0,592	3,6 (2,0)	3,9 (2,0)	2,9 (2,0)	0,104
Leite semi ou desnatado	1,4 (1,3)	1,4 (1,2)	1,3 (1,0)	0,716	1,3 (1,0)	1,5 (1,4)	0,131	1,3 (1,1)	1,5 (1,4)	1,9 (1,7)	0,058
Legumes	3,6 (1,3)	3,9 (1,2)	3,8 (1,4)	0,421	3,8 (1,3)	3,8 (1,2)	0,781	3,7 (1,2)	4,0 (1,3)	4,2 (1,2)	0,032
Leguminosas	4,6 (1,2)	4,6 (1,3)	4,0 (1,5)	0,204	4,5 (1,3)	4,6 (1,2)	0,718	4,7 (1,2)	4,5 (1,4)	4,0 (1,4)	0,096
Massas	2,7 (1,0)	2,8 (0,9)	3,0 (1,1)	0,629	2,8 (1,0)	2,8 (0,9)	0,609	2,8 (0,9)	2,8 (1,1)	2,4 (0,8)	0,140
Miúdos	1,4 (0,7)	1,4 (0,6)	1,6 (0,8)	0,458	1,4 (0,6)	1,4 (0,7)	0,523	1,4 (0,7)	1,4 (0,7)	1,3 (0,6)	0,544
Ovos	2,7 (1,2)	3,2 (1,2)	2,9 (0,7)	0,010	3,0 (1,3)	3,0 (1,1)	0,687	3,0 (1,2)	3,1 (1,2)	2,6 (1,2)	0,289
Peixe	1,5 (0,8)	1,6 (0,7)	1,8 (0,7)	0,096	1,5 (0,7)	1,5 (0,7)	0,990	1,5 (0,7)	1,6 (0,8)	1,9 (0,9)	0,114
Raízes	3,2 (1,1)	3,1 (1,0)	3,2 (1,0)	0,994	3,2 (1,1)	3,1 (1,0)	0,197	3,1 (1,0)	3,4 (1,0)	3,0 (1,0)	0,039
Suco integral	1,7 (1,1)	1,4 (0,9)	1,7 (1,1)	0,093	1,6 (1,0)	1,5 (1,0)	0,976	1,4 (0,9)	1,7 (1,2)	1,8 (0,9)	0,024
Ingredientes culinários	Até 1 SM*	1-3 SM*	≥ 4 SM*	<i>p</i>	Ausente	Presente	<i>p</i>	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	<i>p</i>
Açúcar	4,1 (2,0)	4,1 (2,1)	3,7 (2,3)	0,851	4,2 (2,0)	4,0 (2,1)	0,504	4,3 (2,0)	3,9 (2,1)	2,8 (2,0)	0,003
Azeite de oliva	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,649	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,993	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	3,0 (2,0)	0,153
Gordura animal	1,7 (1,4)	2,4 (1,7)	2,5 (1,5)	0,002	2,1 (1,6)	2,2 (1,6)	0,630	2,1 (1,6)	2,3 (1,7)	2,0 (1,4)	0,591
Manteiga	1,5 (1,2)	1,7 (1,3)	1,8 (1,5)	0,396	1,7 (1,3)	1,6 (1,3)	0,296	1,5 (1,1)	1,8 (1,4)	2,1 (1,6)	0,012
Óleo vegetal	4,2 (1,6)	3,9 (1,6)	4,4 (1,4)	0,069	4,0 (1,6)	4,0 (1,6)	0,848	4,1 (1,6)	3,9 (1,7)	4,2 (1,2)	0,779

Tabela 6 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com as variáveis socioeconômicas (n=280)

(conclusão)

GRUPOS DE ALIMENTOS	RENDA				BENEFÍCIO GOVERNAMENTAL			ESCOLARIDADE			
Alimentos processados	Até 1 SM*	1-3 SM*	≥ 4 SM*	p	Ausente	Presente	p	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	p
Fruta enlatada	1,0 (0,2)	1,1 (0,3)	1,3 (0,6)	0,014	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	0,795	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	1,0 (0,2)	0,698
Geleia/marmelada/compota/mel	1,4 (0,8)	1,5 (1,0)	1,9 (1,4)	0,353	1,5 (1,0)	1,6 (1,0)	0,127	1,5 (0,9)	1,5 (1,0)	2,0 (1,6)	0,336
Pães	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)	5,0 (2,0)	0,576	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)	0,909	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)	4,0 (2,0)	0,456
Queijo amarelo	1,7 (1,0)	1,9 (1,1)	1,8 (0,9)	0,203	1,8 (1,0)	1,9 (1,1)	0,869	1,7 (1,1)	2,0 (1,1)	2,0 (0,9)	0,030
Queijo magro	1,5 (0,9)	1,4 (0,9)	1,5 (0,9)	0,658	1,4 (0,8)	1,5 (1,0)	0,737	1,4 (0,8)	1,5 (0,9)	1,7 (1,2)	0,733
Alimentos ultraprocessados	Até 1 SM*	1-3 SM*	≥ 4 SM*	p	Ausente	Presente	p	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	p
Achocolatado em pó	1,2 (0,6)	1,2 (0,7)	1,5 (1,1)	0,324	1,4 (0,9)	1,2 (0,5)	0,085	1,3 (0,7)	1,3 (0,7)	1,1 (0,5)	0,725
Bolacha recheada	1,2 (0,7)	1,4 (0,8)	1,7 (1,1)	0,015	1,5 (1,0)	1,3 (0,7)	0,297	1,3 (0,7)	1,4 (1,0)	1,6 (0,9)	0,229
Bolacha simples	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	3,0 (2,0)	0,449	3,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,181	2,0 (1,0)	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,590
Bolo	2,1 (0,9)	2,2 (0,9)	2,4 (1,0)	0,306	2,3 (0,9)	2,1 (1,0)	0,066	2,1 (0,9)	2,3 (0,9)	2,4 (1,0)	0,211
Carne processada	1,8 (1,0)	2,1 (1,1)	2,2 (1,0)	0,122	2,0 (1,1)	1,9 (1,0)	0,610	2,0 (1,1)	2,1 (1,0)	1,8 (1,1)	0,410
Chocolate em barra	1,5 (0,8)	1,7 (1,0)	2,2 (1,4)	0,072	1,9 (1,1)	1,5 (0,9)	0,001	1,5 (0,8)	1,9 (1,2)	2,0 (1,3)	0,030
Doces em geral	2,0 (1,1)	2,0 (1,1)	2,0 (1,2)	0,979	2,1 (1,2)	1,9 (1,0)	0,417	2,0 (1,1)	1,9 (1,0)	2,4 (1,5)	0,535
Flocos de cereais açucarados	1,0 (0,2)	1,1 (0,5)	1,1 (0,5)	0,258	1,1 (0,6)	1,0 (0,2)	0,078	1,1 (0,5)	1,1 (0,4)	1,0 (0,0)	0,503
Hambúrguer	1,4 (0,6)	1,4 (0,7)	1,5 (0,7)	0,720	1,5 (0,7)	1,3 (0,6)	0,041	1,4 (0,6)	1,5 (0,7)	1,5 (0,8)	0,426
Iogurte com sabor	1,8 (0,9)	1,7 (1,0)	1,6 (1,2)	0,367	1,7 (1,0)	1,7 (0,9)	0,792	1,7 (0,9)	1,8 (1,1)	1,5 (0,9)	0,253
Lasanha congelada	1,1 (0,4)	1,2 (0,5)	1,3 (0,7)	0,246	1,3 (0,6)	1,1 (0,3)	0,012	1,1 (0,4)	1,2 (0,5)	1,1 (0,4)	0,143
Macarrão instantâneo	1,5 (0,8)	1,4 (0,7)	1,5 (0,7)	0,571	1,5 (0,8)	1,4 (0,7)	0,609	1,5 (0,7)	1,4 (0,7)	1,2 (0,7)	0,438
Margarina	3,4 (1,8)	3,2 (1,8)	3,2 (2,2)	0,548	3,2 (1,8)	3,3 (1,8)	0,672	3,3 (1,8)	3,4 (2,0)	2,9 (1,8)	0,588
Molhos prontos	1,5 (0,8)	1,6 (0,9)	2,1 (1,2)	0,018	1,7 (1,0)	1,5 (0,8)	0,107	1,5 (0,9)	1,7 (1,0)	1,7 (0,9)	0,069
Molhos salada	1,1 (0,4)	1,1 (0,4)	1,1 (0,5)	0,732	1,1 (0,5)	1,1 (0,3)	0,696	1,1 (0,4)	1,1 (0,4)	1,1 (0,5)	0,573
Néctar	1,7 (1,1)	1,4 (0,9)	1,2 (0,5)	0,063	1,5 (1,0)	1,5 (0,9)	0,956	1,5 (1,0)	1,4 (0,8)	1,3 (0,7)	0,458
Pizza	1,4 (0,6)	1,5 (0,6)	2,0 (0,7)	0,004	1,7 (0,7)	1,4 (0,6)	0,003	1,4 (0,6)	1,7 (0,7)	1,8 (0,7)	0,001
Refrigerante	1,9 (1,1)	2,0 (1,0)	2,3 (1,1)	0,291	2,2 (1,1)	1,8 (1,0)	0,008	2,0 (1,1)	2,0 (1,1)	2,1 (1,1)	0,784
Salgadinhos fritos	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,170	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,089	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,206
Sobremesas lácteas	1,7 (0,8)	1,9 (0,9)	1,7 (0,7)	0,130	1,9 (0,9)	1,7 (0,8)	0,058	1,8 (0,8)	1,9 (0,9)	1,6 (0,7)	0,407

Fonte: A autora (2024).

Em negrito valor de $p < 0,05$.

*Salário mínimo

¹ 1: menos que uma vez por mês ou nunca; 2: 1 a 3 vezes ao mês; 3: 1 a 3 vezes por semana; 4: 4 a 6 vezes por semana; 5: 1 vez ao dia; 6: 2 a 3 vezes ao dia; e 7: 4 vezes ou mais por dia. ² Atenção primária à saúde ³ Doença crônica não transmissível

APÊNDICE B - TABELA 7 COMPLETA

Tabela 7 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com as variáveis demográficas (n=280)

(continua)

GRUPOS DE ALIMENTOS	SEXO			FAIXA ETÁRIA			SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO		
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados	Feminino	Masculino	<i>p</i>	Adulto	Idoso	<i>p</i>	Urbano	Rural	<i>p</i>
Arroz branco	4,7 (1,3)	5,0 (1,2)	0,057	4,9 (1,2)	4,7 (1,3)	0,161	4,8 (1,3)	5,2 (1,2)	0,008
Arroz integral	1,3 (1,0)	1,3 (0,9)	0,431	1,3 (0,9)	1,3 (1,0)	0,712	1,3 (1,0)	1,3 (0,8)	0,648
Café/chá mate	5,3 (1,3)	5,3 (1,6)	0,174	5,2 (1,4)	5,3 (1,4)	0,492	5,3 (1,4)	5,4 (1,3)	0,848
Carne bovina	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,576	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,584	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,437
Carne suína	2,4 (1,0)	2,6 (0,9)	0,135	2,4 (0,9)	2,5 (1,0)	0,283	2,5 (1,0)	2,4 (0,8)	0,523
Chá de ervas de infusão	2,8 (1,8)	2,2 (1,6)	0,013	2,6 (1,8)	2,6 (1,7)	0,891	2,6 (1,8)	2,6 (1,4)	0,822
Flocos de cereais não adoçados	2,5 (1,3)	2,3 (1,2)	0,354	2,4 (1,3)	2,5 (1,3)	0,734	2,8 (1,2)	2,8 (1,5)	0,134
Frango	3,3 (0,9)	3,1 (1,0)	0,221	3,4 (0,9)	3,2 (0,9)	0,110	3,3 (0,9)	3,0 (0,8)	0,016
Frutas frescas	4,1 (1,3)	3,6 (1,3)	0,009	3,8 (1,4)	4,0 (1,2)	0,348	4,0 (1,3)	3,6 (1,4)	0,127
Hortaliças verdes	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,349	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,559	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,847
Iogurte natural	1,2 (0,7)	1,1 (0,6)	0,403	1,1 (0,5)	1,3 (0,8)	0,720	1,2 (0,7)	1,0 (0,0)	0,044
Legumes	3,8 (1,2)	3,7 (1,2)	0,326	3,7 (1,3)	3,9 (1,1)	0,084	3,9 (1,2)	3,3 (1,2)	0,011
Leguminosas	4,5 (1,3)	4,7 (1,2)	0,531	4,6 (1,3)	4,5 (1,3)	0,598	4,5 (1,3)	5,1 (1,1)	0,001
Leite integral	3,7 (2,0)	3,6 (2,0)	0,875	3,6 (1,9)	3,7 (2,1)	0,824	3,7 (2,0)	3,3 (1,9)	0,339
Leite semi ou desnatado	1,5 (1,3)	1,2 (0,8)	0,039	1,4 (1,2)	1,4 (1,2)	0,925	1,4 (1,2)	1,2 (1,1)	0,834
Massas	2,8 (0,9)	2,8 (1,1)	0,690	2,8 (1,0)	2,7 (0,9)	0,496	2,7 (0,9)	3,1 (1,0)	0,031
Miúdos	1,4 (0,7)	1,4 (0,6)	0,714	1,5 (0,8)	1,4 (0,6)	0,902	1,4 (0,7)	1,4 (0,7)	0,781
Ovos	3,0 (1,2)	3,0 (1,1)	0,787	3,1 (1,2)	2,9 (1,2)	0,155	2,9 (1,2)	3,6 (1,0)	0,001
Peixe	1,5 (0,8)	1,6 (0,7)	0,567	1,6 (0,7)	1,5 (0,7)	0,497	1,5 (0,7)	1,6 (0,8)	0,915
Raízes	3,2 (1,0)	3,0 (1,1)	0,082	3,1 (1,0)	3,2 (1,0)	0,817	3,2 (1,0)	2,8 (0,9)	0,023
Suco integral	1,5 (1,0)	1,6 (1,1)	0,872	1,6 (1,1)	1,5 (1,0)	0,595	1,6 (1,1)	1,1 (0,5)	0,005
Ingredientes culinários	Feminino	Masculino	<i>p</i>	Adulto	Idoso	<i>p</i>	Urbano	Rural	<i>p</i>
Açúcar	4,0 (2,1)	4,1 (2,1)	0,702	4,3 (2,0)	3,9 (2,1)	0,093	3,9 (2,1)	5,0 (1,7)	0,002
Azeite de oliva	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,897	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,046	2,0 (2,0)	2,0 (1,0)	0,141
Gordura animal	2,2 (1,7)	2,3 (1,5)	0,335	2,1 (1,6)	2,2 (1,6)	0,696	2,2 (1,6)	2,2 (1,5)	0,907
Manteiga	1,6 (1,3)	1,5 (1,3)	0,574	1,5 (1,1)	1,7 (1,4)	0,649	1,7 (1,3)	1,3 (0,9)	0,115
Óleo vegetal	4,1 (1,6)	3,9 (1,5)	0,350	4,1 (1,6)	3,9 (1,6)	0,180	4,0 (1,6)	4,1 (1,3)	0,810

Tabela 7 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com as variáveis demográficas (n=280)

(conclusão)

GRUPOS DE ALIMENTOS	SEXO			FAIXA ETÁRIA			LOCALIZAÇÃO DO DOMICÍLIO		
Alimentos processados	Feminino	Masculino	<i>p</i>	Adulto	Idoso	<i>p</i>	Urbano	Rural	<i>p</i>
Fruta enlatada	1,1 (0,3)	1,2 (0,4)	0,083	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	0,627	1,1 (0,3)	1,0 (0,0)	0,048
Geleia/marmelada/compota/mel	1,5 (0,9)	1,8 (1,3)	0,840	1,3 (0,9)	1,7 (1,1)	0,000	1,6 (1,0)	1,3 (0,8)	0,182
Pães	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)	0,129	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)	0,478	5,0 (1,0)	5,0 (2,0)	0,812
Queijo amarelo	1,8 (1,0)	1,8 (1,2)	0,497	1,9 (1,1)	1,8 (1,1)	0,331	1,9 (1,1)	1,5 (0,9)	0,079
Queijo magro	1,4 (0,8)	1,6 (1,0)	0,296	1,5 (0,8)	1,5 (0,9)	0,996	1,4 (0,9)	1,6 (1,1)	0,328
Alimentos ultraprocessados	Feminino	Masculino	<i>p</i>	Adulto	Idoso	<i>p</i>	Urbano	Rural	<i>p</i>
Achocolatado em pó	1,3 (0,7)	1,2 (0,7)	0,477	1,4 (0,9)	1,2 (0,5)	0,090	1,2 (0,7)	1,4 (0,8)	0,030
Bolacha recheada	1,3 (0,8)	1,5 (1,0)	0,059	1,5 (1,0)	1,3 (0,7)	0,634	1,4 (0,9)	1,1 (0,3)	0,076
Bolacha simples	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,922	3,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,692	3,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,815
Bolo	2,3 (0,9)	1,9 (0,9)	0,006	2,2 (0,9)	2,2 (1,0)	0,954	2,2 (0,9)	2,1 (0,9)	0,438
Carne processada	1,9 (1,0)	2,2 (1,1)	0,018	2,2 (1,2)	1,9 (0,9)	0,077	2,0 (1,1)	1,7 (0,9)	0,063
Chocolate em barra	1,7 (1,0)	1,7 (1,0)	0,637	1,9 (1,0)	1,5 (0,9)	0,000	1,7 (1,0)	1,7 (1,1)	0,883
Doces em geral	2,0 (1,1)	1,9 (1,0)	0,881	2,1 (1,2)	1,9 (1,0)	0,140	1,9 (1,1)	2,2 (1,3)	0,404
Flocos de cereais açucarados	1,1 (0,5)	1,0 (0,3)	0,384	1,1 (0,4)	1,1 (0,5)	0,190	1,1 (0,4)	1,0 (0,2)	0,580
Hambúrguer	1,4 (0,6)	1,5 (0,8)	0,565	1,5 (0,7)	1,3 (0,6)	0,001	1,4 (0,7)	1,2 (0,5)	0,027
Iogurte com sabor	1,7 (1,0)	1,7 (1,1)	0,592	1,8 (1,0)	1,7 (0,9)	0,372	1,7 (1,0)	1,7 (0,8)	0,913
Lasanha congelada	1,2 (0,5)	1,2 (0,5)	0,730	1,3 (0,6)	1,1 (0,3)	0,011	1,2 (0,5)	1,1 (0,3)	0,308
Macarrão instantâneo	1,4 (0,7)	1,5 (0,8)	0,408	1,5 (0,8)	1,4 (0,7)	0,504	1,4 (0,7)	1,4 (0,8)	0,669
Margarina	3,2 (1,8)	3,4 (1,8)	0,450	3,5 (1,9)	3,1 (1,8)	0,112	3,2 (1,9)	3,4 (1,7)	0,583
Molhos prontos	1,5 (0,9)	1,7 (1,0)	0,166	1,8 (1,0)	1,4 (0,8)	0,002	1,6 (0,9)	1,3 (0,6)	0,014
Molhos salada	1,1 (0,4)	1,1 (0,3)	0,526	1,1 (0,5)	1,1 (0,3)	0,282	1,1 (0,4)	1,0 (0,0)	0,120
Néctar	1,5 (0,9)	1,5 (1,0)	0,624	1,5 (1,0)	1,4 (0,9)	0,580	1,5 (1,0)	1,1 (0,3)	0,001
Pizza	1,5 (0,6)	1,6 (0,7)	0,976	1,7 (0,7)	1,4 (0,6)	0,000	1,6 (0,7)	1,3 (0,4)	0,006
Refrigerante	2,0 (2,0)	2,1 (1,2)	0,662	2,2 (1,0)	1,8 (1,1)	0,000	2,0 (1,1)	1,8 (1,0)	0,348
Salgadinhos fritos	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,041	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,021	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,623
Sobremesas lácteas	1,8 (0,8)	1,9 (0,8)	0,141	1,9 (0,9)	1,7 (0,8)	0,136	1,8 (0,8)	1,7 (0,9)	0,248

Fonte: A autora (2024).

Em negrito valor de $p < 0,05$.

¹ 1: menos que uma vez por mês ou nunca; 2: 1 a 3 vezes ao mês; 3: 1 a 3 vezes por semana; 4: 4 a 6 vezes por semana; 5: 1 vez ao dia; 6: 2 a 3 vezes ao dia; e 7: 4 vezes ou mais por dia. ² Atenção primária à saúde ³ Doença crônica não transmissível

APÊNDICE C - TABELA 8 COMPLETA

Tabela 8 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com a condição de saúde (número de doenças e estado nutricional) (n=280)

(continua)

GRUPOS DE ALIMENTOS	NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS				ESTADO NUTRICIONAL					POLIFARMÁCIA		
<i>Alimentos in natura ou minimamente processados</i>	1 doença	2 doenças	3 doenças	p	Baixo peso	Eutrofia	Sobre-peso	Obesidade	p	Ausente	Presente	p
Arroz branco	4,9 (1,1)	4,8 (1,3)	4,7 (1,5)	0,771	5,2 (0,8)	4,9 (1,0)	4,6 (1,7)	4,8 (1,2)	0,795	4,9 (1,2)	4,8 (1,3)	0,889
Arroz integral	1,2 (0,8)	1,4 (1,1)	1,4 (0,8)	0,083	1,2 (0,6)	1,2 (0,9)	1,6 (1,5)	1,3 (0,7)	0,311	1,3 (0,9)	1,3 (1,0)	0,475
Café/chá mate	5,4 (1,4)	5,2 (1,4)	5,3 (1,3)	0,478	5,7 (1,1)	5,4 (1,1)	5,2 (1,4)	5,2 (1,5)	0,624	5,5 (1,0)	5,2 (1,5)	0,552
Carne bovina	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,754	4,0 (1,0)	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,082	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,154
Carne suína	2,3 (1,0)	2,5 (0,9)	2,5 (0,9)	0,297	2,4 (0,7)	2,4 (1,0)	2,4 (0,9)	2,5 (1,0)	0,854	2,3 (0,9)	2,5 (1,0)	0,185
Chá de ervas de infusão	2,8 (1,7)	2,5 (1,7)	2,5 (1,7)	0,309	1,9 (1,2)	2,7 (1,7)	2,8 (1,7)	2,5 (1,8)	0,343	2,4 (1,5)	2,7 (1,8)	0,247
Flocos de cereais não adoçados	2,4 (1,4)	2,5 (1,3)	2,5 (1,2)	0,625	2,4 (1,2)	2,4 (1,3)	2,2 (1,4)	2,5 (1,3)	0,430	2,4 (1,1)	2,5 (1,3)	0,895
Frango	3,3 (1,0)	3,3 (0,8)	3,2 (0,9)	0,740	3,0 (0,9)	3,2 (1,0)	3,2 (1,0)	3,4 (0,9)	0,444	3,1 (0,9)	3,3 (0,9)	0,081
Frutas frescas	3,8 (1,4)	4,0 (1,3)	4,1 (1,2)	0,276	4,1 (1,1)	3,9 (1,2)	3,7 (1,4)	4,0 (1,3)	0,560	3,9 (1,3)	4,0 (1,3)	0,067
Hortaliças verdes	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,012	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,299	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,000
Iogurte natural	1,1 (0,5)	1,2 (0,8)	1,2 (0,7)	0,561	1,8 (1,4)	1,1 (0,4)	1,1 (0,5)	1,2 (0,7)	0,023	1,2 (0,8)	1,2 (0,7)	0,600
Legumes	3,8 (1,2)	3,9 (1,2)	3,7 (1,2)	0,483	4,0 (1,3)	3,8 (1,0)	3,6 (1,3)	3,8 (1,2)	0,709	3,5 (1,1)	3,9 (1,2)	0,010
Leguminosas	4,6 (1,2)	4,4 (1,4)	4,7 (1,2)	0,493	4,9 (1,1)	4,6 (1,1)	4,8 (1,2)	4,4 (1,4)	0,243	4,6 (1,3)	4,5 (1,3)	0,918
Leite integral	3,5 (2,0)	3,8 (2,0)	3,6 (2,1)	0,508	4,0 (2,3)	3,9 (1,9)	3,5 (2,0)	3,6 (2,0)	0,706	3,9 (2,0)	3,6 (2,0)	0,658
Leite semi ou desnatado	1,4 (1,2)	1,4 (1,2)	1,5 (1,3)	0,949	1,8 (1,8)	1,4 (1,2)	1,2 (0,9)	1,5 (1,3)	0,619	1,4 (1,1)	1,4 (1,3)	0,973
Massas	2,9 (1,0)	2,7 (0,8)	2,7 (1,1)	0,293	2,6 (1,2)	2,9 (0,9)	2,9 (1,0)	2,7 (0,9)	0,350	2,8 (0,8)	2,8 (1,0)	0,767
Miúdos	1,4 (0,7)	1,4 (0,6)	1,5 (0,8)	0,309	1,6 (0,9)	1,3 (0,6)	1,4 (0,6)	1,5 (0,7)	0,148	1,4 (0,7)	1,4 (0,7)	0,244
Ovos	3,0 (1,1)	3,0 (1,3)	3,0 (1,2)	0,949	3,3 (1,4)	2,8 (1,1)	2,9 (1,1)	3,1 (1,2)	0,358	2,8 (1,2)	3,1 (1,2)	0,318
Peixe	1,5 (0,7)	1,6 (0,8)	1,6 (0,7)	0,953	1,6 (0,7)	1,5 (0,7)	1,5 (0,7)	1,6 (0,8)	0,957	1,5 (0,7)	1,5 (0,7)	0,889
Raízes	3,3 (1,1)	3,2 (1,0)	3,0 (0,9)	0,142	3,3 (1,4)	3,3 (1,1)	3,2 (1,1)	3,1 (1,0)	0,431	2,8 (0,8)	3,3 (1,1)	0,001
Suco integral	1,7 (1,2)	1,5 (1,0)	1,3 (0,7)	0,015	2,2 (1,2)	1,7 (1,2)	1,5 (1,0)	1,5 (0,9)	0,022	1,4 (1,0)	1,6 (1,1)	0,184
Ingredientes culinários	1 doenças	2 doenças	3 doenças	p	Baixo peso	Eutrofia	Sobre-peso	Obesidade	p	Ausente	Presente	p
Açúcar	4,4 (1,9)	4,2 (2,0)	3,3 (2,2)	0,022	4,2 (2,2)	4,3 (1,8)	4,2 (2,1)	3,9 (2,1)	0,783	4,1 (2,1)	4,0 (2,1)	0,511
Azeite de oliva	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,897	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,691	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,261
Gordura animal	2,2 (1,6)	2,1 (1,7)	2,3 (1,6)	0,483	1,1 (0,3)	2,0 (1,6)	2,3 (1,6)	2,3 (1,7)	0,640	2,1 (1,5)	2,2 (1,7)	0,824
Manteiga	1,5 (1,2)	1,6 (1,3)	1,7 (1,4)	0,956	1,5 (1,0)	1,7 (1,4)	1,5 (1,2)	1,6 (1,3)	0,904	1,6 (1,4)	1,6 (1,2)	0,967
Óleo vegetal	3,8 (1,7)	4,2 (1,6)	4,0 (1,5)	0,215	4,4 (1,6)	4,3 (1,3)	3,7 (1,7)	4,0 (1,6)	0,322	4,2 (1,5)	3,9 (1,6)	0,185

Tabela 8 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com a condição de saúde (número de doenças e estado nutricional) (n=280)

(conclusão)

GRUPOS DE ALIMENTOS	NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS				ESTADO NUTRICIONAL					POLIFARMÁCIA		
	1 doenças	2 doenças	Ausente	Prese nte	p	Eutrofia	Sobre- peso	Obesidade	p	Ausente	Presente	p
Alimentos processados												
Fruta enlatada	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	0,909	1,3 (0,5)	1,1 (0,2)	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	0,139	1,1 (0,2)	1,1 (0,3)	0,430
Geleia/marmelada/compota/mel	1,7 (1,2)	1,5 (0,9)	1,4 (0,9)	0,411	1,6 (0,8)	1,9 (1,3)	1,5 (1,1)	1,4 (0,9)	0,078	1,4 (0,9)	1,6 (1,1)	0,090
Pães	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)	5,0 (2,0)	0,722	5,0 (2,0)	5,0 (1,0)	4,0 (2,0)	5,0 (1,0)	0,542	5,0 (1,0)	5,0 (2,0)	0,941
Queijo amarelo	1,9 (1,2)	1,8 (1,0)	1,7 (0,9)	0,715	2,1 (1,3)	1,9 (1,2)	1,5 (0,9)	1,9 (1,1)	0,035	1,8 (1,0)	1,8 (1,0)	0,001
Queijo magro	1,5 (0,9)	1,4 (0,8)	1,4 (0,9)	0,820	1,6 (0,9)	1,4 (0,9)	1,7 (1,0)	1,4 (0,8)	0,016	1,4 (0,8)	1,5 (0,9)	0,305
Alimentos ultraprocessados												
	1 doenças	2 doenças	3 doenças	p	Baixo peso	Eutrofia	Sobre- peso	Obesidade	p	Ausente	Presente	p
Achocolatado em pó	1,3 (0,8)	1,2 (0,7)	1,2 (0,6)	0,100	1,0 (0,0)	1,3 (0,7)	1,3 (0,8)	1,2 (0,7)	0,140	1,2 (0,6)	1,2 (0,7)	0,537
Bolacha simples	3,0 (1,0)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,052	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,078	2,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,467
Bolacha recheada	1,4 (0,9)	1,4 (0,8)	1,4 (0,7)	0,714	1,2 (0,6)	1,4 (0,8)	1,4 (0,9)	1,4 (0,8)	0,675	1,3 (0,7)	1,4 (0,8)	0,944
Bolo	2,2 (0,9)	2,3 (0,9)	2,1 (0,9)	0,308	2,2 (0,7)	2,3 (1,0)	1,9 (0,9)	2,3 (0,9)	0,133	2,1 (0,9)	2,2 (0,9)	0,296
Carne processada	1,8 (1,0)	2,0 (1,0)	2,3 (1,1)	0,309	1,9 (1,1)	1,8 (1,0)	1,6 (0,8)	2,2 (1,1)	0,001	1,9 (1,0)	2,0 (1,0)	0,018
Chocolate em barra	1,8 (1,0)	1,7 (1,0)	1,4 (0,7)	0,027	1,4 (1,2)	1,7 (1,0)	1,6 (1,0)	1,7 (0,9)	0,393	1,5 (0,9)	1,7 (1,0)	0,017
Doces em geral	2,1 (1,2)	2,0 (1,1)	1,7 (1,0)	0,014	2,6 (1,1)	2,2 (1,2)	1,9 (1,2)	1,9 (1,1)	0,059	1,9 (1,1)	2,0 (1,1)	0,064
Flocos de cereais açucarados	1,0 (0,3)	1,1 (0,6)	1,0 (0,1)	0,087	1,0 (0,0)	1,1 (0,7)	1,1 (0,4)	1,1 (0,3)	0,845	1,0 (0,0)	1,1 (0,5)	0,060
Hambúrguer	1,4 (0,6)	1,5 (0,7)	1,3 (0,6)	0,098	1,3 (0,5)	1,4 (0,6)	1,3 (0,6)	1,5 (0,7)	0,314	1,3 (0,6)	1,5 (0,6)	0,213
logurte com sabor	1,9 (1,0)	1,7 (1,1)	1,5 (0,8)	0,039	1,7 (1,0)	1,9 (0,9)	1,7 (1,0)	1,7 (1,0)	0,435	1,6 (0,9)	1,7 (1,0)	0,025
Lasanha congelada	1,2 (0,5)	1,2 (0,5)	1,1 (0,3)	0,275	1,4 (0,7)	1,2 (0,5)	1,2 (0,5)	1,1 (0,4)	0,134	1,1 (0,4)	1,2 (0,5)	0,812
Macarrão instantâneo	1,5 (0,8)	1,3 (0,6)	1,5 (0,8)	0,185	1,8 (1,0)	1,7 (0,7)	1,5 (0,8)	1,4 (0,7)	0,559	1,5 (0,7)	1,4 (0,7)	0,192
Margarina	3,3 (1,9)	3,4 (1,8)	3,1 (1,8)	0,586	3,3 (2,0)	3,1 (1,8)	3,4 (1,9)	3,3 (1,8)	0,775	3,2 (1,8)	3,3 (1,8)	0,927
Molhos prontos	1,7 (1,0)	1,5 (0,8)	1,5 (0,9)	0,609	1,7 (0,8)	1,4 (0,7)	1,6 (1,0)	1,6 (0,9)	0,288	1,4 (0,8)	1,6 (0,9)	0,140
Molhos salada	1,1 (0,4)	1,1 (0,5)	1,0 (0,1)	0,233	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	1,1 (0,4)	1,1 (0,5)	0,868	1,0 (0,2)	1,1 (0,5)	0,280
Pizza	1,5 (0,7)	1,6 (0,6)	1,5 (0,7)	0,495	1,3 (0,5)	1,5 (0,7)	1,5 (0,6)	1,6 (0,7)	0,244	1,5 (0,7)	1,5 (0,6)	0,183
Refrigerante	2,1 (1,1)	2,0 (1,1)	1,9 (1,0)	0,512	2,1 (1,4)	1,9 (1,2)	1,8 (0,9)	2,1 (1,1)	0,251	1,8 (1,0)	2,0 (1,1)	0,041
Néctar	1,5 (1,0)	1,6 (1,0)	1,2 (0,6)	0,033	1,6 (1,0)	1,6 (1,1)	1,4 (0,7)	1,5 (1,0)	0,536	1,3 (0,7)	1,5 (1,0)	0,267
Salgadinhos fritos	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,507	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,943	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,673
Sobremesas lácteas	1,9 (0,9)	1,9 (0,9)	1,6 (0,7)	0,114	2,3 (0,8)	1,8 (0,8)	1,7 (0,8)	1,8 (0,8)	0,137	1,6 (0,7)	1,9 (0,9)	0,034

Fonte: A autora (2024).

Em negrito valor de $p < 0,05$.

¹ 1: menos que uma vez por mês ou nunca; 2: 1 a 3 vezes ao mês; 3: 1 a 3 vezes por semana; 4: 4 a 6 vezes por semana; 5: 1 vez ao dia; 6: 2 a 3 vezes ao dia; e 7: 4 vezes ou mais por dia. ² Doença crônica não transmissível ³ Atenção primária à saúde

APÊNDICE D - TABELA 9 COMPLETA

Tabela 9 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com a condição de saúde (ausência ou presença de doenças crônicas) (n=280)

(continua)

GRUPOS DE ALIMENTOS	DIABETES			HIPERTENSÃO			OBESIDADE		
<i>Alimentos in natura ou minimamente processados</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>
Arroz branco	4,9 (1,0)	4,6 (1,5)	0,689	4,9 (1,2)	4,8 (1,3)	0,802	4,8 (1,3)	4,8 (1,2)	0,518
Arroz integral	1,1 (0,5)	1,6 (1,3)	0,000	1,5 (1,2)	1,3 (0,9)	0,136	1,4 (1,2)	1,3 (0,7)	0,923
Café/chá mate	5,3 (1,5)	5,3 (1,3)	0,632	5,2 (1,7)	5,3 (1,3)	0,648	5,4 (1,3)	5,2 (1,5)	0,434
Carne bovina	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,376	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,602	3,0 (1,0)	3,0 (1,0)	0,729
Carne suína	2,4 (1,0)	2,4 (0,9)	0,965	2,2 (1,1)	2,5 (0,9)	0,050	2,4 (0,9)	2,5 (1,0)	0,538
Chá de ervas de infusão	2,7 (1,7)	2,5 (1,7)	0,183	2,6 (1,8)	2,6 (1,7)	0,895	2,7 (1,7)	2,5 (1,8)	0,401
Flocos de cereais não adoçados	2,5 (1,3)	2,4 (1,3)	0,808	2,4 (1,5)	2,4 (1,2)	0,747	2,3 (1,3)	2,5 (1,3)	0,130
Frango	3,3 (0,9)	3,2 (0,9)	0,628	3,6 (1,0)	3,2 (0,9)	0,025	3,2 (1,0)	3,4 (0,9)	0,145
Frutas frescas	3,9 (1,4)	4,0 (1,2)	0,603	3,8 (1,2)	4,0 (1,3)	0,506	3,8 (1,3)	4,0 (1,3)	0,176
Hortaliças verdes	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,045	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,350	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,581
Iogurte natural	1,2 (0,7)	1,2 (0,7)	0,700	1,1 (0,4)	1,2 (0,7)	0,739	1,2 (0,6)	1,2 (0,7)	0,795
Legumes	3,8 (1,2)	3,7 (1,2)	0,477	3,9 (1,4)	3,8 (1,2)	0,500	3,7 (1,2)	3,8 (1,2)	0,550
Leguminosas	4,5 (1,3)	4,7 (1,2)	0,368	4,5 (1,5)	4,6 (1,3)	0,935	4,7 (1,1)	4,4 (1,4)	0,240
Leite integral	3,6 (2,0)	3,7 (2,1)	0,915	3,2 (1,9)	3,7 (2,0)	0,135	3,7 (2,0)	3,6 (2,0)	0,564
Leite semi ou desnatado	1,4 (1,2)	1,5 (1,3)	0,453	1,7 (1,5)	1,4 (1,2)	0,077	1,4 (1,1)	1,5 (1,3)	0,795
Massas	2,8 (0,9)	2,7 (1,0)	0,283	2,8 (0,9)	2,8 (0,9)	0,88	2,9 (1,0)	2,7 (0,9)	0,223
Miúdos	1,4 (0,6)	1,5 (0,7)	0,329	1,5 (0,7)	1,4 (0,7)	0,878	1,3 (0,6)	1,5 (0,7)	0,143
Ovos	3,0 (1,2)	3,0 (1,2)	0,915	3,3 (1,1)	3,0 (1,2)	0,108	2,9 (1,1)	3,1 (1,2)	0,166
Peixe	1,5 (0,8)	1,6 (0,7)	0,598	1,5 (0,6)	1,5 (0,8)	0,637	1,5 (0,7)	1,6 (0,8)	0,633
Raízes	3,2 (1,0)	3,1 (1,0)	0,134	3,2 (1,0)	3,2 (1,0)	0,764	3,2 (1,1)	3,1 (1,0)	0,166
Suco integral	1,6 (1,1)	1,5 (1,0)	0,213	1,9 (1,4)	1,5 (1,0)	0,116	1,7 (1,1)	1,5 (1,0)	0,050
Ingredientes culinários	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>	Não	Sim	<i>p</i>
Açúcar	4,6 (1,8)	3,4 (2,2)	0,000	3,5 (2,2)	4,1 (2,0)	0,122	4,2 (2,0)	3,9 (2,1)	0,385
Azeite de oliva	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,390	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,438	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	0,368
Gordura animal	2,1 (1,6)	2,2 (1,6)	0,525	2,7 (1,7)	2,1 (1,6)	0,047	2,0 (1,5)	2,3 (1,7)	0,137
Manteiga	1,6 (1,2)	1,6 (1,3)	0,872	1,5 (1,2)	1,6 (1,3)	0,636	1,6 (1,2)	1,6 (1,3)	0,827
Óleo vegetal	4,0 (1,6)	4,0 (1,5)	0,622	3,2 (1,9)	4,1 (1,5)	0,006	4,1 (1,5)	4,0 (1,6)	0,823

Tabela 9 – Média (desvio padrão) em escore¹ de consumo alimentar de usuários da rede de APS² com DCNT³, em Ponta Grossa – PR, de acordo com a condição de saúde (doenças estudadas pelo Capacita Doenças Crônicas) (n=280)

(conclusão)

GRUPOS DE ALIMENTOS	DIABETES			HIPERTENSÃO			OBESIDADE		
	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p
Alimentos processados									
Fruta enlatada	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	0,507	1,2 (0,5)	1,1 (0,3)	0,088	1,1 (0,3)	1,1 (0,3)	0,461
Geleia/marmelada/compota/mel	1,6 (1,1)	1,4 (0,9)	0,076	1,2 (0,8)	1,6 (1,0)	0,038	1,7 (1,2)	1,4 (0,9)	0,116
Pães	5,0 (,0)	5,0 (2,0)	0,653	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)	0,637	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)	0,906
Queijo amarelo	1,9 (1,2)	1,7 (0,9)	0,070	2,2 (1,2)	1,8 (1,0)	0,064	1,7 (1,1)	1,9 (1,1)	0,094
Queijo magro	1,4 (0,8)	1,5 (0,9)	0,190	1,6 (1,0)	1,4 (0,9)	0,499	1,6 (0,9)	1,4 (0,8)	0,071
Alimentos ultraprocessados									
Achocolatado em pó	1,3 (0,8)	1,2 (0,6)	0,430	1,4 (0,9)	1,2 (0,7)	0,140	1,3 (0,7)	1,2 (0,7)	0,265
Bolacha recheada	1,4 (0,9)	1,3 (0,8)	0,733	1,4 (0,9)	1,4 (0,8)	0,706	1,3 (0,8)	1,4 (0,8)	0,226
Bolacha simples	3,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,664	3,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,089	3,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,171
Bolo	2,3 (0,9)	2,1 (0,9)	0,049	2,2 (0,8)	2,2 (0,9)	0,875	2,1 (0,9)	2,3 (0,9)	0,134
Carne processada	1,9 (1,1)	2,1 (1,0)	0,085	2,2 (1,1)	2,0 (1,0)	0,339	1,7 (0,9)	2,2 (1,1)	0,000
Chocolate em barra	1,8 (1,0)	1,5 (0,9)	0,004	2,0 (1,0)	1,6 (1,0)	0,011	1,6 (1,0)	1,7 (0,9)	0,371
Doces em geral	2,1 (1,1)	1,8 (1,1)	0,052	2,0 (1,1)	2,0 (1,1)	0,650	2,1 (1,2)	1,9 (1,1)	0,111
Flocos de cereais açucarados	1,1 (0,5)	1,1 (0,3)	0,382	1,1 (0,3)	1,1 (0,4)	0,560	1,1 (0,6)	1,1 (0,3)	0,798
Hambúrguer	1,5 (0,7)	1,3 (0,6)	0,064	1,5 (0,7)	1,4 (0,6)	0,642	1,4 (0,6)	1,5 (0,7)	0,142
Iogurte com sabor	1,8 (1,0)	1,6 (0,9)	0,034	2,0 (1,0)	1,7 (1,0)	0,076	1,8 (1,0)	1,7 (1,0)	0,569
Lasanha congelada	1,2 (0,5)	1,2 (0,4)	0,904	1,2 (0,5)	1,2 (0,4)	0,330	1,2 (0,5)	1,1 (0,4)	0,153
Macarrão instantâneo	1,4 (0,7)	1,5 (0,8)	0,309	1,7 (0,8)	1,4 (0,7)	0,015	1,4 (0,8)	1,4 (0,7)	0,773
Margarina	3,3 (1,8)	3,2 (1,9)	0,781	3,5 (2,0)	3,2 (1,8)	0,435	3,3 (1,8)	3,3 (1,8)	0,980
Molhos prontos	1,7 (0,9)	1,5 (0,8)	0,027	1,6 (1,0)	1,6 (0,9)	0,829	1,5 (0,9)	1,6 (0,9)	0,324
Molhos salada	1,1 (0,5)	1,0 (0,2)	0,047	1,1 (0,4)	1,1 (0,4)	0,509	1,1 (0,4)	1,1 (0,5)	0,965
Néctar	1,6 (1,1)	1,3 (0,7)	0,155	1,4 (0,9)	1,5 (0,9)	0,637	1,5 (0,9)	1,5 (1,0)	0,327
Pizza	1,6 (0,6)	1,4 (0,7)	0,011	1,5 (0,7)	1,5 (0,6)	0,891	1,5 (0,6)	1,6 (0,7)	0,116
Refrigerante	2,1 (1,1)	1,8 (1,0)	0,016	2,3 (1,2)	1,9 (1,0)	0,650	1,9 (1,1)	2,1 (1,1)	0,038
Salgadinhos fritos	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,728	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,035	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,899
Sobremesas lácteas	1,9 (0,9)	1,7 (0,8)	0,044	1,9 (0,9)	1,8 (0,8)	0,387	1,8 (0,8)	1,8 (0,8)	0,979

Fonte: A autora (2024).

Em negrito valor de $p < 0,05$.

¹ 1: menos que uma vez por mês ou nunca; 2: 1 a 3 vezes ao mês; 3: 1 a 3 vezes por semana; 4: 4 a 6 vezes por semana; 5: 1 vez ao dia; 6: 2 a 3 vezes ao dia; e 7: 4 vezes ou mais por dia.

² Atenção primária à saúde

³ Doença crônica não transmissível

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO, SOCIODEMOGRÁFICO,
HISTÓRICO DE SAÚDE PESSOAL E FAMILIAR E DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

IDENTIFICAÇÃO										
Iniciais do nome:			Data de Nascimento: / /		Idade:		ID:			
Endereço:						Telefone:				
Religião?	☐ Sim. Qual?		☐ Não		UBS:		Sexo de nascimento:			
DADOS SOCIOECONÔMICOS										
Nº de pessoas que moram na casa: ____			Tem filhos?		☐ Não ☐ Sim, quantos? ____		Tem filhos menor de idade?		☐ Não ☐ Sim, quantos? ____	
Escolaridade	☐ Ensino fundamental incompleto		☐ Ensino fundamental completo		Renda Renda familiar mensal (Salário-mínimo = R\$ 1212)			☐ Até 1 salário-mínimo		
	☐ Ensino médio incompleto		☐ Ensino médio completo					☐ De 1 a 3 salários-mínimos		
	☐ Ensino superior incompleto		☐ Ensino superior completo					☐ De 4 a 6 salários-mínimos		
	☐ Pós-graduação		☐ Sem informação					☐ De 7 a 10 salários-mínimos		
SOCIODEMOGRÁFICO										
Cor/raça	☐ Branco (a)		☐ Amarelo (a)		Estado civil		☐ Solteiro (a)		☐ Viúva (a)	
	☐ Pardo (a)		☐ Vermelho (a)/ Indígena				☐ Casado (a)/ União consensual		☐ Desquitado (a) ou separado (a)	
	☐ Preto (a)		☐ Sem informação				☐ Sem informação			
	☐ Outro (especifique)									
Ocupação/Profissão _____			Recebe algum benefício/auxílio do governo?			☐ Não ☐ Sim, qual? _____				
HISTÓRIA DE SAÚDE DO USUÁRIO										
Diabetes	☐ Não ☐ Sim:		☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2		☐ Não sei		Usa insulina?		☐ Não ☐ Sim	
	Toma medicamentos?		☐ Não ☐ Sim. Qual (is)?							
Hipertensão arterial		☐ Não ☐ Sim		Toma medicamentos?		☐ Não ☐ Sim		Qual (is)?		
Outros medicamentos que toma:					Todos são prescritos?			☐ Sim ☐ Não. Quais?		
Problemas cardiovasculares		☐ Não ☐ Sim. Quais?		Toma medicamentos?		☐ Não ☐ Sim. Quais?				
Tem outras doenças? (Citar quais)										
Discriminar os exames laboratoriais do último ano (data de realização e resultados)										
COVID	Teve COVID?		☐ Não ☐ Sim. Quando?							
	Apresenta sequelas da COVID?		☐ Não ☐ Sim. Quais?							
	Vacinação		☐ Não ☐ Sim. Quantas doses?							
Faz acompanhamento nutricional?		☐ Não ☐ Sim		Faz acompanhamento psicológico/psiquiátrico?			☐ Não ☐ Sim			
Fez bariátrica?		☐ Não ☐ Sim. Quando? _____		Está na fila para bariátrica?			☐ Não ☐ Sim. Desde quando?			

HÁBITOS DE VIDA					
Você é fumante?		☐ Não		☐ Sim*	
Consome álcool?		☐ Não		☐ Sim*	
HISTÓRIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA					
Por favor, indique quais das condições abaixo ocorrem na sua família de primeiro grau.					
Pai ou mãe	☐ Diabetes ____	☐ Hipertensão arterial ____	☐ Obesidade ____		Citar outras doenças:
	☐ Sobrepeso ____	☐ Doenças cardiovasculares ____	☐ Acompanhamento psicológico/ psiquiátrico ____		
Filhos	☐ Diabetes ____	☐ Hipertensão arterial ____	☐ Obesidade ____		Citar outras doenças:
	☐ Sobrepeso ____	☐ Doenças cardiovasculares ____	☐ Acompanhamento psicológico/ psiquiátrico ____		
DADOS ANTROPOMÉTRICOS					
Peso	Peso atual (balança) ____ kg	Peso usual ____ kg	Peso desejado ____ kg	Faz alguma dieta? ☐ Não ☐ Sim. Qual? ____	
	Houve alteração no seu peso no último ano?	☐ Não ☐ Sim		Qual alteração? ____ kg	☐ Para mais ☐ Para menos
	Há quanto tempo você possui diagnóstico de obesidade?	_____		IMC (kg/m²)	_____

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Vou lhe perguntar sobre seu consumo alimentar. Tente lembrar **quantas vezes, nos últimos 12 meses**, você comeu cada um dos seguintes alimentos:

1. Produtos lácteos	-1 mês / nunca	1-3 por mês	1-3 por semana	4-6 por semana	1 / dia	2-3 / dia	4 + / dia
Leite integral (gordo)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Leite desnatado (magro) ou semidesnatado	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Iogurte com sabor (ex: morango, ...)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Iogurte natural (sem sabor)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Queijo magro, fresco (ex: ricota, frescal, minas)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Queijo tipo muçarela ou prato, barra, fatiado	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2. Carnes, peixes e ovos	-1 mês / nunca	1-3 por mês	1-3 por semana	4-6 por semana	1 / dia	2-3 / dia	4 + / dia
Carne de boi	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Carne de frango	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Carne de porco	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Carne de peixe	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Ovos	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Carnes processadas (ex: presunto, apresuntado, mortadela ou salsicha)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Miúdos (fígado de boi, chouriço, moela...)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3. Óleos e gorduras	-1 mês / nunca	1-3 por mês	1-3 por semana	4-6 por semana	1 / dia	2-3 / dia	4 + / dia
Azeite	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Óleos (ex: girassol, milho, soja etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Toucinho/torresmo, banha ou bacon	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Margarina	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Manteiga	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4. Pão, cereais e derivados	-1 mês / nunca	1-3 por mês	1-3 por semana	4-6 por semana	1 / dia	2-3 / dia	4 + / dia
Pão (ex: francês, pão de forma, torradas etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Flocos de cereais não açucarados (ex: aveia, cuscuz, farinha de mandioca etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Flocos de cereais açucarados (ex: flocos de milho, sucrilhos etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Arroz branco	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Arroz integral	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Massas (ex: macarrão, lasanha etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

5. Bolos, bolachas, sobremesas e doces	-1 mês / nunca	1-3 por mês	1-3 por semana	4-6 por semana	1 / dia	2-3 / dia	4 + / dia
Bolachas: maria, integral, água-e-sal	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Bolachas recheadas	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Bolos (caseiro, de pote etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Chocolate em barra	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Achocolatado em pó	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Geleia, marmelada, compota, mel	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Frutos enlatados (pêssegos, abacaxi etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Sobremesas lácteas (pudim, flan, sorvete...)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Doces (doce de leite, balas, gelatina etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Açúcar (de colher, direto nos alimentos)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
6. Hortaliças, legumes e frutas	-1 mês / nunca	1-3 por mês	1-3 por semana	4-6 por semana	1 / dia	2-3 / dia	4 + / dia
Hortaliças verdes (ex: couve, alface, almeirão etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Legumes (ex: brócolis, couve-flor, nabo, cebola, cenoura, tomate etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Leguminosas (ex: feijão, grão-de-bico, ervilha)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Raízes (ex: batata, mandioca, inhame etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Fruta fresca (ex: maçã, pera, laranja, banana, pêssego, melão, uvas etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
7. Bebidas	-1 mês / nunca	1-3 por mês	1-3 por semana	4-6 por semana	1 / dia	2-3 / dia	4 + / dia
Cerveja	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Vinho	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Destilados (ex: vodka, whisky, cachaça, ...)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Licores (ex: amarula, licor de fruta ...)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Refrigerantes (ex: coca-cola, água gaseificada tipo H2O, chá gelado, ...)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Sucos de frutas de caixinha, néctar (ex: Suco Valle, Maguari)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Sucos integral, sem adição de água ou açúcar	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Chás de ervas de infusão (ex: cidreira, camomila etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Café, chá preto ou chá mate	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
8. Comida rápida e molhos	-1 mês / nunca	1-3 por mês	1-3 por semana	4-6 por semana	1 / dia	2-3 / dia	4 + / dia
Salgados (croquetes, risoles, empadas, ...)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Pizza	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Hamburguer (<i>fast food</i> , fora de casa)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Macarrão instantâneo (tipo Miojo)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Lasanha congelada	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Maionese, Ketchup	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Molho de salada pronto	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
9. Cite outro alimento + frequência	-1 mês / nunca	1-3 por mês	1-3 por semana	4-6 por semana	1 / dia	2-3 / dia	4 + / dia
Alimento 1	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Alimento 2	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Alimento 3	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa Formação de gestores e profissionais de saúde da APS do estado do Paraná no enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis: Análise de efetividade a partir de abordagem quali-quantitativa (CAAE: 52812621.0.1001.5231). O projeto tem como objetivo capacitar gestores e profissionais da saúde de nível superior de equipes da Atenção Primária à Saúde dos municípios de Londrina, Maringá e Ponta Grossa para a prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Sua participação se daria da seguinte forma: você deverá atentamente responder questionários sobre a Unidade Básica de Saúde (UBS) que você frequenta, sobre alguns comportamentos e hábitos de vida, questões de saúde e pensamentos e sentimentos. O tempo médio de sua participação é de 35 minutos. Sua participação é muito importante.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o(a) senhor(a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, podendo você recusar-se a enviar os seus dados. Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em eventos da área de saúde e publicados em revista científica nacional e/ou internacional.

Os maiores benefícios de sua participação serão o autoconhecimento sobre os temas abordados nos questionários e a sua contribuição no rastreamento de condições de saúde do seu território, permitindo uma melhor capacitação dos profissionais e gestores da UBS. Ao participar dessa pesquisa, você estará sujeito a riscos mínimos, os quais envolvem o cansaço de raciocínio na resposta dos questionários ou ativação de pensamentos sobre os próprios estados internos. Nestas situações, você poderá interromper ou desistir de participar ou, caso julgue necessário, buscar um profissional da saúde (serviços gratuitos são fornecidos em todos os cursos de psicologia de faculdades e universidades e podem ser procurados em sua região).

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar o pesquisador responsável Denilson de Castro Teixeira, Rodovia Celso Garcia Cid, PR 445, Km 380, Campus Universitário, Londrina/PR, 86057-970, Centro de Educação Física e Esportes – CEFPE, (43)3371-4238, (43)98804-0583, denict@uel.br. Ou poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, 3371-5455, cep268@uel.br.

Londrina, 28 de setembro de 2022.

Denilson de Castro Teixeira
Pesquisador Responsável
RG: 4.203.273

Eu, __, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: Data: __/__/__

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.