



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
CURSO DE BIOMEDICINA**

**ANA CAROLINA OLIVEIRA GRADIM**

Hábitos alimentares e estilo de vida de moradores de um bairro da região  
oeste de Goiânia:

Um levantamento de dados preliminar e uma proposta de intervenção.

Goiânia  
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

## **TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

### **1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)**

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): Ana Carolina Oliveira Gradim

Título do trabalho: "Hábitos alimentares e estilo de vida de moradores de um bairro da região oeste de Goiânia: um levantamento de dados preliminar e uma proposta de intervenção."

### **2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [ x ] SIM [ ] NÃO<sup>1</sup>**

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

#### **Casos de embargo:**

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

**Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Renan Nunes Leles, Professor do Magistério Superior**, em 03/12/2025, às 11:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Carolina Oliveira Gradim, Discente**, em 03/12/2025, às 21:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5823249** e o código CRC **F6EE0B60**.

---

Referência: Processo nº 23070.059609/2025-23

SEI nº 5823249

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
CURSO DE BIOMEDICINA**

**ANA CAROLINA OLIVEIRA GRADIM**

Hábitos alimentares e estilo de vida de moradores de um bairro da região oeste  
de Goiânia:

Um levantamento de dados preliminar e uma proposta de intervenção.

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentada na disciplina de Trabalho de  
Conclusão de Curso de graduação em  
Biomedicina do Instituto de Ciências  
Biológicas da Universidade Federal de  
Goiás.

Orientador: Prof. Dr. Renan Nunes Leles

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

GRADIM, ANA CAROLINA OLIVEIRA

Hábitos alimentares e estilo de vida de moradores de um bairro da região oeste de Goiânia: Um levantamento de dados preliminar e uma proposta de intervenção. [manuscrito] / ANA CAROLINA OLIVEIRA GRADIM. - 2025.

CLXIV, 164 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. RENAN NUNES LELES.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Ciências Biológicas (ICB), Biomedicina, Goiânia, 2025.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Doenças crônicas não transmissíveis. 2. Alimentação saudável. 3. Educação alimentar e nutricional;. 4. Promoção da saúde.. 5. Determinantes sociais da saúde. I. LELES, RENAN NUNES , orient. II. Título.

CDU 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

## ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos vinte e oito dias do mês de novembro de dois mil e vinte e cinco iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Hábitos alimentares e estilo de vida de moradores de um bairro da região oeste de Goiânia: um levantamento de dados preliminar e uma proposta de intervenção.” de autoria de Ana Carolina Oliveira Gradim, do curso de Biomedicina, do Instituto de Ciências Biológicas da UFG. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Dr. Renan Nunes Leles - Instituto de Ciências Biológicas/UFG com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Dra. Rosália Santos Amorim Jesuino - Instituto de Ciências Biológicas/UFG e Ma. Ana Karoline Silva Oliveira - Instituto de Ciências Biológicas/UFG. Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição do(a) estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de (8,5), tendo sido o TCC considerado (aprovado).

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Renan Nunes Leles, Coordenador de Curso**, em 28/11/2025, às 18:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosalia Santos Amorim Jesuino, Professor do Magistério Superior**, em 01/12/2025, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Karoline Silva Oliveira, Usuário Externo**, em 05/12/2025, às 10:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5817109** e o código CRC **43AA8C14**.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Percentual de indivíduos fisicamente inativos no conjunto da população adulta (>17 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade.....	10
<b>Figura 2.</b> Percentual de adultos (> 18 anos) fumantes, no conjunto das capitais brasileiras, por ano, segundo sexo, idade e escolaridade.....	16
<b>Figura 3:</b> Fórmula para cálculo de tamanho amostral.....	24
<b>Figura 4.</b> Mapa de distribuição das micro áreas e quadras componentes do Setor Jd. Cerrado VI. ....	25
<b>Figura 5.</b> Frequência de consumo de sucos naturais e artificiais e principais razões para a substituição, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018 .....	30
<b>Figura 6.</b> Frequência de substituição das refeições principais por sanduíches ou outros lanches, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018.....	31
<b>Figura 7.</b> Percepção e práticas relacionadas ao uso de sal no preparo dos alimentos, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018.....	32
<b>Figura 8.</b> Distribuição do hábito de fumar e perfil de consumo de cigarros entre as famílias entrevistadas, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018 .....	35

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Frequência absoluta de idade, raça, quantidade de moradores por domicílio, presença de crianças e idosos nas residências, frequência de visitas a Estratégia de Saúde da Família (ESF) características do acesso a essa unidade de saúde, nas entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018 26

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa do consumo de legumes, carnes, frango, frutas e doces, bem como aspectos relacionados à forma de preparo, preferências alimentares e principais dificuldades de aquisição, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018 .....28

**Tabela 3.** Frequência, quantidade e comportamentos associados ao consumo de bebidas alcoólicas entre as famílias entrevistadas, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018..... 33

**Tabela 4.** Prática de atividade física e realização de trabalho doméstico entre as famílias entrevistadas, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018 .....34

## RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) constituem um desafio relevante para a saúde pública mundial, especialmente em países de baixa e média renda, nos quais os determinantes sociais, as desigualdades socioeconômicas e as barreiras de acesso aos serviços de atenção básica impactam significativamente sua prevalência e controle. Este estudo analisou hábitos de vida e fatores associados ao risco de DCNTs em uma população de Goiânia, a partir de dados obtidos com o questionário Vigitel com adaptações. Foram investigados consumo alimentar, prática de atividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, percepção de saúde e rotina doméstica. Os resultados evidenciaram alta frequência de comportamentos de risco, como consumo regular de alimentos ultraprocessados, baixa ingestão de frutas, verduras e legumes, sedentarismo, consumo expressivo de bebidas alcoólicas e tabagismo. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias educativas e intersetoriais adaptadas as realidades socioculturais locais. Como proposta de intervenção, elaborou-se um caderno de receitas práticas, acessíveis e saudáveis, voltado a promoção do consumo de frutas, verduras e legumes, traduzindo as necessidades locais identificadas em ferramentas educativas que favoreçam escolhas alimentares mais saudáveis e a construção de ambientes alimentares sustentáveis, contribuindo para a prevenção das DCNTs.

**Palavras-chave:** Doenças crônicas não transmissíveis; Determinantes sociais da saúde; Alimentação saudável; Educação alimentar e nutricional; Promoção da saúde.

## ABSTRACT

Noncommunicable diseases (NCDs) represent a significant challenge to global public health, especially in low- and middle-income countries, where social determinants, socioeconomic inequalities, and barriers to accessing primary care services greatly affect their prevalence and control. This study analyzed lifestyle habits and factors associated with NCD risk in a population from Goiânia, using data obtained from an adapted Vigitel questionnaire. Food consumption, physical activity, smoking, alcohol intake, health perception, and domestic routines were investigated. The results showed a high frequency of risk behaviors, such as regular consumption of ultra-processed foods, low intake of fruits and vegetables, physical inactivity, substantial alcohol consumption, and smoking. These findings highlight the need for educational and intersectoral strategies tailored to local sociocultural realities. As an intervention proposal, a booklet of practical, accessible, and healthy recipes was developed to promote the consumption of fruits and vegetables, translating the identified local needs into educational tools that support healthier food choices and the construction of sustainable food environments, contributing to the prevention of NCDs.

**Keywords:** Noncommunicable diseases; Social determinants of health; Healthy eating; Food and nutrition education; Health promotion.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>06</b>
1.1 SEDENTARISMO .....	08
1.2 DIETA INADEQUADA .....	11
1.3 TABACO.....	14
1.4 USO NOCIVO DO ÁLCOOL.....	17
1.5 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.....	18
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>22</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>37</b>
6.1 PRÁTICAS ALIMENTARES.....	37
6.2 SEDENTARISMO .....	48
6.3 TABAGISMO E CONSUMO DE ÁLCOOL .....	53
6.4 POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO .....	58
6.4.1 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CADERNO DE RECEITAS SAUDÁVEIS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	60
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>63</b>
<b>ANEXO – QUESTIONÁRIO</b> .....	<b>71</b>
<b>APÊNDICE – LIVRO DE RECEITAS</b> .....	<b>107</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento socioeconômico mundial, especificamente na saúde, as transformações e conquistas relevantes, adquiridas, sobretudo na epidemiologia nacional e internacional, reduziu as doenças prevalentes contagiosas (Brasil,2021). Na contramão da redução do impacto das doenças infectocontagiosas a mortalidade de doenças ligadas ao estilo de vida das pessoas, definidas pela OMS como Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), aumentou fortemente (Mendonça, 2023).

As DCNT são doenças não infecciosas e ausentes de microrganismos, têm múltiplos fatores de risco, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente. Pode promover lesões irreversíveis, evolução para diferentes graus de incapacidade ou a morte (Figueiredo *et al*, 2021).

Dentre elas, as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, dislipidemias e doenças respiratórias representam, especificamente a partir da segunda metade do século passado, uma importante causa de mortalidade e incapacidade em vários países do mundo, inclusive no Brasil (Vigitel, 2023). Previsões indicam o aumento e agravamento dessas enfermidades nas próximas décadas, particularmente, nos países em desenvolvimento onde parcelas da população ainda vivem em estado de pobreza, persistindo grande desigualdade entre classes sociais (OMS, 2016). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT foram responsáveis por cerca de 70% das mortes ocorridas globalmente em 2019 e, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2021), por 54,7% dos óbitos registrados no Brasil, também em 2019.

O conceito que envolve a palavra “estilo de vida” é muito amplo, incluindo vários aspectos de vida de um indivíduo (físico, mental, espiritual e social) e cada um desses aspectos podem influenciar na saúde deste (Mansur, 2019). Portanto, define-se por estilo de vida, “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização (Monteiro, 2020) e que podem modificar as condições de saúde de um indivíduo e/ou de uma determinada população. As doenças

crônicas não transmissíveis, segundo a Universidade Aberta do SUS, são decorrentes do estilo de vida (Monteiro, 2020).

As DCNT são causadas por vários fatores ligados aos hábitos de vida da população, dentre eles, o tabagismo, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (Malta *et al*, 2006). A necessidade de prática regular e moderada de atividade física, alimentação saudável, combate ao tabagismo e o alcoolismo, podem prevenir não só doenças crônicas não transmissíveis, como também o agravamento delas (Malta, 2020).

O consumo de alimentos com altas taxas de gorduras, saturadas e trans, sal e açúcar é a causa de ao menos 14 milhões de mortes ou de 40% de todas as mortes anuais globais por doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2019). O sedentarismo causa cerca de três milhões ou 8% de todas as mortes anuais por DCNT mundialmente (WHO, 2021). O consumo de álcool leva a 2,3 milhões de mortes ao ano, 60% das quais dentro do quadro de DCNT (WHO, 2021).

Mudanças no ambiente social e econômico fizeram com que os fatores de risco as DCNTs se tornassem generalizadas. As escolhas dos cidadãos em relação ao consumo de álcool e tabaco, por dietas e atividade física, são influenciados por forças que estão além do controle individual, geralmente por pressão da indústria e do comércio respectivo (Budreviciute *et al.*, 2020). O resultado disso é que produtos pouco saudáveis estão cada vez mais disponíveis e visíveis aos jovens (Brasil, 2022).

As características que envolvem a ocorrência das DCNT levam a dificuldades quanto a uma intervenção mais sistemática no nível da saúde pública. Dada à importante carga que assume esse grupo de doenças, ainda são insuficientes as ações preventivas, de vigilância e assistências e as perspectivas futuras são de um cenário comprometedor também para o sistema de seguridade social (Achutti; Azambuja, 2014).

As doenças cardiovasculares são relatadas como umas das principais causas de morte no mundo, representando um conjunto de patologias que afetam o coração e os vasos sanguíneos. Podem ter sua etiologia relacionada

a obstruções que restringem o fluxo sanguíneo em direção ao coração ou ao cérebro, normalmente por acúmulo de gordura (Antunes, 2017). Além disso, os acidentes vasculares cerebrais (AVCs) podem ter origem em hemorragias nos vasos sanguíneos cerebrais ou na formação de coágulos sanguíneos (Antunes, 2017).

A etiologia dos ataques cardíacos e AVCs geralmente envolvem uma combinação de fatores de risco, incluindo a falta de exercícios físicos, alimentação inadequada, o uso de tabaco e consumo excessivo de álcool, uma vez que tais fatores contribuem para a formação de placas de gordura no interior dos vasos sanguíneos (Monteiro *et al.*, 2019). Além disso comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, *Diabetes melitus* e obesidade tem forte relação com a ocorrência dos ataques cardíacos e AVCs (Silveira, 2016).

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, o painel de mortalidade de Goiânia, em 2023, foi marcado por 44.830 mortes (19.128 mulheres e 25.678 homens) sendo o Infarto agudo do miocárdio (IAM) responsável por 2.949 (6,59%) mortes.

Além disso, a *Diabete melitus* não especificada foi responsável por 1.134 (3,72%) mortes. A hipertensão essencial primária por 740 (1,65%) mortes e a obesidade por 119 (0,24%). Essa proporção de mortes por IAM se manteve praticamente constante liderando as causas de morte pelos últimos 10 anos, com exceção de 2016 (morte por agressão por meio de disparo de arma de fogo ou arma não especificada), 2020 e 2021 (morte por vírus devido à pandemia de covid-19) (Goiás, 2024).

## 1.1 SEDENTARISMO

O sedentarismo é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a insuficiência de atividade física para atender às recomendações mínimas de movimento que promovem a saúde. Para adultos, a OMS recomenda a prática de, no mínimo, 150 a 300 minutos de atividade física moderada, ou entre 75 a 150 minutos de atividades de alta intensidade por semana (OMS, 2020).

Atividades físicas podem ser qualquer movimento corporal que resulte em gasto de energia, como caminhar, andar de bicicleta, realizar tarefas domésticas, esportes e exercícios recreativos. Quando esses níveis de atividade não são alcançados, o indivíduo é considerado sedentário, o que aumenta o risco de desenvolver doenças crônicas, como diabetes tipo 2 e problemas cardíacos (OMS, 2020).

Para crianças e adolescentes, as recomendações também incluem, no mínimo, 60 minutos de atividades diárias de intensidade moderada a vigorosa, abrangendo uma variedade de atividades que ajudam a fortalecer músculos e ossos, fundamentais para o crescimento saudável e a prevenção de doenças futuras (OMS, 2020).

Indivíduos sedentários enfrentam um aumento de risco entre 20% a 30% em relação a todas as causas de mortalidade por doenças cardiovasculares (OMS, 2010b). A prática regular de atividade física reduz a probabilidade de doenças do sistema circulatório, incluindo hipertensão, diabetes, bem como a incidência de câncer de mama, câncer de cólon e depressão (Fabrini, 2017).

Segundo dados obtidos pelo sistema de vigilância para as doenças e agravos não transmissíveis (Vigitel, 2023), que monitora a frequência e a distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para essas condições, entre as 27 capitais do Brasil, a taxa de adultos que são fisicamente inativos foi de 14,5% (Figura 1), sendo esse valor consistente para ambos os sexos. Contudo, a disparidade entre os gêneros foi especialmente evidente na faixa etária de 18 a 24 anos, com 21,0% das mulheres sendo fisicamente inativas em comparação com 9,0% dos homens (Figura 1).

Além disso, a inatividade física apresentou um aumento progressivo entre os homens à medida que a idade avançava, ou seja, quanto mais velhos, maior a proporção de homens que se tornaram fisicamente inativos (Figura 1). Em ambas as categorias de gênero, a inatividade física foi mais comum entre aqueles com menor nível de escolaridade (Figura 1).

**Figura 1.** Percentual de indivíduos fisicamente inativos no conjunto da população adulta (>17 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade.

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Idade (anos)</b>						
18 a 24	14,5	12,7 - 16,3	9,0	6,9 - 11,1	21,0	18,0 - 24,0
25 a 34	8,9	7,7 - 10,2	9,7	7,8 - 11,7	8,2	6,6 - 9,8
35 a 44	9,3	8,2 - 10,5	10,9	8,9 - 12,9	8,1	6,7 - 9,6
45 a 54	11,6	10,3 - 13,0	15,3	12,8 - 17,8	8,8	7,5 - 10,1
55 a 64	14,4	13,0 - 15,7	17,5	14,9 - 20,0	12,1	10,7 - 13,5
65 e mais	35,2	33,5 - 36,9	33,7	30,7 - 36,8	36,2	34,2 - 38,1
<b>Anos de escolaridade</b>						
0 a 8	18,1	16,9 - 19,3	18,9	16,9 - 20,9	17,4	15,9 - 18,8
9 a 11	12,2	11,3 - 13,2	12,4	10,9 - 14,0	12,1	10,9 - 13,3
12 e mais	11,8	10,8 - 12,7	10,7	9,3 - 12,1	12,6	11,4 - 13,8
<b>Total</b>	<b>13,9</b>	<b>13,3 - 14,5</b>	<b>13,9</b>	<b>12,9 - 14,8</b>	<b>13,9</b>	<b>13,1 - 14,6</b>

\* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2017 (ver Aspectos Metodológicos).

\*\* Indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto/dia e que não participam da limpeza pesada de suas casas.

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

IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

**Fonte:** Vigitel, (2023)

A falta de atividade física regular é um desafio crescente no Brasil. Aproximadamente 47% dos brasileiros não são fisicamente ativos o suficiente para atender às recomendações de saúde (Guthold *et al.*, 2018). A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostrou que a maioria das pessoas, cerca de 84,2%, não atinge os 150 minutos semanais de atividades físicas moderadas nas tarefas domésticas. Além disso, a prática insuficiente se estende a outros contextos: 69,9% no lazer, 68,3% no deslocamento e 57,4% no trabalho ou nos estudos (IBGE, 2020).

No Brasil, as barreiras mais frequentemente relatadas para a prática de atividade física entre adultos são de natureza intrapessoal, como a falta de motivação, o tempo limitado e as limitações físicas (Rech *et al.*, 2018). A falta de tempo, em particular, tem sido associada a um excesso de compromissos familiares e tarefas domésticas, além de uma elevada carga de trabalho, o que a torna uma barreira significativa para a prática regular de atividades físicas

(Kelly *et al.*, 2016). Nesse contexto, é importante reconhecer que a falta de tempo não é meramente uma desculpa, mas um reflexo das dificuldades que muitas pessoas enfrentam ao tentar organizar suas atividades diárias.

A incorporação da atividade física no dia a dia é um desafio enfrentado por muitos, e as barreiras que se interpõem a esse objetivo são multifacetadas. As dificuldades mais frequentemente relatadas incluem a falta de tempo e motivação, que são limitantes significativos na adoção de um estilo de vida ativo (D'Souza *et al.*, 2020). Estudos publicados no *Medicine and Science in Sports and Exercise*, dizem que a rotina agitada e as responsabilidades diárias, como trabalho e cuidados familiares, muitas vezes levam à priorização de tarefas que não favorecem a atividade física (Trost *et al.*, 2002).

Contudo, a implementação de estratégias que promovam o transporte ativo, como caminhar ou pedalar, não apenas contribui para o aumento da atividade física, mas também melhora a saúde cardiovascular e o bem-estar mental, ajudando a reduzir o estresse e a ansiedade (Pucher *et al.*, 2010). Além disso, segundo Cress *et al.*, (2004) a prática de atividades físicas em grupo pode ser uma abordagem eficaz para aumentar a motivação e a adesão a exercícios regulares. O envolvimento em ambientes sociais durante a prática de esportes ou exercícios não apenas promove o prazer, mas também a coesão social, que é um fator importante na manutenção de hábitos saudáveis (Matsudo, 2001).

Embora seja desejável a implementação dessas estratégias, é evidente que a complexidade das grandes cidades tem contribuído negativamente para esse propósito. Segundo Pereira e Schwanen (2013) apontam que entre 1992 e 2009 a média de tempo de deslocamento das pessoas entre a casa e o trabalho nos principais centros urbanos do país tem sido maior a cada ano. Além disso, também é notório que nesses cenários, populações mais pobres, são as que levam mais tempo nesse tipo de deslocamento, inclusive em trajetos que levam mais de 1 hora para conclusão apenas no trajeto de ida.

## 1.2 DIETA INADEQUADA

O consumo adequado de frutas, vegetais e legumes desempenham um papel crucial na redução dos riscos de doenças do sistema circulatório, câncer gástrico e câncer colorretal (Bazzano *et al.*, 2003; Riboli; Norat, 2003). Existem substâncias químicas com propriedades antioxidantes e anti- inflamatórias nesses alimentos, reduzindo assim os radicais livres, moléculas instáveis fruto do metabolismo, responsáveis pelo surgimento de diversas doenças como Alzheimer, diabetes e alguns tipos de câncer.

Cerca de 2,8 milhões de vidas no mundo são perdidas anualmente devido ao sobrepeso e à obesidade (OMS, 2019). À medida que o peso aumenta, os riscos de doenças cardíacas, AVCs e diabetes crescem progressivamente (OMS, 2002). Além disso, o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado está correlacionado com um maior risco de certos tipos de câncer (INCA, 2019). O excesso de peso tem se tornado uma preocupação crescente entre crianças e adolescentes. Fatores alimentares, como o alto consumo de açúcares e gorduras saturadas, contribuem significativamente para essa epidemia, pois esses componentes são frequentemente encontrados em alimentos ultraprocessados, que têm se tornado cada vez mais acessíveis e populares (Monteiro *et al.*, 2013). A elevação do nível de colesterol, que é estimada como causa de 2,6 milhões de mortes a cada ano (OMS, 2019), é uma consequência direta de dietas ricas em gordura saturada e açúcares, aumentando assim o risco de doenças cardíacas e AVCs (Brasil, 2022).

A maioria das pessoas consome o dobro dos 5g de sal recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), colocando-se em maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e hipertensão (Organização Pan- Americana da Saúde, 2021). Calcula-se que a hipertensão arterial esteja associada a 7,5 milhões de óbitos, correspondendo a 12,8% do total de óbitos a nível mundial (OMS, 2019). Essa condição é reconhecida como um fator de risco significativo para doenças do sistema circulatório (Whitworth, 2003). A prevalência da pressão alta é observada em diversas faixas de renda, mas tende a ser menos comum em populações de maior poder aquisitivo (OMS, 2011).

Além do sal, segundo um estudo publicado no *American Journal of Clinical Nutrition* o consumo excessivo de gorduras saturadas e ácidos graxos

trans, contidos em alimentos industrializados, principalmente embutidos também está diretamente associado às doenças cardíacas (Mozaffarian *et al.*, 2004).

Um aspecto crucial a ser considerado é a quantidade de sódio que muitas vezes está oculta nos produtos processados, que pode ser ainda mais preocupante do que a quantidade de sal utilizada no preparo de refeições. Os alimentos altamente industrializados, como conservas, molhos, e lanches prontos, frequentemente contêm grandes quantidades de sódio, que são usadas como conservantes e para melhorar o sabor. Essa adição de sódio não é sempre evidente, levando os consumidores a subestimar a ingestão real (Brasil, 2020; OMS, 2019).

A adoção de padrões alimentares não saudáveis, incluindo o aumento do consumo de gorduras, tem se intensificado rapidamente entre a população de baixa renda. Isso ocorre, em parte, devido ao acesso limitado a informações sobre alimentação saudável e à escolha de alimentos com menor valor nutricional, frequentemente motivado pela correria do dia a dia (OMS, 2021).

Assim, pode-se afirmar que nem toda a população tem acesso a alimentos saudáveis e em quantidades suficientes regularmente. Essa limitação é ainda mais evidente entre a população de baixa renda, que, frequentemente se vê forçada a economizar nas compras (Monteiro, 2003). Ainda segundo Monteiro, essa economia pode resultar em uma redução não apenas na qualidade dos alimentos adquiridos, mas também na variedade nutricional, comprometendo assim a saúde e o bem-estar.

A escolha por alimentos mais acessíveis financeiramente muitas vezes acarreta na priorização de produtos industrializados, que tendem a ser mais baratos e prontos para o consumo (Monteiro, 2003). Esses produtos, embora mais convenientes, costumam ser ricos em sódio, açúcares e gorduras saturadas, mas pobres em nutrientes essenciais (Monteiro, 2003). A acessibilidade e a promoção de alimentos ultraprocessados são fatores críticos que facilitam o consumo excessivo desses ingredientes, sendo que esses produtos são frequentemente mais baratos e mais convenientes do que opções saudáveis. Isso resulta em um ciclo onde a dieta é empobrecida em

nutrientes essenciais, levando a um aumento no risco de doenças crônicas (Monteiro, 2003).

O custo elevado de alimentos frescos e saudáveis, como frutas, vegetais e grãos integrais, os torna menos disponíveis para famílias com orçamentos baixos. Dessa forma, a realidade financeira não apenas influencia as decisões alimentares, mas também impacta diretamente na qualidade nutricional da dieta, refletindo na saúde da população (Santos *et al.*, 2020; WHO, 2018).

O aumento da obesidade é particularmente alarmante entre crianças e adolescentes. A OMS considera que a obesidade infantil se tornou uma epidemia global, o que leva a um aumento da incidência de doenças crônicas nessa faixa etária (Meyer *et al.*, 2001). O excesso de peso e obesidade também está ligado a uma dieta rica em açúcares e gorduras, com evidências mostrando que o consumo excessivo de açúcar está diretamente associado ao aumento de casos de obesidade (Te Morenga *et al.*, 2013).

### 1.3 TABACO

Aproximadamente 6 milhões de óbitos anuais são vinculados ao consumo de tabaco, resultado tanto do fumo ativo quanto da exposição passiva (OMS, 2021). Calcula-se que o tabagismo contribui com cerca de 70% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e aproximadamente 10% das doenças cardiovasculares (OMS, 2019).

De acordo com a OMS (OMS, 2021), em 2020, 22,3% da população mundial usava tabaco. Nessa estimativa, o consumo era maior entre os homens (36,7%) do que entre as mulheres (7,8%). No Brasil, o tabagismo tem diminuído e segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a parcela de fumantes adultos no Brasil foi de 12,6% uma queda de um percentual de 63,8% nos últimos 30 anos (INCA, 2021). O Brasil é reconhecido internacionalmente como referência no combate ao fumo, devido a políticas públicas eficazes, como campanhas de conscientização, aumento de impostos sobre cigarros e a proibição do fumo em locais fechados (Portes LH, *et al.*, 2018). Porém, apesar da eficácia das políticas públicas adotadas, o

tabagismo ainda exerce grande impacto econômico para o Brasil, quando se pensa nos gastos gerados para a saúde pública (INCA, 2021).

No Dia Mundial sem Tabaco de 2024, o Ministério da Saúde lançou um estudo em parceria com o Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária (IECS), que mostrou que as doenças relacionadas ao tabagismo geram custos médicos anuais de R\$ 67,2 bilhões, o que representa cerca de 7% de do gasto total com saúde no Brasil. A arrecadação de impostos sobre produtos de tabaco não é suficiente para cobrir esses custos (INCA, 2021).

Nos últimos anos, surgiu um novo desafio na luta contra o tabagismo. O aumento do consumo de cigarros eletrônicos, especialmente entre os jovens, segundo o relatório da OMS sobre a epidemia mundial do tabaco de 2021. Embora muitos desses produtos sejam promovidos como alternativas "mais seguras" em relação aos cigarros tradicionais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte que os efeitos em longo prazo ainda não são bem definidos (OMS, 2022).

Cigarros eletrônicos vêm sendo associados como facilitadores ao acesso ao uso de cigarro convencional, particularmente entre a população jovem (East, 2017). Ainda segundo esse estudo, pesquisas transversais descobriram que os jovens que usam cigarros eletrônicos têm mais probabilidade de fumar, pretendem fumar e são suscetíveis ao tabagismo do que aqueles que não o fazem (East, 2017). Em 2021, o Ministério da Saúde do Brasil lançou um alerta sobre o aumento do uso de cigarros eletrônicos entre adolescentes e jovens adultos, enfatizando que esses produtos contêm substâncias nocivas e têm potencial viciante.

Uma pesquisa da Anvisa juntamente com a OPAS/OMS e o INCA, analisou que a exposição aos dispositivos eletrônicos de fumo (DEFs) tem sido associada a diversos efeitos prejudiciais à saúde pulmonar. Entre as consequências observadas, encontra-se o aumento da inflamação pulmonar, estresse oxidativo, inibição do sistema imunológico, a hipersecreção de muco e o dano pulmonar. Esses efeitos são semelhantes aos danos observados pela exposição ao tabaco, o que indica que os cigarros eletrônicos também apresentam grandes riscos à saúde respiratória (INCA, 2016)

Apesar do aumento dos cigarros eletrônicos, segundo o relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco, o Brasil continua avançando no combate ao tabagismo. O país é reconhecido internacionalmente por suas estratégias eficazes de controle do tabaco. Em 2023, o governo ampliou suas iniciativas de apoio à cessação do tabagismo, oferecendo assistência psicológica e medicamentos gratuitos para aqueles que desejam parar de fumar por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (INCA, 2023).

Segundo dados do Vigitel (2023) o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil é de 9,3%, sendo 11,7% entre homens e 7,2% entre mulheres, conforme demonstrado na figura 2.

**Figura 2.** Percentual de adultos (> 18 anos) fumantes, no conjunto das capitais brasileiras, por ano, segundo sexo, idade e escolaridade.

VARIÁVEIS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023
<b>Sexo</b>																	
Masculino	19,5	19,5	18,0	17,5	16,8	16,5	15,5	14,4	12,8	12,8	12,7	13,2	12,1	12,3	11,7	11,8	11,7
Feminino	12,4	12,3	12,0	11,5	11,7	10,7	9,2	8,6	9,0	8,3	8,0	7,5	6,9	7,7	7,6	6,7	7,2
<b>Idade (anos)</b>																	
18 a 24	12,1	13,5	11,4	10,9	10,9	8,8	8,5	7,1	7,8	7,2	7,4	8,5	6,7	7,9	7,1	6,4	6,7
25 a 34	14,0	14,6	13,8	14,5	14,2	13,2	11,7	12,1	11,9	10,5	9,7	9,6	9,4	9,2	10,6	7,3	9,8
35 a 44	18,7	17,4	16,5	14,8	15,1	13,9	12,9	11,2	9,9	10,4	10,0	11,7	9,1	9,7	9,6	11,6	10,4
45 a 54	22,8	21,5	19,6	18,9	18,0	18,6	16,0	15,1	13,2	12,7	12,6	11,2	11,1	10,9	10,0	10,1	9,1
55 a 64	15,0	15,8	17,2	16,7	16,7	15,9	15,0	13,6	12,5	12,8	13,5	11,6	12,3	13,6	12,2	11,5	9,7
65 e mais	9,6	8,4	9,3	8,4	8,1	9,0	7,6	6,9	8,1	8,2	7,7	7,3	6,1	7,8	5,9	7,4	9,1
<b>Anos de escolaridade</b>																	
0 a 8	19,3	18,7	18,9	18,1	18,1	18,2	16,3	15,0	14,1	14,4	14,3	13,2	13,0	13,8	12,4	12,9	12,2
9 a 11	13,8	13,6	12,0	11,9	12,2	10,7	10,0	10,3	10,3	9,0	9,4	9,9	8,8	9,5	9,2	8,1	8,9
12 e mais	10,8	12,2	10,8	10,8	10,0	9,7	9,1	7,4	6,8	7,2	6,9	7,4	6,2	6,7	7,5	7,2	7,4
<b>Total</b>	<b>15,7</b>	<b>15,6</b>	<b>14,8</b>	<b>14,3</b>	<b>14,1</b>	<b>13,4</b>	<b>12,1</b>	<b>11,3</b>	<b>10,8</b>	<b>10,4</b>	<b>10,2</b>	<b>10,1</b>	<b>9,3</b>	<b>9,8</b>	<b>9,5</b>	<b>9,1</b>	<b>9,3</b>

**Fonte:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Vigitel Brasil (2006 a 2023).

## 1.4 USO NOCIVO DO ÁLCOOL

O consumo de álcool, uma prática comum em diversas culturas, está frequentemente associado a festividades e celebrações, sendo incentivado por uma indústria lucrativa que investe pesado em publicidade (Malta *et al.*, 2015; WHO, 2021). No entanto, no âmbito da saúde coletiva, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas está fortemente relacionado a inúmeros agravos à saúde e, em casos extremos, à mortalidade (WHO, 2021; Andrade *et al.*, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo prejudicial de álcool é caracterizado por comportamentos que causam consequências nocivas para a saúde física e mental do indivíduo, bem como impactos negativos nas esferas sociais e profissionais (WHO, 2021; 2020). Esse tipo de consumo está associado a problemas como conflitos interpessoais, violência, faltas e atrasos no trabalho, além do aumento no risco de acidentes de trânsito devido ao consumo de álcool e direção (WHO, 2020).

O consumo global de álcool apresenta uma estatística preocupante. Anualmente, 2,3 milhões de pessoas perdem a vida em decorrência do uso prejudicial do álcool, o que representa 3,8% das mortes globais (OMS, 2019). No Brasil, o consumo anual médio de álcool por pessoa é significativamente mais alto do que a média mundial, alcançando 15,1 litros de álcool puro por ano, comparado aos 6,2 litros no mundo todo (OMS, 2021).

Entre os padrões mais prejudiciais de consumo de álcool estão o “*binge drinking*”, o “*heavy drinking*” e a dependência alcoólica. O “*binge drinking*”, ou consumo excessivo episódico, é definido como a ingestão de grandes quantidades de álcool em um curto período de tempo. Para homens, isso equivale a cinco doses ou mais em uma única ocasião, e para mulheres, quatro doses ou mais (NIAAA, 2004). Este comportamento é mais comum entre jovens e homens, trazendo sérios riscos à saúde física e mental (Machado *et al.*, 2017).

Outro padrão de consumo é o “*heavy drinking*”, caracterizado pelo consumo abusivo e frequente de álcool. De acordo com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2021), o “*heavy drinking*” é definido como o

consumo de oito doses ou mais por semana para mulheres, e 15 doses ou mais para homens.

Além desses padrões de consumo, é importante distinguir a intoxicação alcoólica aguda da dependência de álcool. Embora a dependência alcoólica seja amplamente discutida na sociedade, devido às suas consequências crônicas, como cirrose hepática (Caputo, Testino, 2021; Melo *et al.*, 2017), o maior problema observado é a intoxicação alcoólica aguda, que gera complicações imediatas e graves (Babor *et al.*, 2000).

O consumo prejudicial de álcool também tem implicações sociais e econômicas. A influência cultural e os fatores sociais amplificam o impacto do álcool, gerando consequências tanto para o indivíduo quanto para sua família e para a sociedade em geral (Algahtani, 2019).

## 1.5 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Diversas estratégias se mostram eficazes na prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Isso inclui a implementação de regulamentações relacionadas a produtos alimentícios, promoção da atividade física, criação de ambientes saudáveis e a adoção de intervenções voltadas para a comunidade e escolas, através de abordagens interdisciplinares e o envolvimento da comunidade (Souza, 2017). Além disso, a prevenção e tratamento adequado das DCNT inclui a realização de diagnósticos precoces, acesso a tratamentos oportunos, uso de sistemas de informação em saúde e a adoção de protocolos embasados em evidências científicas (OMS, 2021).

No cenário global, várias políticas foram adotadas para a prevenção e controle das DCNT, enfatizando o reforço da Atenção Primária à Saúde APS. Estas políticas englobam iniciativas voltadas para a prevenção de enfermidades, promoção da saúde e ações interdisciplinares, com um foco aprimorado na educação em saúde, monitoramento de doenças e fatores de risco, estímulo a hábitos alimentares saudáveis, promoção da atividade física, bem como a redução do tabagismo e do consumo prejudicial de álcool (OMS, 2019).

No Brasil, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011- 2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (Omran, 2020). A elaboração desse Plano foi coordenada pelo Ministério da Saúde e contou com colaboração de outros ministérios do governo brasileiro, de instituições de ensino e pesquisa, de membros de organizações não governamentais, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros (Souza *et al.*, 2017).

O Plano abordou os quatro principais grupos de doenças crônicas (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Também, definiram diretrizes e ações em três eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde e c) cuidado integral (Paim, 2014).

A avaliação e monitoramento envolvem o trabalho conjunto entre vigilância e atenção à saúde com o objetivo de criar uma rede de proteção e cuidado para a população. Isso inclui a coleta e uso de dados sociais para ações preventivas frente aos fatores de risco das doenças e acidentes; ações intersetoriais e estruturação de acordos regulatórios que ajudem a diminuir esses fatores de risco e fortalecer a promoção da saúde da população. (Antunes, 2020).

A promoção da saúde é compreendida como resultado da interação de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, que produzem as condições de vida nos diversos contextos sociais, favoráveis ou não à saúde. A principal estratégia da promoção da saúde é a de capacitar indivíduos e coletivos para que possam participar ativamente dos processos que incidem diretamente em suas vidas, como decisões políticas (Moreira, 2019).

A Atenção Primária a Saúde, com seu foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, é essencial para abordar os determinantes sociais e comportamentais que contribuem para o aumento do consumo de alimentos de

baixo valor nutricional. A promoção de hábitos alimentares saudáveis, por meio de campanhas educativas e orientação nutricional nas unidades de saúde, podem ajudar a reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (Brasil, 2021).

Além disso, a APS facilita a coordenação entre diferentes serviços de saúde, como nutrição, saúde mental e medicina geral. Essa integração é fundamental para abordar a complexidade dos problemas de saúde associados ao consumo excessivo de alimentos não saudáveis e à prevalência de DCNTs por meio de programas de saúde comunitária que incentivam a alimentação saudável e a atividade física podem diminuir o consumo de alimentos processados e ajudar na redução da obesidade e outras condições associadas (Brasil, 2021). A promoção de hábitos alimentares saudáveis, por meio de campanhas educativas e orientação nutricional nas unidades de saúde, podem ajudar a reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Ao focar na prevenção e no manejo precoce, a APS pode diminuir significativamente os custos associados a internações e tratamentos mais complexos (Brasil, 2019).

Da mesma forma, não há dúvidas sobre a complexidade do trabalho realizado nas unidades de saúde. É desafiador e requer equipes multidisciplinares altamente capacitadas que empregam metodologias e ferramentas com eficácia comprovada para estruturar os processos de trabalho (Takeda, 2013).

Neste cenário, a educação popular em saúde se destaca como um elo fundamental entre os próprios profissionais de saúde que participam do processo e a comunidade, sobretudo em relação à estrutura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual, por sua natureza, requer o estabelecimento desse laço (Takeda, 2013).

O enfrentamento das doenças não transmissíveis requer a articulação com políticas públicas de saúde de outros setores como Educação, Agricultura, Esporte, Transportes, Comunicação, Planejamento urbano, Meio ambiente, Trabalho e emprego, Indústria e comércio, Finanças e Assistência social, entre outros. Parcerias multissetoriais são fundamentais no apoio às políticas de prevenção de DCNT, como por exemplo, políticas de controle do tabagismo

que exigem controle de preços, taxaço de cigarros e estímulo à diversificação da cultura. As políticas de alimentação saudável, por sua vez, requerem estímulo a produção de alimentos saudáveis e redução de preços, taxaço de alimentos processados e regulamentação de propagandas (Resende, 2018).

Dado o exposto, torna-se importante avançar em um sistema de vigilância capaz de dar suporte ao monitoramento nacional e global das metas. O Brasil já conta com um sistema de vigilância de DNCT estruturado, seja por meio dos sistemas de informações de mortalidade e de hospitalizações ou por meio de inquéritos (Vigitel, PENSE, PNAD; Oliveira, 2014).

As políticas de estímulo à atividade física dependem de remodelação do espaço físico, promoção da mobilidade urbana e construção de espaços saudáveis. Em relação ao consumo do álcool, os benefícios advindos do controle de sua ingestão impactam as DCNT e incidem na redução de acidentes e violências. O Brasil já conquistou avanços importantes na redução do consumo de álcool associado à direção e também na redução de mortes no trânsito, no primeiro ano de implantação da Lei que proíbe dirigir sob qualquer grau de consumo de álcool (Silva, 2019).

Dito isto, todas as ações só se tornam eficazes se houver educação e comunicação em saúde, fatores que se agrupam para traçar um caminho completo com formação, produção e divulgação de informações. Educação em saúde pressupõe a abordagem pedagógica de assuntos relacionados à saúde individual e coletiva, discutidos a partir dos contextos político, social, cultural e econômico. Uma vez que isto visa à ampliação de conhecimentos, à autonomia e à horizontalidade no debate entre profissionais de saúde e usuários, por isso a necessidade de se interagir com o público alvo através de questionários e através do fornecimento de cartilhas informativas (Araújo, 2020).

## 2 JUSTIFICATIVA

Vários fatores estão associados à alta ingestão de gorduras, sal e alimentos de baixo teor nutricional que são decisivos para o desenvolvimento ou agravamento das DCNTs de uma forma geral. A vigilância nutricional dos hábitos dos indivíduos, configura-se como um aspecto decisivo para as tomadas de decisão frente a necessidade de redução do impacto das DCNTs para a saúde das pessoas, pois pode levantar hábitos e práticas danosas a saúde. Contudo, é fundamental saber que a melhoria desses hábitos de vida depende fundamentalmente de a capacidade dessas pessoas terem acesso à alimentos de melhor qualidade nutricional e de boa palatabilidade.

Na esteira dessa constatação é fundamental trabalhos que se dediquem então a compreender os hábitos alimentares e de vida dos brasileiros em seus pequenos espaços de convivência, como as unidades básicas de saúde, por exemplo, capazes ainda de levantar condições para as pessoas acessarem alimentos de melhor qualidade nutricional e que se adequem às suas rotinas e gostos pessoais.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a compreensão sobre os hábitos de vidas das pessoas, em uma região específica da cidade de Goiânia, buscando formatar uma ferramenta capaz de melhorar o acesso a uma alimentação de melhor qualidade nutricional.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Realização de avaliação prévia, *in loco*, com famílias atendidas pelo PSF Jardim Cerrado VI, por meio de entrevistas, levantando dados sobre hábitos alimentares e comportamentais relacionados ao consumo de fumíferos, álcool e rotina de atividade física;

b) Formulação de uma ferramenta que possibilite o acesso a alimentos de melhor qualidade nutricional e boa palatabilidade (livro de receitas) que possa ser apresentado e introduzido na comunidade atendida pelo PSF Jardim Cerrado VI.

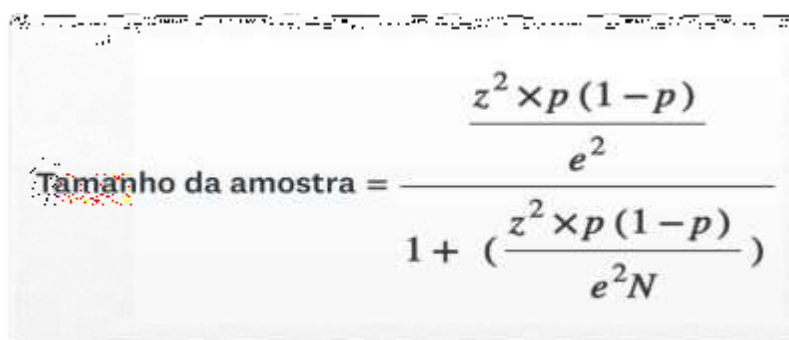
#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório (Piovesan, Temporini, 1995), com delineamento transversal descritivo, com a proposta de um produto final. Os estudos exploratórios são aqueles objetivados em encontrar ideais, hipóteses e afirmativas que mais se adequam a temática explorada, possibilitando assim, que o autor desenvolva suas opiniões a partir daquelas existentes e encontre alternativas que contribuam com o fenômeno analisado (Piovesan, Temporini, 1995; Fonseca *et al.*, 2020).

Foi realizado um estudo *in loco*, para levantamento de dados sobre diversos fatores de risco e comportamentos associados a agravos diversos de grande impacto a saúde das pessoas. O estudo foi realizado no setor Jardins do Cerrado VI. O setor está situado na região oeste da cidade de Goiânia e tem área de 572.220,52 m<sup>2</sup> (Goiânia, 2013). Foram incluídas no estudo as famílias adscritas em área de responsabilidade do PSF Jardim Cerrado VI que tem em sua área de atuação 1808 famílias cadastradas.

O quantitativo amostral contou com a participação de 44 famílias. Com esse quantitativo foi obtido um Nível de Confiança de 90% com um erro amostral de 12,3% (Figura 3). A seleção das famílias se deu de forma aleatória, idealmente 3 famílias por quadra (16 quadras ao todo - Figura 4), abrangendo todas as áreas de atendimento do PSF, de acordo com a divisão da região proposta pela unidade.

**Figura 3:** Fórmula para cálculo de tamanho amostral.


$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left( \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

**Fonte:** <<https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>> Acesso em 08 de maio de 2025.

**Figura 4.** Mapa de distribuição das micro áreas e quadras componentes do Setor Jd. Cerrado VI.



**Fonte:** Distrito sanitário Campinas/ Centro.

O estudo foi realizado mediante as visitas domiciliares no período de março a junho de 2018. Foi utilizado um questionário para a coleta de dados, adaptado do modelo VIGITEL (Brasil, 2015), com algumas modificações que facilitaram a aplicação do questionário em formato presencial. O questionário é de natureza objetiva, com 112 perguntas fechadas, realizadas presencialmente, tendo como entrevistada preferencialmente a chefe de família, e se encontra disponível como anexo (Anexo 1).

Após a realização das visitas os dados obtidos foram sistematizados e planificados em software Microsoft Excel®, seguido da análise por estatística descritiva utilizando o mesmo software. Após, foi realizado a organização de um caderno de receitas, que busca potencializar a ingestão de alimentos mais saudáveis de forma mais prática e palatável.

A coleta de dados foi realizada após análise e aprovação do Comitê de Ética para pesquisa com humanos da UFG por meio do envio e avaliação via plataforma Brasil (CAAE: 82393317.6.0000.5083; Parecer: 2.595.898).

## 5. RESULTADOS

Foram entrevistadas 45 famílias residentes no Jardim Cerrado VII. A média de idade dos participantes foi de 36 a 40 anos, variando entre 19 e 60 anos. Quanto a etnia autodeclarada, 13 pessoas optaram por não responder. Entre os 32 participantes que se declararam, 87,5% se identificaram como pardos e 12,5% como negros. Não houve auto declaração como branco ou indígena (Tabela 1).

A composição familiar variou entre os entrevistados. Apenas 4,4% moravam sozinhos. Famílias compostas por duas pessoas representaram 38,6%, três pessoas 31,8%, quatro pessoas 15,9%, cinco pessoas 6,8% e mais de cinco pessoas 4,5%. Entre os lares visitados, 6,8% tinham crianças menores de cinco anos e 4,5% conviviam com pessoas com mais de 60 anos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequência absoluta de idade, raça, quantidade de moradores por domicílio, presença de crianças e idosos nas residências, frequência de visitas a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a características do acesso a essa unidade de saúde, nas entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018.

Dados	Variáveis					
Idade (média)	36 a 40 anos (mín. 19, máx. 60 anos)					
Raça	Pardos	Negros	Branços	Indígenas	NR	
	28	4	0	0	13	
Moradores/ domicílio	1 M	2 M	3 M	4 M	5 M	>5 M
	2	17	14	7	3	2
Crianças e idosos	< 5 anos		> 60 anos			
	3		2			
Visitas ao ESF	1xmês	1x3 meses	1x6 meses	1x ano	Não sabem	
	2	11	19	9	4	
Acesso ao ESF	Fácil ou razoável		Ruim	Distante		
	27		9	9		

NR : Não responderam; M: Moradores; N= 45 famílias.

**Fonte:** Autoria própria (2025).

Em relação à frequência à unidade de saúde ESF Jardim Cerrado VI, menos de 10% dos entrevistados relataram visitas mensais. A maior parte

(41,9%) afirmou frequentar o local semestralmente, enquanto 25,6% o fazem a cada três meses. Outros 20,9% relataram ir uma vez ao ano, e 9,3% não souberam informar a frequência (Tabela 1).

Sobre o acesso à unidade, 60% o consideraram fácil ou razoável. No entanto, 20% afirmaram que o acesso é ruim e outros 20% relataram que a unidade é distante de suas residências (Tabela 1).

Nenhuma das famílias entrevistadas relatou dificuldade de locomoção.

A maior parte dos participantes relatou desconhecer seu peso (77,3%) e altura (79,5%) com exatidão. Apenas 6,7% mencionaram ter alguém com sobrepeso em casa, e não foram identificados casos em crianças menores de 12 anos.

A preparação do almoço é uma atividade diária para a maioria das famílias, com 79,5% das pessoas preparando o almoço em casa todos os dias. Observa-se ainda que 4,4% realizam essa atividade de 1 a 2 vezes por semana, 2,3% de 3 a 4 dias, 6,8% de 5 a 6 dias, enquanto 6,8% quase nunca preparam o almoço em casa. Entre os motivos relatados para não cozinhar, destacam-se a falta de tempo (8,9%), a falta de disposição (2,3%) e o custo elevado para preparar refeições em casa (9,1%), enquanto 83,7% afirmaram que a questão não se aplica à sua realidade.

No que se refere ao jantar, 69,8% das famílias preparam ou aquecem as refeições diariamente. Além disso, 4,5% realizam essa prática de 3 a 4 vezes por semana, 7,0% de 5 a 6 vezes, e 18,7% afirmam quase nunca preparar ou aquecer o jantar em casa.

Em relação à ingestão de legumes (excluindo batata, inhame e mandioca), a maioria das famílias consome legumes com pouca frequência. Apenas 4,6% ingerem legumes diariamente, 9,1% de 5 a 6 vezes por semana, 22,7% de 3 a 4 vezes por semana, 26,7% uma ou duas vezes por semana, e 36,4% raramente os consomem.

Além disso, 2,3% afirmaram nunca consumir legumes (Tabela 2). A ingestão de legumes ocorre predominantemente no almoço, com 60% das famílias afirmando consumir durante essa refeição. Além disso, 36,4% ingerem legumes tanto no almoço quanto no jantar, e 4,5% só consomem legumes no jantar (Tabela 2). A principal dificuldade para a ingestão mais frequente de

legumes está no custo, com 80% das famílias apontando o preço como um obstáculo, enquanto 13,6% mencionaram que o sabor dos legumes não é agradável (Tabela 2).

Em relação ao consumo de carne, 27,9% das famílias consomem carne de 5 a 6 vezes por semana, e 69,8% a consomem todos os dias (Tabela 2). A maioria das famílias (64,4%) consomem carne com gordura, enquanto 34,1% retiram o excesso de gordura antes do preparo. Além disso, 72,4% das famílias afirmam que gostam de comer carne com gordura, e 23,3% consideram que retirar a gordura torna o preparo mais trabalhoso (Tabela 2). Em relação ao frango, 95,5% das famílias retiram a pele antes de cozinhar (Tabela 2).

**Tabela 2.** Frequência absoluta e relativa do consumo de legumes, carnes, frango, frutas e doces, bem como aspectos relacionados à forma de preparo, preferências alimentares e principais dificuldades de aquisição, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018.

Consumo de Legumes						
Padrão de consumo de legumes	Frequência semanal					
	7x	5-6x	3-4x	1-2x	Raramente	Nunca
	4,6%	9,1%	22,7%	26,7%	36,4%	2,3%
Refeição com ingesta de legumes	Almoço		Jantar		Almoço + Jantar	
	60%		36,4%		4,5%	
Resistência a ingesta de legumes	Preço alto		Sabor desagradável		Outros	
	80%		13,6%		6,4%	
Consumo de carnes						
Padrão de consumo de carnes	Todos os dias			5-6 x/ semana		
	27,9%			69,8%		
Preparo da carne	Consumem com gordura			Retiram parte da gordura		
	64,4%			34,1%		
Resistência a retirada de gordura	Gostam do sabor			Excesso de trabalho		
	72,4%			23,3%		
Retiram a pele do frango	95,5%					
Consumo de frutas						
Frequência de consumo de frutas	Frequência semanal					
	7d	5-6x	3-4x	1-2x	Quase nunca	
	4,5%	22,7	9,1%	55,6%	9,1%	
	%					
Padrão de consumo de frutas	> 3x/dia		2x/ dia		1x/ dia	

	4,7%	9,3%	86,4%		
Resistência ao consumo de frutas	97,8% - valor elevado.				
Consumo de doces					
Padrão de consumo de doces	Frequência semanal				
	Quase nunca	1-2x	3-4x	5-6x	7x
	34,1%	22,2%	25%	15,9%	9,5%

**Fonte:** Autoria própria. (2025).

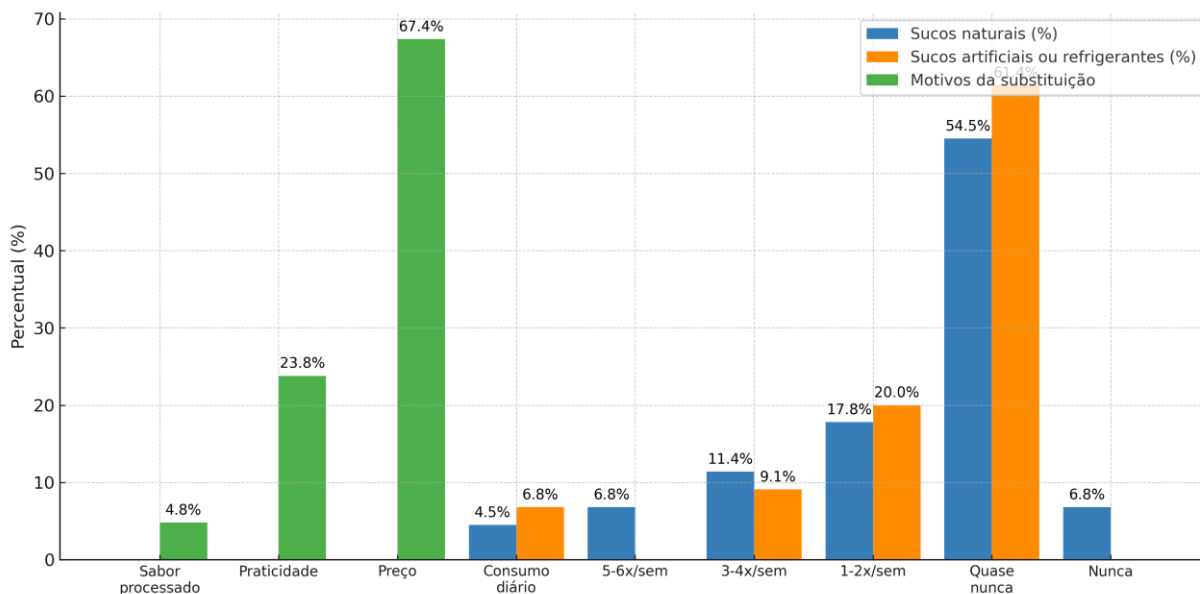
A ingestão de frutas também mostrou baixa frequência. A maioria das famílias (55,6%) consome frutas de 1 a 2 vezes por semana, enquanto 9,1% consomem de 3 a 4 vezes por semana, 22,7% de 5 a 6 vezes por semana, e 4,5% consomem frutas todos os dias. Apenas 9,1% das famílias afirmaram consumir frutas quase nunca. A maioria das famílias (86,4%) consome frutas uma vez ao dia, 9,3% consomem duas vezes ao dia e 4,7% consomem mais de três vezes ao dia. Para 97,8% das famílias o preço não é acessível (Tabela 2).

A frequência de consumo de doces varia entre as famílias, com 22,2% consumindo doces de 1 a 2 vezes por semana, 25% de 3 a 4 vezes por semana, e 15,9% de 5 a 6 vezes. 9,5% consomem doces todos os dias, enquanto 34,1% das famílias quase nunca consomem doces durante a semana (Tabela 2).

Em relação ao consumo de sucos naturais, 54,5% das famílias quase nunca consomem, enquanto 17,8% consomem de 1 a 2 vezes por semana, 11,4% de 3 a 4 vezes, e 6,8% consomem de 5 a 6 vezes na semana.

O consumo diário é de 4,5% das famílias, e 6,8% nunca consomem suco natural. Por outro lado, 20% das famílias consomem suco artificial ou refrigerante de 1 a 2 vezes por semana, 9,1% de 3 a 4 vezes, e 61,4% consomem quase nunca. O consumo diário de sucos ou refrigerantes é de 6,8% das famílias. A principal razão para substituir o suco natural pelo suco artificial é o preço (67,4%), seguido pela praticidade do suco processado (23,8%). Apenas 4,8% preferem o sabor do suco processado (Figura 5).

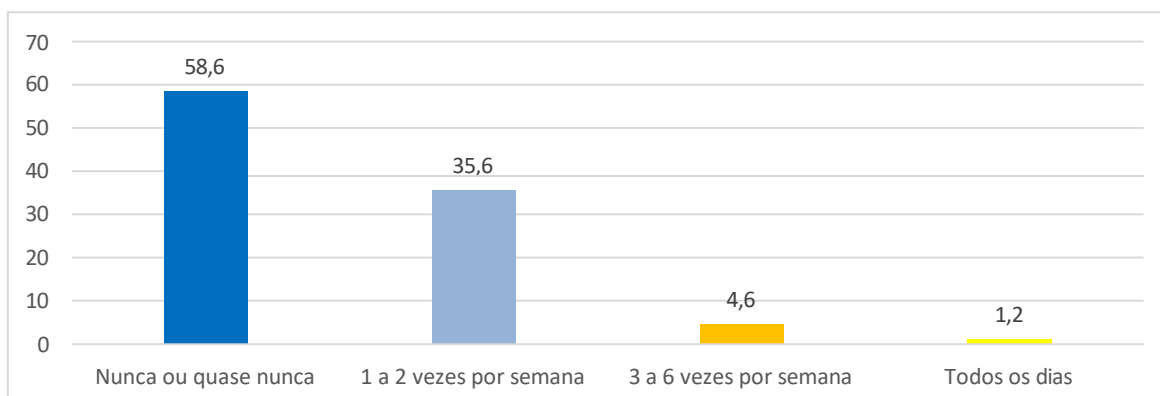
**Figura 5.** Frequência de consumo de sucos naturais e artificiais e principais razões para a substituição, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018.



**Fonte:** Autoria própria. (2025)

Em relação à substituição das refeições principais por sanduíches ou outros lanches, a maioria das famílias entrevistadas afirmou que quase nunca faz essa substituição. No entanto, no jantar, 35,6% das famílias indicaram que pelo menos uma a duas vezes por semana substituem a refeição por sanduíches ou lanches. Apenas 4,6% afirmaram substituir as refeições principais entre 3 a 6 vezes por semana, enquanto 58,6% disseram que quase nunca ou nunca realizam essa substituição (Figura 6).

**Figura 6.** Frequência de substituição das refeições principais por sanduíches ou outros lanches, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018.

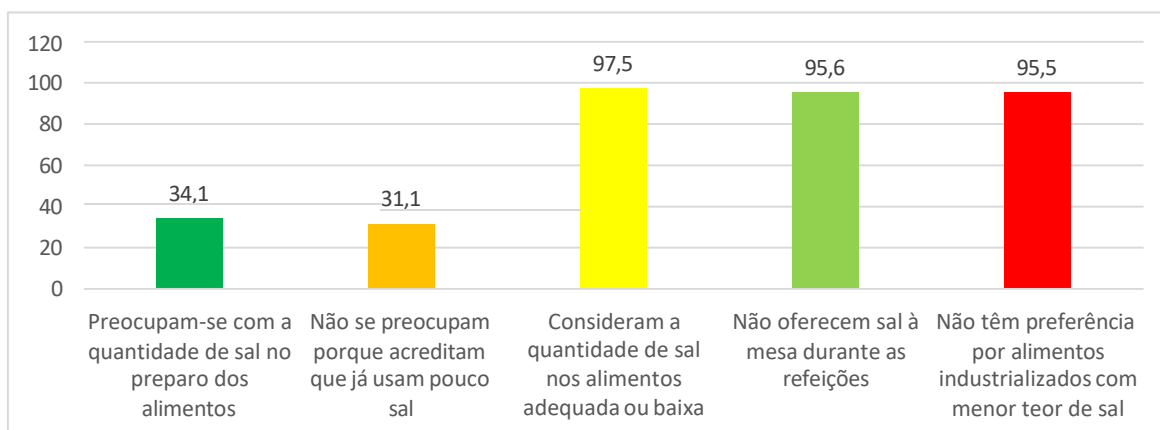


**Fonte:** Autoria própria. (2025).

Em relação ao uso de sal, 34,1% das famílias se preocupam com a quantidade de sal no preparo dos alimentos. Para aqueles que não se preocupam com a quantidade de sal, 31,1% acreditam que já não colocam muito sal nas refeições.

Para 97,5% das famílias, a quantidade de sal nos alimentos é considerada adequada ou baixa, e em 95,6% das residências não há oferta de sal à mesa durante as refeições. Quando questionados sobre a preferência por alimentos industrializados com menor teor de sal, 95,5% das famílias não demonstraram preferência por essa opção (Figura 7).

**Figura 7.** Percepção e práticas relacionadas ao uso de sal no preparo dos alimentos, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018.



**Fonte:** Autoria própria. (2025).

O consumo de bebidas alcoólicas também foi analisado. Cerca de 51,6% das famílias consomem bebidas alcoólicas de 1 a 2 vezes por semana, enquanto 20% consomem de 3 a 4 vezes na semana. Cerca de 26,7% consomem álcool em menor frequência, com menos de um dia por semana, e 3,2% afirmaram consumir menos de um dia por mês (Tabela 3). Em relação à quantidade de álcool consumido, 31,3% das famílias relataram que o consumo de bebidas alcoólicas não ultrapassa cinco doses ou latas por vez, 29% afirmaram que às vezes ultrapassam essa quantidade frequentemente e 12,9% sempre ultrapassam essa quantidade (Tabela 3).

Além disso, 38,7% das famílias consomem bebidas alcoólicas fora de casa de 1 a 2 vezes por semana, enquanto 37,9% consomem menos de uma vez por semana. Outros 10,7% afirmaram consumir fora de casa menos de uma vez por mês, e 17,9% não souberam responder (Tabela 3). Em relação ao comportamento de combinar álcool e direção, 6,6% dos entrevistados afirmaram que sempre combinam, 30% algumas vezes, 46,8% quase nunca, e 20% nunca (Tabela 3).

**Tabela 3.** Frequência, quantidade e comportamentos associados ao consumo de bebidas alcoólicas entre as famílias entrevistadas, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018.

Padrão de consumo	Vezes na semana			
	1 – 2	3 – 4	<1	<1/mês
	51,6%	20%	26,7%	3,2%
Quantidade consumida	Até 5 doses (5d)	> 5d (às vezes)	> 5d (sempre)	
	31,3%	29%	12,90%	
Bebem fora de casa	1-2 x/semana	< 1x/ semana	<1x/ mês	Não souberam
	38,7%	37,9%	10,7%	17,90%
Álcool mais direção	Sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
	6,6%	30,0%	46,8%	20%

**Fonte:** Autoria própria. (2025).

A grande maioria dos entrevistados, 89,9%, relatou que não praticam atividade física regularmente, enquanto apenas 9,1% mencionaram que realizam atividade física uma a duas vezes por semana. Apenas 2,3% dos entrevistados afirmaram praticar atividade física mais de cinco vezes por

semana. Além disso, ao falarem sobre os membros da família, 86,7% indicaram que não há prática regular de atividade física entre seus membros, enquanto 9,1% disseram que alguns membros praticam regularmente (Tabela 4). Desses, 66,7% praticam atividade física de 1 a 2 dias por semana, 14,3% mais de cinco dias por semana, e outros 14,3% não souberam informar a regularidade da prática (Tabela 4).

Em relação à existência de espaços que incentivem a prática de esportes, 95,6% das famílias não reconhecem esses espaços em sua área de residência. Quando questionados sobre o hábito de ir caminhando ou de bicicleta para o trabalho, 95,5% das famílias afirmaram que ninguém da residência adota esse hábito.

No que diz respeito ao trabalho doméstico, 86,4% dos entrevistados afirmaram realizar a faxina sem ajuda de outros membros da residência. Outros 7% mencionaram contar com a ajuda de um assistente doméstico, e 9,3% indicaram que toda a família ajuda nas tarefas de faxina (Tabela 4). Quanto à frequência da realização da faxina, 13,3% dos entrevistados disseram que realizam menos de uma vez por semana, 59,1% uma vez por semana, 27,3% duas vezes por semana, e 2% mais de três vezes por semana (Tabela 4). Entre os que realizam a faxina, 28,9% afirmaram que a tarefa leva mais de uma hora, 34,1% levam entre uma e duas horas, 25% levam de duas a três horas, 2,3% entre três e quatro horas, e 11,4% afirmaram que a faxina dura mais de quatro horas (Tabela 4).

**Tabela 4.** Prática de atividade física e realização de trabalho doméstico entre as famílias entrevistadas, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018.

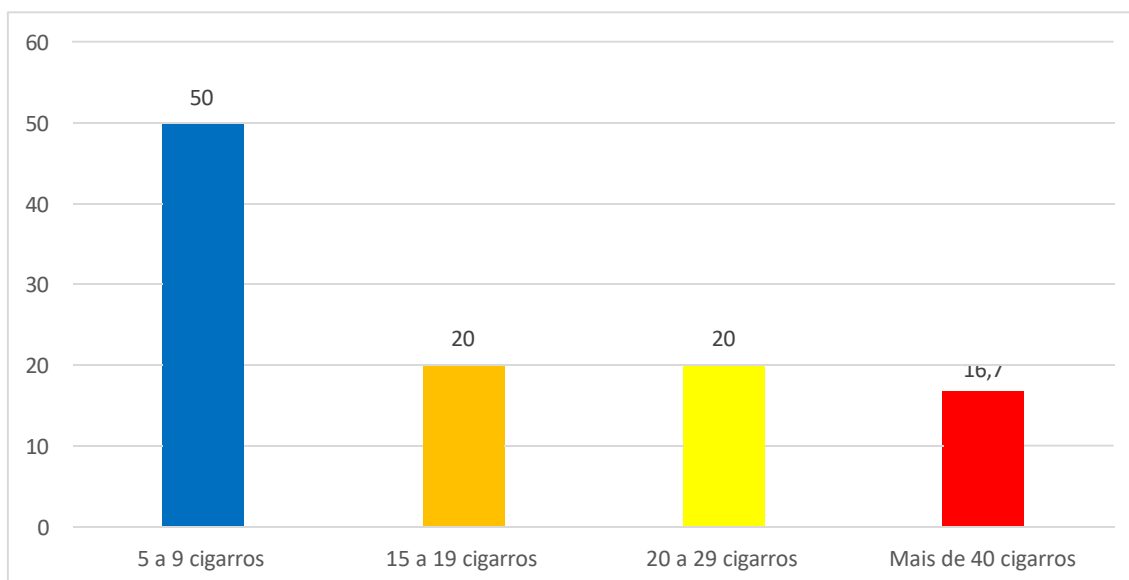
Prática esportiva individual	Não pratica regularmente	1 – 2 x/ semana	> 5x/ semana	
	89,9%	9,1%	2,3%	
Prática esportiva familiar	Não há prática regular		Alguns praticam regularmente	
	86,7%		9,1%	
Padrão de frequência entre os que praticam	1-2 x/ semana	> 5 dias/ semana	Não sabem	
	66,7%	14,3%	14,3%	
Realização de faxina	Vezes na semana			
	< 1x	1x	2x	> 2x
	13,3%	59,1%	27,3%	2%

Duração da faxina	Período em horas				
	>1	1-2	2-3	3-4	>4
	28,9%	34,1%	25%	2,3%	11,4%

**Fonte:** Autoria própria (2025).

Quanto ao hábito de fumar, 90,9% dos entrevistados relataram não fumar, enquanto 11,1% afirmaram fumar diariamente. Entre os fumantes, 50% consomem entre 5 a 9 cigarros por dia, 20% de 15 a 19 cigarros, 20% de 20 a 29 cigarros, e 16,7% mais de 40 cigarros por dia. Todos os fumantes afirmaram já ter tentado parar de fumar, com o vício sendo considerado a principal dificuldade para abandonar o hábito (Figura 8). Entre as famílias em que há fumantes (5), 40% relataram a presença de uma pessoa que fuma, 20% relataram duas pessoas e 40% relataram três pessoas fumantes no domicílio. Todos os fumantes afirmaram que esses outros membros também fumam diariamente.

**Figura 8.** Distribuição do hábito de fumar e perfil de consumo de cigarros entre as famílias entrevistadas, segundo entrevistas realizadas com famílias residentes no Setor Jardim Cerrado VI, município de Goiânia, em 2018.



**Fonte:** Autoria própria (2025).

Quando questionados sobre o estado geral de saúde, 2,3% dos entrevistados se consideraram com saúde muito boa, 54,5% se consideraram bem de saúde, e 43,2% relataram estado de saúde regular. Em relação ao

diagnóstico de hipertensão, 22,7% dos participantes afirmaram ter sido diagnosticado com a condição, e 13,6% dos entrevistados fazem uso de medicamentos para controle da hipertensão.

Desses, 42,8% têm acesso ao medicamento pelo programa Farmácia Popular, enquanto 57,2% acessam o medicamento em outros locais. Nenhum dos participantes relatou buscar o medicamento na própria unidade de saúde. Com relação à hipertensão em membros da família, apenas dois participantes (4,4%) indicaram que há alguém na residência com hipertensão arterial. Ambos fazem uso de medicamentos para controle, sendo que um tem acesso pelo programa Farmácia Popular e o outro tem acesso por outros meios.

Quanto ao diagnóstico de diabetes, 4,5% dos entrevistados afirmaram já ter sido diagnosticado com a doença. Em um dos casos, havia mais um membro da residência com diagnóstico de diabetes.

Sobre hipercolesterolemia, 9,1% dos entrevistados disseram ter sido diagnosticado, e 6,8% indicaram que havia mais um membro da residência com o mesmo diagnóstico.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 PRÁTICAS ALIMENTARES

A análise dos dados obtidos nas entrevistas domiciliares permitiu identificar hábitos alimentares, atividade física e condições de saúde, apontando desafios importantes para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Esses achados corroboram com os dados do Vigitel e outras pesquisas nacionais.

Como resultado das pesquisas, observou-se que 77,3% e 79,5% dos participantes não conheciam com precisão seu peso e altura. Essa ausência na autopercepção sob indicadores de saúde pode estar relacionada à baixa conscientização sobre a importância do monitoramento de saúde, como peso e IMC. Isso também pode contribuir para a subnotificação de sobrepeso e obesidade, além de doenças relacionadas a essas condições, uma vez que esses dados são utilizados para diagnósticos e intervenções preventivas (Freigang *et al.*, 2020, Peixoto *et al.*, 2006; Ramos, 2009).

De forma semelhante, o Vigitel 2023 apontou que, no conjunto das 27 cidades analisadas, 6,0% dos indivíduos avaliaram seu estado de saúde de forma negativa, sendo essa percepção mais elevada entre as mulheres (7,0%) do que entre os homens (4,9%) (Vigitel, 2023).

A auto avaliação do estado de saúde é um importante indicador em que o próprio indivíduo avalia sua saúde geral, geralmente em uma escala de cinco níveis (muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim). Esse indicador é padronizado em pesquisas nacionais, como a PNS, PNAD Saúde e Vigitel, e reflete não apenas condições físicas, mas também fatores sociais e comportamentais, sendo associado a morbidade, qualidade de vida e utilização de serviços de saúde. Estudos mostram que ela pode refletir em fatores como qualidade de vida, condições de trabalho e hábitos de vida, incluindo a prática de atividades físicas, tabagismo e consumo de álcool. Esses elementos refletem a forma como cada pessoa enxerga sua saúde e determinam sua predisposição a buscar serviços de saúde (Szwarcwald *et al.*, 2005; Pavão *et al.*, 2013).

A percepção negativa da saúde desempenha um papel importante na decisão de buscar atendimento médico. Estudos indicam que pessoas com níveis elevados de estresse, baixa prática de exercícios físicos e maiores índices de obesidade têm uma autopercepção de saúde mais negativa, o que pode influenciar diretamente na procura por cuidados (Fonseca *et al.*, 2012).

Entre os participantes entrevistados, observou-se que a frequência de visitas à unidade de saúde da ESF Jardim Cerrado VI é relativamente baixa, o que pode indicar uma percepção de saúde positiva ou, até mesmo, uma menor valorização do acompanhamento preventivo. Menos de 10% dos participantes relataram comparecer mensalmente à unidade, enquanto 41,9% afirmaram frequentar o local apenas a cada seis meses, 25,6% a cada três meses e 20,9% apenas uma vez por ano. Além disso, 9,3% não souberam informar a frequência das visitas.

Outro ponto que pode estar relacionado a esse comportamento é o desconhecimento sobre o próprio estado de saúde. A maior parte dos entrevistados não sabia seu peso (77,3%) nem sua altura (79,5%) com exatidão. Esse dado sugere uma baixa atenção a parâmetros antropométricos relevantes, o que pode levar à percepção de que não há necessidade de procurar a unidade de saúde com frequência. Apesar de apenas 6,7% dos participantes afirmarem ter alguém com sobrepeso em casa, é possível que esse número esteja subestimado, possivelmente em razão da falta de conhecimento sobre os próprios parâmetros corporais. Dessa forma, percebe-se que a autopercepção de saúde entre os entrevistados é limitada e pode contribuir para a menor procura por atendimentos regulares, especialmente os de caráter preventivo.

A percepção negativa da própria saúde exerce influência significativa sobre o comportamento de busca por atendimento médico. Indivíduos que avaliam sua saúde como ruim podem procurar com maior frequência os serviços de saúde, motivados pela preocupação com sintomas e pelo reconhecimento de limitações físicas ou mentais. Entretanto, quando essa percepção está associada a fatores como estresse crônico, baixa autoestima ou desmotivação, pode ocorrer o efeito inverso, a evitação do cuidado, especialmente entre pessoas com sobrepeso ou doenças crônicas que

acreditam que sua condição é pouco modificável. Assim, a autopercepção de saúde atua de maneira ambivalente, podendo tanto estimular quanto inibir a busca por cuidados, dependendo do contexto emocional e social em que o indivíduo se encontra (Fonseca *et al.*, 2012)

Além disso, a ausência de casos relatados de sobrepeso infantil nos dados obtidos pode ser referente ao desconhecimento da obesidade infantil nas famílias pesquisadas. A Organização Mundial da Saúde destaca que a falta de conscientização dos pais sobre obesidade e seus riscos representa um obstáculo significativo para mudanças no estilo de vida familiar (OMS,2016). Esse cenário é agravado por fatores socioeconômicos e culturais, que incluem o aumento do consumo de dietas densas em energia e pobres em nutrientes, associado à redução da prática de atividades físicas por crianças (Victora *et al.*, 2008; Riviera *et al.*, 2014).

No Brasil, a prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes varia de 8,8% a 22,2%, enquanto a obesidade varia de 3,8% a 24% (Pelegriani *et al.*, 2021). O aumento crescente de obesidade infantil tem sido amplamente documentado. Na América Latina, estima-se que 20-25% das crianças e adolescentes estejam acima do peso, incluindo 6,9% das crianças menores de 5 anos. Essa tendência está associada a transformações nos padrões alimentares familiares, marcados por hábitos alimentares não saudáveis, além de mudanças nos hábitos de atividade física, como o aumento do tempo em frente a telas e a redução de atividades recreativas (Onis, 2010).

Mudanças nos hábitos alimentares familiares têm sido apontadas como fatores centrais para o aumento da obesidade infantil. O consumo elevado de alimentos processados e ultraprocessados, ricos em açúcares e gorduras, aliado à ingestão insuficiente de frutas e vegetais, contribui para o ganho de peso (Enes, Slater, 2010; Pelegriani *et al.*, 2021). Fatores socioeconômicos, como nível educacional da mãe, posição econômica e condições de vida, influenciam diretamente essas escolhas alimentares (Pelegriani *et al.*, 2021).

Além disso, a redução da prática de atividades físicas, somada ao aumento do tempo gasto em atividades sedentárias, como assistir televisão e jogar videogames, está fortemente associada à obesidade infantil (Enes, Slater, 2010; Melo, Diaz, 2024).

Segundo a OMS, a incorporação de práticas alimentares saudáveis desde a infância é um fator determinante na redução do risco de doenças crônicas e na melhoria da qualidade de vida ao longo do tempo (OMS, 2019). Entre as famílias entrevistadas, verificou-se um baixo consumo de sucos naturais, acompanhado por uma substituição frequente por bebidas processadas, além de um maior consumo de doces em comparação à ingestão regular de legumes e verduras. Os dados obtidos apontam padrões alimentares pouco equilibrados, reforçando a importância de ações educativas e intersetoriais que promovam escolhas alimentares saudáveis. Mesmo com a baixa presença de crianças entre as famílias entrevistadas, é fundamental incentivar hábitos saudáveis desde a infância para reduzir o risco futuro de doenças crônicas.

O preparo de refeições em casa é uma prática comum entre os participantes da pesquisa, com 79,5% mencionando que preparam o almoço em casa e 69,8% o jantar. Esse dado reflete uma preferência pela alimentação caseira, no entanto, um baixo consumo de legumes, frutas e vegetais.

O fato de a maioria dos participantes relatar o preparo de refeições em casa não garante uma alimentação equilibrada. Estudos apontam que o ato de cozinhar em casa pode estar associado a melhor qualidade da dieta e até as menores taxas de mortalidade, mas isso depende fortemente da escolha dos ingredientes, dos métodos culinários e da frequência do preparo (Lee *et al.*, 2016; Raber *et al.*, 2016). Na realidade brasileira, observa-se que mesmo receitas consideradas “caseiras” frequentemente incorporam alimentos ultraprocessados, como temperos prontos, bebidas açucaradas e produtos industrializados, em desacordo com as diretrizes alimentares nacionais (Camargo *et al.*, 2022). Entre as famílias entrevistadas, o consumo de sucos naturais foi baixo, com 54,5% relatando quase nunca consumi-los, substituindo por versões processadas devido ao preço e à praticidade. A preocupação com o teor de sal também se mostrou limitada, já que a maioria considera seu consumo adequado e não demonstra preferência por produtos com teor reduzido de sódio. Esses achados reforçam que, mesmo no preparo doméstico, há uma presença marcante de alimentos processados e pouca atenção à qualidade nutricional das refeições.

Nas últimas décadas, o consumo de alimentos ultraprocessados cresceu significativamente no país, impulsionado por fatores como redução de preços, ampla oferta em redes varejistas e expansão de indústrias transnacionais, inclusive em áreas rurais e remotas (Passos *et al.*, 2024). Esse cenário evidencia que a indústria de alimentos e a globalização influenciam não apenas os padrões de consumo, mas também as informações e narrativas disponíveis, o que torna essencial a formação de consumidores mais críticos e conscientes (Passos *et al.*, 2024).

O consumo elevado de carne contrasta com o baixo consumo de frutas e vegetais. A pesquisa mostrou que 36,4% dos entrevistados consomem legumes quase nunca ou nunca, o que pode ser explicado pela percepção de que esses alimentos são mais caros ou menos acessíveis.

O baixo consumo de frutas, verduras e legumes no Brasil é um fenômeno multifatorial.

Entre as famílias entrevistadas, observou-se um padrão semelhante, com consumo pouco expressivo de frutas 55,6% relatou ingeri-las apenas de uma a duas vezes por semana, e somente 4,5% afirmaram consumi-las diariamente. A principal barreira identificada foi o preço, considerado inacessível por 97,8% das famílias, enquanto 2,3% mencionaram a praticidade dos alimentos industrializados como fator que reduz a frequência de consumo. O sabor não foi apontado como obstáculo, indicando que o consumo insuficiente está mais relacionado a questões econômicas e de conveniência do que à preferência alimentar.

Estudos nacionais e locais apontam que o preço elevado e a dificuldade de acesso são as principais barreiras para o consumo mais frequente desses alimentos (Silva, Costa, 2013; Santos *et al.*, 2019; Claro, Monteiro, 2003).

Além disso, questões como tempo limitado para compras e preparo, alta perecibilidade e menor praticidade em relação aos ultraprocessados dificultam a inclusão desses alimentos no cotidiano (Silva, Costa, 2013; Brasil, 2014). Aspectos culturais também exercem forte influência, uma vez que a falta de hábito familiar e a percepção de que hortaliças possuem sabor menos agradável reduzem sua aceitação, sendo o “gosto” resultado não apenas da palatabilidade, mas também de construções sociais e históricas (Santos *et al.*,

2019; Pollard *et al.*, 2002). Soma-se a isso a atuação da indústria e da publicidade de ultraprocessados, que direciona escolhas alimentares e reforça a substituição de alimentos in natura por opções industrializadas (Brasil, 2014).

O consumo diário de carne (69,8% dos entrevistados) pode ser explicado pela sua percepção como uma fonte principal de proteína e energia e parece ser uma escolha mais acessível em termos de custo benefício. A carne pode ser vista como um "investimento" nutricional, onde as famílias percebem valor em consumir proteínas, além do consumo da carne estar enraizada em muitas tradições culinárias e em culturas onde a proteína animal é vista como central para a alimentação. O consumo de carne no Brasil ultrapassa a dimensão nutricional e está enraizado em aspectos históricos, culturais e sociais (Ribeiro, Corção, 2013).

O contraste entre o elevado consumo de carne e o baixo consumo de frutas e hortaliças não pode ser explicado apenas pelo custo dos alimentos. A carne bovina, em particular, ocupa um lugar de destaque simbólico e cultural na dieta brasileira, sendo historicamente concebida como um "alimento soberano" e associada a poder econômico e status social (Ribeiro, Corção, 2013). Esse valor simbólico antecede inclusive o reconhecimento de seus benefícios nutricionais, estando enraizado em práticas alimentares desde o século XIX, quando o processo de urbanização facilitou seu acesso entre as camadas médias urbanas (Ribeiro, Corção, 2013). Assim, o consumo elevado de carne no Brasil deve ser compreendido não apenas a partir de fatores econômicos, mas também de construções culturais e históricas que conferem centralidade a esse alimento na identidade alimentar do país.

Por outro lado, os legumes e as frutas, são muitas vezes vistos como complementos e consumidos apenas ocasionalmente, por serem considerados menos saborosos ou mais difíceis de incorporar à dieta o que pode reforçar a preferência por carnes e alimentos processados, que oferecem mais conveniência e maior durabilidade.

Entre as famílias entrevistadas, constatou-se um consumo reduzido de frutas e legumes, relacionado principalmente a fatores econômicos e de praticidade. O custo elevado foi citado por 97,8% das famílias como principal

barreira para o consumo de frutas e por 80% no caso dos legumes. Outros aspectos, como o sabor (13,6%) e a conveniência dos produtos industrializados (23,8%), também foram mencionados como fatores que influenciam as escolhas alimentares.

Esses resultados evidenciam que as condições econômicas e a busca por praticidade podem impactar negativamente a qualidade da dieta, favorecendo a preferência por alimentos processados em detrimento dos in natura. Embora a substituição das refeições principais por lanches não seja uma prática amplamente difundida, sua presença em parte das famílias indica padrões de alimentação que merecem atenção em estratégias públicas de promoção da saúde e segurança alimentar. Nesse sentido, os resultados reforçam a necessidade de ações que ampliem o acesso a alimentos frescos e incentivem práticas culinárias mais saudáveis no cotidiano familiar.

Em diversos estudos, as hortaliças são descritas como alimentos de sabor amargo e baixa palatabilidade, o que reduz sua aceitação e leva ao uso excessivo de sal e óleo para torná-las mais agradáveis (Santos 2019). Segundo o autor, alimentos com baixa densidade energética, como muitas hortaliças, tendem a ser percebidos como menos saboroso, o que estimula sua substituição por opções ultra processadas e dificulta a adesão às recomendações nutricionais.

A falta de tempo para comprar, preparar e consumir frutas e hortaliças é outra barreira amplamente relatada. Por se tratarem de alimentos perecíveis, a compra costuma ser feita semanalmente, o que leva à escassez nos períodos sem reposição (Souza *et al.*, 2008). A acessibilidade e a ausência de planejamento alimentar também representam desafios importantes, já que dificuldades para adquirir frutas e hortaliças com regularidade e a falta de organização nas compras comprometem o consumo. Estudos indicam que comportamentos relacionados ao planejamento das refeições e à compra de alimentos estão fortemente associados à ingestão adequada desses grupos (Freitas, 2015).

Embora estudos apontem que o planejamento das refeições e a organização das compras estejam associados a uma maior ingestão de frutas e hortaliças, essa relação não pôde ser identificada entre as famílias

entrevistadas. Não foram encontradas evidências de práticas regulares de planejamento alimentar, o que pode estar relacionado ao formato do questionário aplicado, que priorizou a investigação da frequência e do tipo de consumo, sem aprofundar aspectos comportamentais e organizacionais da rotina alimentar.

Além disso, a preferência por sucos artificiais e refrigerantes em vez de sucos naturais ou preparados em casa segue o mesmo padrão. As bebidas industrializadas, frequentemente mais baratas e prontas para o consumo, são uma escolha popular, mesmo que parte da população subestime ou desconheça seus impactos negativos à saúde, como o aumento do risco de obesidade e doenças metabólicas reforçando a necessidade de estratégias educativas e políticas públicas que informem sobre os riscos associados ao consumo excessivo desses produtos (OMS, 2020).

A preferência por sucos artificiais e refrigerantes em vez de sucos naturais também foi observada entre as famílias entrevistadas. Entre os entrevistados, 54,5% relatou consumir sucos naturais apenas de uma a duas vezes por semana, e somente 4,5% mantêm o consumo diário. Em contrapartida, 33,9% consomem bebidas industrializadas, como sucos artificiais ou refrigerantes, semanalmente. Os principais motivos para essa substituição foram o preço (67,4%) e a praticidade (23,8%), enquanto o sabor teve pouca influência (4,8%).

Esses resultados indicam que, embora o consumo de bebidas processadas não seja predominante, fatores econômicos e de conveniência ainda orientam grande parte das escolhas alimentares. Tal cenário reforça a importância de políticas públicas que ampliem o acesso a alimentos e bebidas naturais, além de ações educativas que alertem sobre os impactos do consumo frequente de produtos ultraprocessados na saúde (OMS, 2020).

Ainda sobre hábitos alimentares, o uso de sal no preparo dos alimentos representou uma preocupação para 34,1% dos entrevistados, contudo, 31,1% dos entrevistados afirmaram que já não colocam muito sal nas refeições. 97,5% das famílias entrevistadas indicaram que a quantidade de sal oferecida na comida é considerada adequada ou baixa, enquanto 95,6% das famílias afirmaram não oferecer sal na mesa durante as refeições. Esses dados

sugerem uma prática de uso moderado do sal durante o preparo dos alimentos, mas pode estar mascarando o consumo real de sódio, uma vez que alimentos processados e ultraprocessados, que frequentemente contém porções de sal oculto, não são necessariamente considerados nessa avaliação. Estudos apontam que grande parte do sódio consumido no Brasil provém de alimentos processados e ultraprocessados, como embutidos, temperos prontos, molhos e produtos industrializados, que contêm quantidades elevadas e muitas vezes “ocultas” de sal (Brasil, 2020; Nilson *et al.*, 2017).

Por exemplo, 95,5% das famílias pesquisadas não preferiram alimentos industrializados com menor teor de sal. Esse dado é bastante relevante e reflete uma falta de percepção ou preocupação com o "sal oculto" presente em alimentos industrializados, o que reforça a necessidade de campanhas educativas para informar a população sobre a importância de escolher produtos com menor teor de sal. Essa visão constitui um desafio importante para as políticas de promoção da alimentação saudável, pois a redução do consumo de sódio depende não apenas de mudanças no preparo doméstico, mas também da conscientização sobre os alimentos industrializados e da leitura adequada dos rótulos nutricionais (Nilson *et al.*, 2017).

O consumo de sal da população brasileira continua sendo uma preocupação significativa para a saúde pública. Segundo o Vigitel 2023, o consumo médio de sal no Brasil é superior a 9 g por dia, o que é quase o dobro do limite recomendado pela OMS, que é de 5 g diários (Ministério Da Saúde, 2023).

As principais fontes de sódio nas dietas brasileiras são alimentos e ingredientes processados, incluindo sal de cozinha, que representaram 55% da ingestão total de sódio. Houve um aumento notável na ingestão de sódio de alimentos processados e ultraprocessados, que juntos, representaram uma porção significativa do consumo de sódio. A proporção de sódio de alimentos ultraprocessados quase dobrou em famílias de baixa renda nos últimos 15 anos, destacando uma mudança nas fontes alimentares em diferentes níveis de renda (Nilson *et al.*, 2017).

Ademais, o estilo de vida moderno e as longas jornadas de trabalho reduzem o tempo dedicado ao preparo das refeições, impactando

negativamente o consumo de alimentos in natura (Monteiro *et al.*, 2018). Fora de casa, o mesmo padrão se repete: os ultraprocessados são consumidos em qualquer lugar e momento, enquanto se trabalha, caminha ou dirige, sendo erroneamente associados, pela publicidade, à modernidade e à sociabilidade. Assim, esses produtos contribuem não apenas para o empobrecimento nutricional da dieta, mas também para a perda de vínculos sociais e culturais relacionados à alimentação (Monteiro *et al.*, 2018).

Nesse contexto, estratégias educativas e materiais de apoio culinário têm se mostrado eficazes para promover mudanças de comportamento alimentar e incentivar o consumo regular de frutas e hortaliças. Cadernos de receitas, oficinas culinárias e guias alimentares práticos, quando adaptados à realidade local e baseados em ingredientes acessíveis, favorecem o preparo de refeições saudáveis, equilibradas e de baixo custo. Tais iniciativas contribuem não apenas para o aumento da ingestão de alimentos in natura, mas também para a valorização da cultura alimentar e o fortalecimento da autonomia dos indivíduos em suas escolhas cotidianas (Brasil, 2014).

Esses hábitos alimentares encontrados na pesquisa corroboram com dados da literatura que apontam que as escolhas alimentares não dependem apenas de fatores econômicos. Há uma interação entre aspectos fisiológicos, culturais e sociais. Onde as preferências pessoais, influenciadas por questões culturais e de sabor se entrelaçam com limitações econômicas (Cotta, Machado, 2013). A publicidade de produtos ultraprocessados exerce papel central na formação de preferências. Anúncios frequentemente destacam sabor, conveniência e diversão, e podem transmitir a percepção equivocada de que esses alimentos são saudáveis ou apropriados para crianças, mascarando seu baixo valor nutricional e alto teor de açúcares, gorduras e sódio (Brasil, 2014; Ueda; 2014). Esse conjunto de fatores cria um ambiente alimentar que favorece a substituição de frutas, hortaliças e outros alimentos in natura por opções industrializadas, dificultando a adesão às recomendações de uma dieta equilibrada (Brasil, 2022).

Além disso, um estudo brasileiro avalia que beneficiários do Bolsa Família entendem que a renda limitada, somada à falta de conhecimento sobre alimentação saudável, contribui para a escolha de alimentos menos nutritivos

(Cotta, Machado, 2013). Essa decisão alimentar é influenciada por diversos fatores econômicos e de mercado: produtos ultraprocessados geralmente têm preço atrativo, são amplamente disponíveis e possuem longa validade, o que os torna mais convenientes e acessíveis para famílias com recursos limitados (Brasil, 2014).

A escolaridade também desempenha um papel importante, sendo diretamente associada a um maior consumo de frutas e hortaliças. Pessoas com menor escolaridade têm maior probabilidade de consumir alimentos ultraprocessados devido à sua acessibilidade e custo reduzido (Medina *et al.*, 2019; Canuto *et al.*, 2019). Estudos indicam que homens e mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram maior frequência de consumo recomendado de frutas, legumes e verduras, refletindo maior acesso à informação nutricional e oportunidades socioeconômicas (Turrell *et al.*, 2003). Estudos nacionais e internacionais mostram padrão semelhante, com indivíduos de maior escolaridade consumindo mais frutas, verduras e legumes (Monteiro, 2005; Thompson *et al.*, 2005; Eustáquio *et al.*, 2008). Em Belém (PA), um estudo observou que homens com 12 anos ou mais de escolaridade tinham 3,1 vezes mais chance de alcançar o consumo recomendado de frutas, verduras e legumes em comparação aos com até oito anos de estudo (Moura *et al.*, 2007).

A ausência de informações sobre a escolaridade dos respondentes e de suas famílias configura uma limitação deste estudo, uma vez que impede a análise de possíveis relações entre o nível educacional e os padrões alimentares observados.

Fatores culturais também moldam hábitos alimentares, com ultraprocessados associados a recompensa e modernidade, enquanto frutas e hortaliças muitas vezes são vistas como complementos secundários das refeições (Fieldhouse, 2002).

Para realização de intervenções eficazes, é necessário considerar os fatores que influenciam nas escolhas alimentares, desde o nível socioeconômico até fatores culturais (Brasil, 2014). Estratégias devem incluir a educação nutricional, ações de educação em saúde além de políticas públicas que promovam hábitos alimentares saudáveis (Brasil, 2018).

Para enfrentar essas barreiras, diversas estratégias vêm sendo implementadas e discutidas. No Brasil, programas como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) promovem o consumo de alimentos frescos e produzidos localmente, enquanto materiais educativos, como o livro *Na cozinha com frutas, legumes e verduras*, incentivam práticas alimentares saudáveis em casa e nas escolas (Ministério Da Saúde, 2016), assim como discussões no âmbito político vem se tornando mais frequentes em busca de implementar medidas como taxaço de ultraprocessados, rotulagem nutricional clara e regulação da publicidade infantil têm mostrado potencial para reduzir o consumo desses produtos e favorecer escolhas mais saudáveis (Brasil,2019).

A regulação da publicidade de alimentos no Brasil enfrenta limitações devido à forte influência do setor privado, que tem atuado de forma sistemática para impedir o avanço dessa agenda (Henriques,2014). Nos últimos anos, entretanto, observou-se algum progresso, especialmente com a implementação da rotulagem nutricional frontal, estabelecida pela RDC nº 429/2020, em vigor desde outubro de 2022, que passou a exigir a sinalização de altos teores de açúcares adicionados, gorduras saturadas e sódio nos rótulos de alimentos industrializados. Apesar desse avanço, a publicidade de alimentos ultraprocessados segue pouco regulada, e a atuação de empresas do setor ainda representa um obstáculo para o fortalecimento das políticas públicas de promoção da alimentação saudável (Gostin, 2019; Anvisa, 2022).

Assim, o papel do sistema judiciário é essencial para assegurar o cumprimento das normas e proteger a saúde pública, evitando lacunas legais que favorecem interpretações diversas e a manutenção de práticas prejudiciais à população (Pereira *et al.*, 2021).

## 6.2 SEDENTARISMO

Os dados coletados na pesquisa revelam um contexto desafiador em relação ao sedentarismo na população estudada. A grande maioria dos entrevistados (89,9%) relatou não praticar atividade física regularmente, enquanto apenas 9,1% declararam realizá-la de um a dois dias por semana.

Apenas um indivíduo afirmou praticar atividades físicas mais de cinco vezes por semana. Esse padrão se reflete nos hábitos familiares, com 86,7% das famílias não possuindo o costume de praticar exercícios regularmente. Por outro lado, o trabalho doméstico se apresenta como a principal forma de atividade física relatada pelos entrevistados. Entre os entrevistados, 86,4% realizam faxina sem auxílio de terceiros, embora a frequência e a duração dessa prática variem. A maioria (59,1%) declarou realizar faxina uma vez por semana, e 28,9% afirmaram gastar mais de uma hora na atividade. Apesar de contribuir para o gasto energético diário, esse tipo de atividade não consegue suprir os benefícios proporcionados pela prática regular de exercícios físicos (OMS, 2020).

Ao comparar esses resultados com os dados do Vigitel 2023, percebe-se que o sedentarismo é uma questão nacional relevante. Segundo o levantamento, 37,0% da população adulta brasileira não alcança um nível suficiente de atividade física, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa, distribuídos ao longo da semana (OMS, 2020), sendo essa proporção maior entre as mulheres (43,1%) do que entre os homens (29,8%). Além disso, a frequência de inatividade física tende a aumentar com a idade, especialmente a partir dos 55 anos, e está mais presente em pessoas com menor escolaridade. No nível de menor escolaridade, a taxa de inatividade atinge sua maior proporção (Vigitel, 2023).

Estudos identificaram que adultos que apresentam pelo menos um comportamento de risco, como inatividade física ou alto comportamento sedentário, tem maior probabilidade de desenvolver obesidade. A inatividade física refere-se à ausência de prática regular de atividades que exijam gasto energético acima do nível de repouso, como exercícios físicos ou deslocamentos ativos, enquanto o comportamento sedentário diz respeito ao tempo prolongado em atividades que envolvem baixo gasto energético, geralmente em posição sentada, como assistir televisão, trabalhar ao computador ou utilizar o celular (OMS, 2020).

Entre os idosos, o risco aumentado de obesidade foi mais evidente naqueles classificados como inativos. Além disso, adultos inativos, mas com baixo comportamento sedentário, apresentam maior probabilidade de desenvolver diabetes e hipertensão. O estudo conclui que tanto a inatividade física quanto o comportamento sedentário desempenham um papel relevante na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, sendo que a inatividade física apresenta uma associação mais forte, especialmente na população idosa (Bertuol *et al*, 2014).

Um dos fatores que podem contribuir para essa realidade é a ausência de espaços que incentivem a prática esportiva, mencionada por 95,6% das famílias. A falta de infraestrutura adequada pode representar uma barreira que desestimula a adoção de práticas de exercícios físicos. Diversos estudos têm identificado barreiras significativas à prática de atividade física, especialmente entre indivíduos com doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial e obesidade. Quiroz-Mora *et al.* (2018) destacam que fatores como a ausência de companhia, a falta de compreensão sobre o papel do exercício físico na redução dos agravos dessas condições e a escassez de orientações adequadas por parte dos profissionais de saúde comprometem a adesão a práticas regulares de atividade física (Quiroz- mora *et al.*, 2018). No âmbito ambiental, essas barreiras podem estar associadas à carência de locais com infraestrutura adequada, como ruas estreitas, ausência de calçadas e risco de lesões (Queiroga *et al.* 2012).

Políticas públicas, como o Programa Academia da Cidade (Brasil, 2013), buscam ampliar o acesso a espaços voltados à prática de exercícios, contudo ainda há desafios estruturais que desestimulam a população. Salvador *et al.* (2009) observaram que indivíduos residentes próximos a locais com estrutura esportiva apropriada, como quadras e áreas públicas, demonstraram maior propensão à prática física, e que a proximidade de unidades básicas de saúde também contribui positivamente para esse comportamento (Salvador *et al.*, 2009).

Resultados semelhantes foram identificados por Eiras *et al.* (2010) em estudo com idosos de Curitiba, que apontaram as condições ambientais do entorno como determinantes para a adesão à atividade física (Eiras *et al.*,

2010). Embora existam em Goiânia programas municipais com essa característica, como o “programa vida ativa”, por exemplo, é notório que a realização desse tipo de atividade demanda aparelhos sociais para a sua realização<sup>1</sup>, denotando assim, a setorialidade dessa política, o que efetivamente ainda não consegue atender toda a cidade de forma satisfatória, inclusive a região estudada.

Essa barreira também se reflete na mobilidade da população, uma vez que 95,5% dos entrevistados relataram não utilizar o deslocamento ativo, como caminhar ou pedalar, como meio de transporte. A prática de atividades físicas no deslocamento também é pouco frequente no panorama nacional. Apenas 12,0% dos brasileiros realizam atividades físicas no deslocamento (como caminhar ou pedalar) em um nível considerado adequado, o que confirma o padrão identificado na população pesquisada (Vigitel, 2023). As condições de mobilidade urbana, influenciadas por fatores físicos, geográficos e sociais, exercem impacto direto sobre os riscos de adoecimento e mortalidade da população, especialmente nas grandes cidades. Esses riscos variam conforme a localização da moradia em áreas centrais, periféricas ou com infraestrutura precária, o modo de deslocamento utilizado (a pé, de bicicleta, por transporte público ou individual motorizado) e os horários de circulação (Silva, 2023).

Territórios urbanos amplos, desiguais e dispersos impõem desafios significativos aos deslocamentos cotidianos, sobretudo para a população de baixa renda que habita regiões periféricas. No Brasil, estima-se que cerca de um terço da população das grandes cidades viva nessas áreas (IBGE, 2017). Em geral, trabalhadores residentes nas periferias percorrem longas distâncias (cerca de 16 km em média) para acessar empregos e serviços localizados nas regiões centrais dependendo de sistemas públicos de transporte frequentemente insuficientes, precários e limitados ao deslocamento pendular casa-trabalho-casa (Araujo *et al.*, 2011). Essa realidade evidencia que o ambiente urbano, quando desprovido de infraestrutura adequada, pode

---

<sup>1</sup>(Prefeitura de Goiânia, disponível em: <  
<https://www.goiania.go.gov.br/semel/lazer/programas/unidades-de-lazer-e-matriculas/>>  
Acesso em 04 de novembro de 2025)

representar uma barreira indireta à adoção de hábitos saudáveis, como o deslocamento ativo e a prática regular de atividades físicas, ampliando desigualdades e contribuindo para o aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis (Silva, 2023).

Diante desse panorama, tanto em nível local quanto nacional, evidencia-se a necessidade de intervenções estruturais e intersetoriais que promovam a atividade física de forma sustentável, especialmente em comunidades de baixa renda. A criação de ambientes urbanos que favoreçam o deslocamento ativo (como calçadas adequadas, ciclovias, praças e parques), bem como o planejamento territorial que integre moradia, trabalho e serviços essenciais, é reconhecida como um dos caminhos mais efetivos para reduzir o sedentarismo e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Brasil, 2021).

Segundo Florindo *et al.*, (2016), a qualidade do ambiente construído está diretamente relacionada ao nível de atividade física da população. Em sua análise, os autores identificam que cidades com maior densidade residencial, melhor conectividade viária e presença de equipamentos públicos de lazer tendem a apresentar maiores índices de atividade física no lazer e no transporte. Por outro lado, áreas periféricas e com urbanização precária apresentam barreiras ambientais significativas, como insegurança, falta de iluminação e ausência de calçadas contínuas, fatores que desestimulam a prática regular de atividades físicas (Florindo *et al.*, 2016).

De forma semelhante, Hallal *et al.* (2012), ao analisarem dados de 122 países, constataram que a inatividade física é um fenômeno global e urbano, afetando cerca de 31% da população mundial. O estudo aponta que as desigualdades sociais e espaciais influenciam fortemente a prática de atividade física, sendo mais comuns níveis insuficientes entre mulheres, pessoas de baixa renda e residentes de grandes centros urbanos com infraestrutura limitada. Os autores defendem a necessidade de políticas públicas voltadas para a criação de ambientes ativos, conceito que abrange o acesso equitativo a espaços seguros e convidativos para caminhar, pedalar e praticar esportes (Hallal *et al.*, 2012).

No contexto brasileiro, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA, (2019) reforça que a mobilidade urbana é um determinante social da

saúde, uma vez que o padrão de deslocamento diário impacta diretamente o bem-estar físico e mental. O estudo destaca que a distribuição desigual dos serviços urbanos e o modelo de expansão periférica das cidades brasileiras tornam o transporte público sobrecarregado e o deslocamento ativo inviável para grande parte da população. A distância entre moradia e trabalho, associada à carência de infraestrutura ciclo viária e de calçadas adequadas, limita as oportunidades de movimento e aumenta o tempo sedentário (IPEA, 2019).

Além disso, o *Relatório Global sobre Atividade Física* da Organização Mundial da Saúde - WHO, (2022) evidencia que as cidades com maior investimento em transporte ativo e planejamento urbano sustentável apresentam menores taxas de doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes. A OMS ressalta que políticas urbanas que priorizam o pedestre e o ciclista, em vez do transporte motorizado, aliados à criação de espaços verdes acessíveis, favorecem não apenas a prática de atividade física, mas também a coesão social, a segurança pública e a mitigação das mudanças climáticas (WHO, 2022).

Nesse sentido, o fortalecimento de políticas públicas que integrem saúde, mobilidade e urbanismo são essenciais para enfrentar os altos índices de inatividade física observados nas capitais brasileiras. A análise comparativa entre os dados locais e nacionais revela que promover uma urbanização que estimule estilos de vida ativos requer ações articuladas, que vão desde o planejamento urbano inclusivo até o incentivo fiscal para transporte ativo e requalificação de espaços públicos. Tais medidas podem gerar benefícios múltiplos: redução do sedentarismo, maior integração social, segurança viária e melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2021).

### 6.3 TABAGISMO E CONSUMO DE ÁLCOOL

Sobre o hábito de fumar, a grande maioria dos participantes, 88,9%, não fumam, enquanto 11,1% dos entrevistados é composta por fumantes diários. Esses dados são consistentes com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, que indica que 12,6% da população brasileira adulta se declara fumante, sendo

15,9% homens e 9,6% mulheres (IBGE, 2020), e com dados do Vigitel (2023), onde o percentual total de fumantes no Brasil é de 9,3%, sendo 10,2% entre homens e 7,2% entre mulheres (Vigitel,2023). Dados globais da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimam uma prevalência mundial de fumantes de 22,3%, sendo 36,7% homens 7,8% mulheres (OMS, 2020).

O Brasil é amplamente reconhecido como referência mundial no combate ao tabagismo, tendo alcançado avanços expressivos na redução da prevalência de fumantes ao longo das últimas décadas. O país foi um dos primeiros a adotar medidas abrangentes de controle do tabaco em alinhamento com a Convenção-Quadro da OMS, incluindo restrições à publicidade, aumento de impostos, advertências sanitárias nas embalagens e amplas campanhas educativas (INCA, 2015).

Entre os fumantes, a quantidade de cigarros consumidos por dia variou consideravelmente: 50% fumam entre 5 a 9 cigarros diários, 20% consomem de 15 a 19 cigarros, 20% fumam de 20 a 29 cigarros, e 16,7% fumam mais de 40 cigarros por dia. Esse padrão revela que, embora a maioria dos fumantes tenha um consumo moderado, também apresentam um nível mais elevado de consumo, o que gera um maior risco de dependência. Outro dado relevante foi a questão da convivência com outros fumantes, 40% dos fumantes relataram que há outros fumantes na residência.

Em relação à convivência com não fumantes, cerca de 50% deles relata que convivem com não fumantes, o que daria cerca de 5,5% de famílias com fumantes passivos. No âmbito nacional, os dados coletados pelo Vigitel indicam que a frequência de fumantes passivos no domicílio foi de 6,4%, sendo maior entre as mulheres (6,6%) do que entre os homens (6,2%) com maior incidência na faixa etária de 18 a 24 anos e no estrato de 9 a 11 anos de escolaridade. Já no ambiente de trabalho, a frequência de fumantes passivos foi de 7,0%, sendo maior entre os homens (10,2%) do que entre as mulheres (4,3%). Em ambos os sexos, a frequência foi menor entre a faixa etária de 65 anos. Para os homens, a frequência diminuiu com o aumento do nível de escolaridade (Vigitel, 2023).

A literatura confirma que o ambiente familiar pode exercer uma forte influência no hábito de fumar. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde

(PNS) fumantes que convivem com outros fumantes têm maiores chances de continuar fumando, devido à normalização do comportamento e à falta de apoio para cessar (IBGE,2020),

Estudos indicam que o impacto da família na luta contra o tabagismo desempenha um papel crucial no incentivo aos indivíduos, pois o apoio emocional e prático do núcleo familiar pode aumentar a probabilidade de cessação bem-sucedida (Pereira, 2018).

Além disso, todos os fumantes afirmaram já terem tentado parar de fumar, mas relataram que a maior dificuldade em abandonar o vício foi o próprio hábito de fumar, o que reflete um padrão comum em diversos estudos. Segundo estudos, 51% dos fumantes brasileiros afirmam já ter tentado parar, mas com grande dificuldade (Malta, 2019). A literatura internacional também indica que a cessação do tabagismo é um desafio significativo. O relatório global da OMS sobre Tendências na Prevalência do Uso de Tabaco publicado em 2024 mostra que 150 países estão reduzindo com êxito o consumo de tabaco. O Brasil e a Holanda estão obtendo sucesso depois de implementarem as medidas de controle de tabaco *MPOWER*, com o Brasil obtendo uma redução relativa de 35% desde 2010 e a Holanda prestes a atingir a meta de 30% (WHO,2024).

O método *MPOWER* consiste em monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção, proteger as pessoas contra o tabagismo, oferecer ajuda para parar de fumar, avisar sobre os perigos do tabaco, aplicar proibições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e aumentar os impostos sobre o tabaco (Martins, 2021).

Atualmente, a Região do Sudeste Asiático tem a maior porcentagem de população que faz uso do tabaco, com 26,5%, e a Região Europeia 25,3% (WHO, 2024). O relatório mostra que, até 2030, a Região Europeia deverá ter as taxas mais altas do mundo, com uma prevalência de pouco mais de 23% (WHO, 2024).

Embora os números tenham diminuído constantemente ao longo dos anos, o mundo chegará a uma redução relativa de 25% no consumo de tabaco até 2025, não alcançando a meta global voluntária de 30% de redução proposto em 2010 (WHO, 2024).

Já em cenário nacional, os números de ex - fumantes são duas vezes mais numerosos do que fumantes (INCA, 2021). Apesar dos avanços, vários desafios ainda permanecem como limitar o acesso ao consumo, aumentar os preços dos produtos do tabaco, melhorar a fiscalização das medidas e reduzir as desigualdades no alcance da efetividade das ações nos diferentes níveis socioeconômicos (INCA, 2021; Malta,2020).

O uso de produtos de tabaco no Brasil apresenta um panorama diversificado. Embora o consumo industrial de cigarros tenha diminuído nas últimas décadas devido a políticas públicas, dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs), como cigarros eletrônicos, vapes, pods e narguilé, têm se tornado cada vez mais populares, especialmente entre jovens adultos e indivíduos com maior escolaridade (COVITEL, 2023). O estudo Covitel (2023), com base em 9.004 entrevistas representativas da população brasileira adulta, revelou que a prevalência do uso vitalício de cigarros eletrônicos e narguilé são de 7,3%, enquanto o uso atual de cigarros industriais permanece mais elevado, em 12,2%. O uso desses produtos é mais frequente entre homens do que mulheres, e os jovens de 18 a 24 anos apresentam maior prevalência de uso vitalício de cigarros eletrônicos (19,7%) e narguilé (17%), evidenciando um padrão preocupante de iniciação precoce (Covitel, 2023). Além disso, o estudo apontou que cerca de 1,5% da população adulta brasileira utiliza simultaneamente os três tipos de produtos, o que corresponde a quase 2 milhões de indivíduos, mostrando uma tendência ao uso múltiplo de sistemas de entrega de nicotina.

Do ponto de vista regulatório, o cigarro tradicional é alvo de uma legislação consolidada no Brasil, que combina normas constitucionais, leis ordinárias, decretos, resoluções administrativas e tratados internacionais, incluindo a Lei nº 9.294/1996, a Lei nº 10.167/2000, a RDC nº 46/2009 da ANVISA e a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (Brasil, 1988; Brasil, 1996; Brasil, 2000; ANVISA, 2009; Brasil, 2006). Essas medidas restringem o uso e a propaganda de produtos fumígenos, estabelecem advertências sanitárias, proíbem aditivos que aumentem a atratividade do cigarro e fortalecem a fiscalização e tributação, com o objetivo de reduzir o impacto do tabagismo na saúde pública.

Em contrapartida, os DEFs enfrentam um cenário regulatório fragmentado. A RDC nº 855/2024 atualiza e amplia a proibição da fabricação, comercialização, importação e propaganda desses dispositivos, incluindo vapes, pods e tabaco aquecido, fundamentando-se no princípio da precaução diante da falta de evidências sobre segurança e eficácia, e nos riscos de iniciação precoce ao tabagismo (ANVISA, 2024; Brasil, 2024). Esses dispositivos funcionam por vaporização de líquidos contendo nicotina, flavorizantes e solventes, simulando o ato de fumar sem combustão direta, o que não elimina a toxicidade nem o potencial de dependência (INCA, 2024). A comercialização informal e digital desses produtos, aliada à atratividade dos flavorizantes e do marketing direcionado a jovens, desafia a eficácia das normas vigentes e evidencia a necessidade de políticas públicas mais abrangentes e vigilância constante.

Portanto, a combinação de prevalência crescente entre jovens, multiplicidade de produtos utilizados e lacunas regulatórias coloca os DEFs como uma preocupação emergente de saúde pública no Brasil. A adoção de estratégias integradas de prevenção, fiscalização rigorosa e regulamentação específica são essenciais para evitar retrocessos nos avanços obtidos na redução do consumo de tabaco, proteger grupos vulneráveis e reduzir o risco de doenças crônicas associadas ao uso de nicotina (ANVISA, 2024).

O consumo de bebidas alcoólicas entre as famílias entrevistadas apresentou frequência expressiva, com 51,6% relatando ingestão de uma a duas vezes por semana e 20% de três a quatro vezes. Em relação à quantidade, 31,3% afirmaram que o consumo não ultrapassa cinco doses ou latas por ocasião, enquanto 41,9% relataram ultrapassar esse limite com frequência ou sempre. Ainda que os resultados deste estudo não sejam diretamente comparáveis aos dados do Vigitel (2023) que registraram prevalência de consumo abusivo de álcool de 20,8% nas capitais brasileiras, com maior frequência entre homens (27,3%) do que entre mulheres (15,2%), ambos evidenciam a relevância do consumo de álcool como comportamento persistente entre a população, reforçando a necessidade de estratégias preventivas e educativas voltadas à redução de riscos associados a esse hábito (Vigitel, 2023).

A Organização Mundial da Saúde destaca, no Plano de Ação Global sobre Álcool 2022–2030, que o uso nocivo de bebidas alcoólicas constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), incluindo doenças hepáticas, cardiovasculares e alguns tipos de câncer, além de contribuir para lesões e agravos externos (OMS, 2022).

A frequência semanal observada entre as famílias pode refletir um padrão de consumo socialmente aceito, mas que, dependendo da quantidade e regularidade, representa risco significativo à saúde. Esse comportamento merece atenção no contexto das políticas de promoção e prevenção voltadas às DCNTs, sobretudo considerando que o álcool atua como determinante comportamental que interage com outros fatores, como alimentação inadequada e sedentarismo, amplificando a carga de doenças crônicas na população.

Outro aspecto observado refere-se ao comportamento de associar o consumo de álcool à direção de veículos. Embora a maioria dos entrevistados tenha relatado evitar essa prática, 36,6% afirmaram fazê-lo sempre ou ocasionalmente. No Vigitel 2023, 5,9% dos brasileiros relataram dirigir após o consumo de bebidas alcoólicas, sendo essa proporção consideravelmente maior entre homens (10,1%) do que entre mulheres (2,2%) (Vigitel, 2023). Esse padrão evidencia a persistência de comportamentos de risco que, embora nem sempre resultem em agravos imediatos, podem contribuir para um perfil de vulnerabilidade que se estende a outros domínios da saúde. Assim, compreender o consumo de álcool não apenas como um hábito isolado, mas como parte de um conjunto de fatores comportamentais e sociais, é essencial para o delineamento de ações educativas e intersetoriais voltadas à promoção de estilos de vida mais saudáveis e seguros.

#### 6.4 POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO

A prevenção eficaz das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) em países de baixa e média renda exige ações integradas que não se limite ao setor da saúde, considerando também os determinantes sociais e os fatores de

risco associados (Savendoff, 2025). Compreender as causas estruturais do crescimento das DCNTs possibilitam o desenvolvimento de estratégias mais assertivas, voltadas à promoção de estilos de vida saudáveis por meio da educação em saúde, da implementação de regulamentações adequadas e do fortalecimento do acesso a serviços de saúde acessíveis e de qualidade (Swinburn, 2019; WHO, 2023).

Nesse cenário, as políticas públicas assumem papel central. A abordagem multissetorial, envolvendo setores como educação, transporte, agricultura e planejamento urbano, é essencial para a construção de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis e contribuam para a redução dos fatores de risco. Políticas que atuam diretamente sobre esses por meio de medidas como taxações, incentivos à alimentação equilibrada e criação de espaços públicos para a prática de atividades físicas, demonstram impactos positivos na saúde da população (Brasil, 2018).

Outro aspecto relevante é o engajamento da comunidade na elaboração e na execução das estratégias. A participação ativa da população favorece a construção de políticas mais sensíveis às realidades locais, aumentando sua aceitação e efetividade (Ndubuisi, 2021; Ganju *et al.*, 2020).

A crescente prevalência dessas doenças está ligada a fatores sociais, econômicos e comportamentais, como a má alimentação, a inatividade física e o tabagismo. No Brasil, assim como em muitas outras nações, as populações mais vulneráveis enfrentam barreiras que dificultam tanto o acesso aos serviços de saúde quanto à adoção de hábitos saudáveis. Entre essas barreiras estão a baixa renda, a precariedade das condições de moradia, a limitação no acesso a alimentos frescos e saudáveis, a carência de espaços públicos seguros para a prática de atividades físicas e as desigualdades no acesso à informação e à educação em saúde. Esse cenário evidencia a importância de estratégias que abordem não apenas os fatores de risco individuais, mas também os determinantes sociais e econômicos que perpetuam essas desigualdades no cuidado à saúde (Barreto, 2017; WHO, 2023).

Estudos indicam que hábitos de vida desfavoráveis e a falta de financiamento adequado dos sistemas de saúde agrava a incidência das

DCNTs em países de baixa e média renda. A infraestrutura de saúde precária, o acesso limitado aos serviços de saúde e a escassez de recursos aumentam significativamente esse fardo. Além disso, ainda existe o impacto econômico das DCNTs, já que os altos custos de medicamentos e serviços de saúde frequentemente ultrapassam as capacidades financeiras individuais e institucionais. A perda de produtividade decorrente da morbidade e mortalidade dessas doenças também impõe desafios econômicos substanciais (Swinburn *et al.*, 2019; Malta, 2020).

Diante desse cenário, é importante que diferentes setores da sociedade atuem juntos para incentivar a adoção de hábitos mais saudáveis. Ações direcionadas a redução do sedentarismo, melhorias na alimentação, controle do tabagismo e do consumo excessivo de álcool podem impactar positivamente na redução da prevalência das DCNTs nas comunidades mais afetadas (Swinburn *et al.*, 2019).

#### **6.4.1 Proposta de Intervenção: Caderno de Receitas Saudáveis como Estratégia de Promoção da Saúde**

A partir da análise das condições sociais e dos fatores de risco relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), fica clara a importância de ações em conjunto entre diferentes áreas para incentivar escolhas hábitos de vida mais saudáveis. Os dados locais apontados pelo presente levantamento mostraram padrões alimentares preocupantes, como o alto consumo de ultraprocessados, o baixo consumo de frutas e verduras e uma grande frequência de sedentarismo.

Com base nesse cenário, foi criada uma proposta de intervenção: um caderno de receitas com sugestões práticas e acessíveis e palatáveis para incentivar uma alimentação mais equilibrada no dia a dia. A ideia foi oferecer orientações simples e próximas da realidade local, com receitas que usam ingredientes naturais, pouco processados e de fácil acesso, inclusive com dicas de aproveitamento total dos alimentos, substituições saudáveis e formas de preparo que preservam os nutrientes.

Esse caderno foi pensado com base em evidências sobre alimentação saudável e prevenção das DCNTs. Ele também traz orientações para facilitar o planejamento das refeições, buscando promover mudanças reais e sustentáveis nos hábitos alimentares da população.

Além disso, essa proposta está alinhada com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e com políticas públicas nacionais que tratam da segurança alimentar, da educação em saúde e da prevenção das DCNTs. A ideia é que o material possa ser utilizado em escolas, unidades de saúde e programas sociais, e para uso das famílias em casa.

Em resumo, o caderno de receitas é uma alternativa simples, de baixo custo e com grande potencial de ajudar as famílias a fazerem escolhas mais saudáveis, tornando o conhecimento acessível e aplicável no dia a dia. Ele foi pensado para transformar informação em prática, respeitando os hábitos culturais locais e fortalecendo a autonomia das famílias no preparo das refeições, nas escolhas alimentares e na promoção da saúde.

## 7. CONCLUSÃO

O envelhecimento da população, a industrialização, a urbanização, o desenvolvimento econômico, a globalização alimentar, os avanços tecnológicos e inovações, têm expandido as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. E, por consequência, tem mudado o comportamento e hábitos nas pessoas e nas organizações. Atualmente parece não haver dúvida de que as doenças crônicas não transmissíveis podem ser controladas e até mesmo evitadas, por meio de programas de prevenção, promoção e gestão da saúde, a fim de obter melhorias e benefícios aos participantes desses programas.

O programa de prevenção e promoção da saúde para melhoria na gestão de profissionais com DCNT pode melhorar o estado de saúde do indivíduo, estabilizar o quadro clínico, prevenir agravos decorrentes das DCNT e, sobretudo, prevenir novos casos dessas enfermidades; além de contribuir para a redução de custos com a saúde e com a sustentabilidade neste segmento.

Há muito que ser feito no campo preventivo e diversos elementos contribuem para a maior ou menor dificuldade nas mudanças de hábitos nutricionais e no estilo de vida em geral. A baixa ingestão de legumes e frutas, o baixo índice de prática regular de atividade física e alta ingestão de álcool, além de uma persistente população fumante são problemas que precisam ser enfrentados em diversas frentes.

Propostas inovadoras capazes de fornecer um novo olhar sobre hábitos alimentares até então arraigados culturalmente, intervenções estruturais nas cidades que fomentem a prática de exercícios físicos e políticas capazes de reduzir o consumo de álcool, tabaco e alimentos ultraprocessados precisam estar na agenda das políticas preventivas de saúde no Brasil e no mundo inteiro.

O presente estudo possibilitou uma compreensão ampliada dos fatores associados ao risco de desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em uma comunidade de Goiânia, evidenciando desafios relevantes relacionados ao estilo de vida e às condições de saúde dos participantes. Os dados levantados indicaram um elevado índice de sedentarismo, uma vez que 89,9% dos entrevistados relataram não praticar

atividade física regularmente, somado à ausência de espaços adequados para atividades esportivas e à baixa adoção do deslocamento ativo. Esses elementos revelam um contexto que dificulta a incorporação de comportamentos protetores e favorece a manutenção de fatores de risco para as DCNT.

Ao comparar esses resultados com os dados nacionais do VIGITEL (2023), observa-se que, embora os fatores de risco estejam amplamente distribuídos na população brasileira, os valores identificados na comunidade estudada mostram-se ainda mais expressivos, reforçando a importância de considerar as especificidades locais no planejamento de ações em saúde. Verificou-se, também, que parte dos participantes apresenta conhecimento limitado sobre prevenção e manejo das DCNT, o que sustenta a necessidade de estratégias educativas contínuas e acessíveis.

Os achados evidenciam que, embora grande parte das DCNT seja evitável por meio de hábitos saudáveis, a adoção dessas práticas depende não apenas de decisões individuais, mas de condições estruturais e ambientais que favoreçam mudanças sustentáveis no estilo de vida. Nesse sentido, políticas públicas voltadas à criação de ambientes favoráveis à prática regular de atividade física, ao acesso facilitado a alimentos saudáveis e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde são fundamentais para reduzir o impacto das DCNT na população.

Assim, este estudo contribui ao evidenciar a realidade de uma comunidade específica e ao fornecer subsídios para a formulação de intervenções locais mais efetivas, considerando as necessidades e características do território. Reforça-se, portanto, a relevância de estratégias intersetoriais, capazes de ampliar oportunidades de promoção da saúde e prevenir o avanço das DCNT no Brasil.

Por fim, destaca-se que a promoção da saúde deve ocorrer de forma contínua e articulada entre Estado, serviços de saúde e comunidade. Somente por meio de ações integradas será possível reduzir o impacto crescente das DCNT e promover melhorias significativas na qualidade de vida das populações, incluindo a comunidade analisada neste estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. R. M. et al. **Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida.** *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 3, p. 574-582, 2011. DOI: 10.1590/S0102-71822011000300015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000300015>. Acesso em: 22 out. 2025.

ARAÚJO, H. E. **Desigualdades, mudanças demográficas recentes e perfil epidemiológico como variáveis políticas de saúde: uma análise regional.** In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.) *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Universidade de Campinas, n. 23, v. 5, p. 515-528, 2020.

ANDRADE, A. G. et al. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual.** Barueri (SP): Minha Editora, 2009.

BARRETO, M. L. **Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017> Acesso em: 28 out. 2025.

BERTUOL, C., TOZETTO, W. R., STREB, A. R., DEL DUCA, G. F. **Relação combinada de inatividade física e comportamento sedentário com a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis: dados de 52.675 adultos e idosos brasileiros.** *European Journal of Sport Science*, 2021. <https://doi.org/10.1080/17461391.2021.1880646>

BONFIM, S. M. V. et al. **Consumo de Carne no Brasil: Uma Perspectiva sobre Desigualdades Sociais e Segurança Alimentar e Nutricional.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 21, n. 12, p. 1625, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph21121625>. Acesso em: 22 out. 2025.

BORGES, C. A.; CLARO, R. M.; MARTINS, A. P. B.; VILLAR, B. S. **Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil?** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 137-148, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.** *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_enfrentamento\\_doencas\\_cronicas\\_agravos\\_2021\\_2030.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf) Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. DATASUS. FORMSUS. **Dados sobre o tratamento para a cessação do tabagismo no SUS, 2018 a 2020.**

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.** *Plano de ações*

estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS; 2011. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 7 nov. 2019.

BRASIL. DATASUS. FORMSUS. **Dados sobre o tratamento para a cessação do tabagismo no SUS**, 2018 a 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. **Ministério da Saúde**. DATASUS. FORMSUS. Dados sobre o tratamento para a cessação do tabagismo no SUS, 2018 a 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. DATASUS. FORMSUS. **Dados sobre o tratamento para a cessação do tabagismo no SUS**, 2018 a 2020.

CAMARGO, A. M.; BOTELHO, A. M.; IRMÃO, G. B.; FIATES, G. M. R. **Análise de receitas compartilhadas como "saudáveis" em um site popular brasileiro: um estudo transversal**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 21, p. 13914, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph192113914>. Acesso em: 22 out. 2025.

CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1014-1020, 2010.

EAST K, HITCHMAN SC, BAKOLIS I, WILLIAMS S, CHEESEMAN H, ARNOTT D, MCNEILL A. **The Association Between Smoking and Electronic Cigarette Use in a Cohort of Young People**. *J Adolesc Health*. 2018 May;62(5):539-547. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.11.301. Epub 2018 Mar 2. PMID: 29499983; PMCID: PMC5938086.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 163–171, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/BrbTFHDPDmdf6sbnrxPwYRw/?lang=pt>.  
Acesso em: 29 ago. 2025.

FREIGANG, R.; GEIER, A. K.; SCHMID, G. L.; FRESE, T.; KLEMENT, A.; UNVERZAGT, S. **Misclassification of Self-Reported Body Mass Index Categories. Deutsches Ärzteblatt International**, v. 117, n. 15, p. 253-260, 10 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0253>. Acesso em: 31 out. 2025.

FREITAS, E. da S. de; CANUTO, R.; HENN, R. L.; OLINTO, B. A.; MACAGNAN, J. B. A.; PATTUSSI, M. P.; BUSNELLO, F. M.; OLINTO, M. T. A. **Alteração no comportamento alimentar de trabalhadores de turnos de um frigorífico do sul do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2401–2410, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.18642014>. Acesso em: 02 Nov. 2025.

GOSTIN, L. O. et al. **The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. Lancet**, v. 393, p. 1857-1910, 2019.

HENRIQUES, P.; DIAS, P. C.; BURLANDY, L. **A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses. Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1219-1228, 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística**. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2020.

INCA. **Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (Ibge)**. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 - percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

INCA. **Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva**. Cigarros eletrônicos: o que sabemos? Estudo sobre a composição do vapor e danos à saúde, o papel na redução de danos e no tratamento da dependência de nicotina .2016. (S. R. Martins, Org.). Rio de Janeiro: INCA.

INCA. **Instituto Nacional De Câncer José De Alencar Gomes Da Silva**. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: texto oficial. 2. reimpr. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-texto-oficial>. Acesso em: 02 Nov. 2025.

INCA. **Instituto Nacional De Câncer José De Alencar Gomes Da Silva**. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: 02 Nov. 2025.

KELLY, S. et al. **Barreiras e facilitadores para a adoção e manutenção de comportamentos saudáveis por pessoas na meia-idade: uma revisão sistemática rápida.** PLoS One, v. 11, n. 1, e0145074, 2016.

MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. **O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 23, n. 1, p. 151-164, 2019.

MALTA, D. C.; GOMES, C. S.; ANDRADE, F. M. D. de; PRATES, E. J. S.; ALVES, F. T. A.; OLIVEIRA, P. P. V. de; et al. Tobacco use, cessation, secondhand smoke and exposure to media about tobacco in Brazil: results of the National Health Survey 2013 and 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 24, e210006, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210006.supl>. Acesso em: 02 Nov. 2025.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. **Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 99, n. 2, p. 55-61, 2021.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. **Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001. DOI: 10.1590/S1517-86922001000100002.

MENDONÇA, G. A. e SILVA. Câncer na população feminina brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 68-75, 2023.

MONTEIRO, C. A. et al. **Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47-57, 2015.

MONTEIRO, C. A. et al. **Shifting obesity trends in Brazil.** European Journal of Clinical Nutrition, v. 54, p. 342-346, 2020.

MONTEIRO, C. A.; CANNON, G.; MOUBARAC, J. C.; LEVY, R. B.; LOUZADA, M. L. C.; JAIME, P. C. **The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing.** Public Health Nutrition, v. 21, n. 1, p. 5-17, jan. 2018. DOI: 10.1017/S1368980017000234. Epub 21 mar. 2017.

MOZAFFARIAN D, PISCHON T, HANKINSON SE, RIFAI N, JOSHIPURA K, WILLETT WC, RIMM EB. **Ingestão alimentar de ácidos graxos trans e inflamação sistêmica em mulheres.** The American Journal of Clinical Nutrition . 2004 Abr 1;79(4):606-12. Disponível em: [https://ajcn.nutrition.org/article/S0002-9165\(22\)03893-X/fulltext](https://ajcn.nutrition.org/article/S0002-9165(22)03893-X/fulltext) Acesso em: 02 Nov. 2025.

NDUBUISI, E. M. **Prevenção de doenças não transmissíveis em países de baixa e média renda: uma visão geral da saúde em todas as políticas** (HiAP). *Inquiry: The Journal of Health Organization and Provision*, v. 58, p. 46958020927885, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0046958020927885>. Acesso em: 27 jun. 2025.

OMRAN, A. R. ***The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change***. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 49, n. 4, pt. 1, p. 509-583, 2021.

ONIS M, BLÖSSNER M, BORGHI E. ***Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children***. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:1257-64.

OMS. **Organização Mundial Da Saúde**. Diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário. Genebra: OMS, 2020.

OMS. **Organização Pan-Americana Da Saúde**. Metas Regionais Atualizadas para Redução de Sódio. Brasília: OPAS, 2021. Disponível em: [OPAS](<https://www.paho.org/brasil>). Acesso em: 22 out. 2025

PAIM, J. S. **Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da República**. In: SILVA, L. M. V. (Org.). *Saúde coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 2014. p. 47-59.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. **Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.

PEREIRA, T. N. et al. **Medidas regulatórias de proteção da alimentação adequada e saudável no Brasil: uma análise de 20 anos**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00153120, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00153120>. Acesso em: 02 Nov. 2025.

PEREIRA, M. O.; ASSIS, B. C. S.; GOMES, N. M. R.; ALVES, A. R.; REINALDO, A. M. S.; BEINNER, M. A. ***Motivation and difficulties to reduce or quit smoking***. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 1, p. e20180188, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0188>. Acesso em: 27 abr. 2025

QUIROZ-MORA, C. A.; SERRATO-RAMÍREZ, D. M.; BERGONZOLI-PELÁEZ, G. ***Factores sociados con la adherencia a la actividad física en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles***. *Revista de Salud Pública*, Medellín, v. 20, n. 4, p. 460-464, 2018.

RABER, M. et al. ***An evidence-based conceptual framework of healthy cooking***. *Preventive Medicine Reports*, v. 4, p. 23–28, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.PMEDR.2016.05.004>. Acesso em: 02 Nov. 2025.

RAMOS, E.; LOPES, C.; OLIVEIRA, A.; BARROS, H. **Unawareness of weight and height - the effect on self-reported prevalence of overweight in a population-based study**. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, v. 13, n. 4, 2009.

RELATÓRIO DA OMS SOBRE A EPIDEMIA MUNDIAL DO TABACO, 2021: enfrentar os produtos novos e emergentes [WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products]. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**; 2023. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

SANTOS, G. M. G. C. dos; SILVA, A. M. R.; CARVALHO, W. O. de; RECH, C. R.; LOCH, M. R. **Barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em adultos brasileiros**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2461–2470, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19992017>. Acesso em: 02 Nov. 2025.

SANTOS, G. M. G. C. dos; SILVA, A. M. R.; CARVALHO, W. O. de; RECH, C. R.; LOCH, M. R. Barreiras percebidas para o consumo de frutas e de verduras ou legumes em adultos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 7, p. 2461–2470, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19992017>. Acesso em: 02 Nov. 2025.

SILVA, C. L.; COSTA, T. H. M. **Barreiras e facilitadores do consumo de frutas e hortaliças em adultos de Brasília**. *Scientia Medicinal*, v. 23, n. 2, p. 68-74, 2013.

SILVA, S. V. da; DALL'ALBA, R.; DELDUQUE, M. C. **Mobilidade urbana e determinação social da saúde, uma reflexão**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, 2023, e220928pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220928pt>. Acesso em: 02 Nov. 2025.

SOUZA, Amanda de Moura et al. **Dietary sodium intake remains high in Brazil: Data from the Brazilian National Dietary Surveys, 2008-2009 and 2017-2018**. *Nutrition Research*, v. 107, p. 65-74, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2022.08.006> Acesso em: 22 out. 2025.

TE MORENGA L, MALLARD S, MANN J. **Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies**. *BMJ*. 2012 Jan 15;346:e7492. doi: 10.1136/bmj.e7492. PMID: 23321486.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT; INSTITUTO ALANA. **Os impactos da proibição da publicidade dirigida às crianças no Brasil**. São Paulo: Instituto Alana, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ending childhood obesity: report of a WHO commission**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf). Acesso em: 29 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Global status report on alcohol and health*** 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Global status report on alcohol and health*** 2018. Geneva: WHO, 2018.

VICTORA CG, ADAIR L, FALL C, et al. ***Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital***. Lancet. 2008;371:340- 57.



## **ANEXO A – Questionário**

Questionário referente ao projeto “Educação popular em saúde: uma parceria entre universidade, serviço e comunidade: uma experiência na unidade Jardim Cerrado VI”

Bom dia, tarde ou noite, me chamo \_\_\_\_\_, sou estudante da Universidade Federal de Goiás e faço parte do projeto “Educação popular em saúde: uma parceria entre universidade, serviço e comunidade: uma experiência na unidade Jardim Cerrado VI”. Gostaria de sua participação para a realização desse projeto por meio do presente questionário. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da região e fomentar ações de saúde em parceria com a unidade de saúde local. As respostas serão, em sua maioria, dadas por múltipla escolha em que o sr (a) poderá optar por uma resposta que melhor reflita a sua condição

01 – Qual a data de nascimento?

\_\_\_\_\_ anos.

02 – Você se declara pertencente a qual etnia?

( ) Negra

( ) Parda

( ) Branca

( ) Indígena

( ) Outra

02 – Quantas pessoas vivem na sua casa?

( ) 1

( ) 2

( ) 3

( ) 4

( ) 5

( ) Mais de 5

03 – Dentre essas pessoas tem alguma com menos de 05 anos? Quantas?

( ) Não

( ) Sim : \_\_\_\_\_

04 - Dentre essas pessoas tem alguma com mais de 60 anos? Quantas?

( ) Não

( ) Sim : \_\_\_\_\_

05 - Com que frequência você e as pessoas da residência frequentam a unidade de saúde ESF Jardim Cerrado VI?

( ) 1 x por semana

( ) 1 x por mês

( ) Uma vez a cada 3 meses

( ) A cada 06 meses

( ) 1 x por ano

( ) Não sei dizer

06 – Por ordem de prioridade, você e residentes da sua casa procuram os serviços da unidade de saúde ESF Jd. Cerrado VI quando:

( ) Se sentem mal de saúde

( ) Em consultas periódicas por um problema de saúde

( ) Para buscar informações e dicas de saúde

( ) Para buscar medicamentos ou insumos de saúde

( ) Não frequento a unidade de saúde

07 – Você considera o acesso a unidade de saúde Jd. Cerrado VI:

- Fácil
- Razoável
- Ruim
- Longe

08 – Na sua casa tem alguém com dificuldade de movimento que o impossibilite a acessar os serviços prestados pela ESF JC VI?

- Não
- Sim. Quantas pessoas: \_\_\_\_\_

09 – Você já recebeu a visita de servidores do município (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde) em sua casa?

- Não
- Sim

10 - Se você respondeu sim à questão anterior, qual a frequência dessas visitas?

- Semanal
- Mensal
- Semestral
- Anual
- Não se aplica

11 – Essas visitas aconteceram em função de:

- ( ) Ações rotineiras de acompanhamento da comunidade
- ( ) Problemas de saúde crônico (na residência)
- ( ) dificuldade de movimento de alguém da residência
- ( ) Não aconteceram
- ( ) Não se aplica

12 - O senhor (a) sabe seu peso?

- ( ) Sim \_\_\_\_\_
- ( ) Não

13 - O senhor (a) sabe sua altura?

- ( ) Sim \_\_\_\_\_
- ( ) Não

14 – O senhor (a) considera que alguém de sua residência está acima do peso?

- ( ) Sim. Quantas pessoas? \_\_\_\_\_
- ( ) Não

15 - Dentre as pessoas que o sr (a) considera acima do peso, algum deles têm menos de 12 anos de idade?

- ( ) Sim
- ( ) Não

**Sobre seu hábitos alimentares**

16 - com que frequência o almoço da casa é preparado (feito ou esquentado) na residência?

( ) 1 a 2 dias por semana

( ) 3 a 4 dias por semana

( ) 5 a 6 dias por semana

( ) todos os dias

( ) quase nunca (

) nunca

17 - Existe algum impedimento para que o almoço seja preparado em casa em pelo menos 5 vezes por semana?

( ) Não tenho tempo

( ) Não tenho disposição

( ) Não consigo cozinhar (

) Se torna muito caro

( ) Não se aplica

( ) Outros: \_\_\_\_\_

18 - com que frequência o jantar da casa é preparado (feito ou esquentado) na residência?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias

quase nunca (

) nunca

19 - Existe algum impedimento para que o jantar seja preparado em casa em pelo menos 5 vezes por semana?

Não tenho tempo

Não tenho disposição

Não consigo cozinhar (

) Se torna muito caro

Não se aplica

Outros: \_\_\_\_\_

20 – Em quantos dias da semana, come-se pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame) em sua casa?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

quase nunca

nunca

21 – Em média quantas vezes ao dia come-se essas verduras ou legumes?

- No almoço
- No jantar
- No almoço e jantar

22 – Qual a maior dificuldade, caso exista, para o consumo regular de verduras e legumes nas refeições ofertadas em sua casa?

- O preço não é acessível
- Não tenho tempo de preparar minhas refeições
- O sabor não nos agrada
- Outros: \_\_\_\_\_

23 - Em quantos dias da semana come-se carne em sua casa?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

24 – Ao ser ofertada a carne vermelha:

- ) Come-se a carne com gordura
- ) Retira-se o excesso de gordura da carne vermelha antes de ser feita
- ) Retira-se o excesso de gordura da carne vermelha no prato, depois de feita
- ) Não se come carne vermelha com gordura

25 - No caso de não ser retirado o excesso de gordura, qual a melhor justificativa:

- ) O preparo se torna muito trabalhoso
- ) Não tenho tempo de realizar o preparo dos meu alimentos em casa
- ) Altera o sabor da carne e a torna menos saborosa
- ) Gostamos de comer a gordura

26 – Ao ser ofertado frango:

- ) Come-se com pele mesmo
- ) Retira-se a pele antes de ser feito
- ) Retira-se a pele no prato depois de feito
- ) Não se come frango

27 - No caso de não ser retirado a pele do frango, qual a melhor justificativa:

- ) O preparo se torna muito trabalhoso
- ) Não tenho tempo de realizar o preparo dos meu alimentos em casa
- ) Altera o sabor da carne e a torna menos saborosa
- ) Gostamos de comer a pele

28 – Oferta-se frutas com que frequência em sua casa?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

29 - Num DIA comum, quantas vezes come-se frutas?

- 1 vez no dia
- 2 vezes no dia
- 3 ou mais vezes no dia

30 – Qual a maior dificuldade, caso exista, para o consumo regular de frutas em sua casa?

- O preço não é acessível
- O sabor não nos agrada
- Comidas industrializadas são mais práticas

31 - Em quantos dias da semana toma-se suco de frutas natural (sem ser de caixinha ou pozinho)?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

32 - Em quantos dias da semana oferta-se refrigerante ou suco artificial?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

33 – O que poderia dificultar a substituição dos sucos artificiais ou refrigerantes por sucos naturais?

- O alimento processado é mais barato
- O alimento processado é mais prático
- O alimento processado tem melhor sabor
- Não tenho tempo de preparar suco natural

34 - Em quantos dias da semana oferta-se doces (sorvetes, biscoitos, bolos, chocolates) em sua casa?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

35 - Com que frequência se substitui o almoço em sua casa por sanduíches, pizzas, salgados ou outros lanches?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca
- nunca

36 - Com que frequência se substitui o jantar em sua casa por sanduíches, pizzas, salgados ou outros lanches?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- quase nunca

( ) nunca

37 - O consumo de sal no preparo dos alimentos ou nos alimentos industrializados tem sido uma preocupação em sua casa?

( ) Não

( ) Sim

38 - Em responder não você acha que:

( ) Já não coloco muito sal em minha comida

( ) Não há motivos para preocupar com o consumo de sal

( ) Não sabia que sal pode trazer algum problema de saúde

( ) O sabor da comida não é bom com menos sal

( ) Não se aplica

39 - Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados o sr.(a) acha que o consumo de sal na comida ofertada em sua casa é:

( ) Muito alto

( ) Alto

( ) Adequado

( ) Baixo

( ) Muito baixo

40 - O sal é ofertado à mesa durante as refeições em sua casa?

( ) Não

Sim

41 - O(a) sr.(a) tem dado preferência a produtos industrializados com menor teor

de sal?

sim

não

42 - Existe o consumo regular de bebida alcoólica em sua casa (cerveja, vinho, cachaça, whisky, vodca, etc)?

1 a 2 dias por semana

3 a 4 dias por semana

5 a 6 dias por semana

todos os dias (inclusive sábado e domingo)

menos de 1 dia por semana

menos de 1 dia por mês

43 - Esse consumo ultrapassa 5 doses (latas de cerveja ou dose de destilados) em uma única ocasião?

Não

Às vezes

Frequentemente

Sempre

44 - Você ou algum morador da casa têm o hábito de ingerir bebida alcoólica fora de casa regularmente?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- menos de 1 dia por semana
- menos de 1 dia por mês
- Não sei

45 - Esse consumo ultrapassa 5 doses (latas de cerveja ou dose de destilados) em uma única ocasião?

- Não
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre
- Não sei

46 - Em qualquer situação de ingestão de álcool, em casa ou fora, você ou algum residente do domicílio dirige após a ingestão, independente da quantidade?

- sempre
- algumas vezes
- quase nunca
- nunca
- Não sei

**Sobre atividades físicas**

47 - O sr (a) pratica atividade física regularmente (caminhada, bicicleta, academia, futebol, etc)?

- Não
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- Mais de 5 dias por semana

48 - Quanto tempo dura a sua atividade física praticada?

- Menos de 10 minutos
- Entre 10 e 20 minutos
- Entre 20 e 30 minutos
- Entre 30 e 40 minutos
- Entre 40 e 50 minutos
- Mais de 50 minutos

49 - Na sua casa todos praticam atividade física?

- Ninguém
- Alguns
- Quase todos
- Todos

50 - Com que regularidade?

- 1 a 2 dias por semana (
- ) 3 a 4 dias por semana
- Mais de 5 dias por semana
- Não sei

51 - Existem locais públicos que incentivem a prática de esporte próximo da sua casa (praças, parques, quadras, aparelhos)?

- Não
- Sim

52 - Você ou alguém da casa vai trabalhar ou vai para a escola caminhando ou de bicicleta?

- Ninguém
- Alguns
- Quase todos
- Todos

53 - Quanto tempo em média leva o trajeto?

- Menos de 10 minutos
- Entre 10 e 20 minutos
- Entre 20 e 30 minutos
- Mais de 30 minutos
- Não sei

54 - A faxina mais pesada de sua casa é realizada por:

- ) Temos uma ajudante para isso
- ) Eu mesmo apenas
- ) Eu e mais um ajudante daqui de casa
- ) Todos da casa ajudam

55 - Quantas vezes por semana é realizada essa faxina?

- ) Menos de uma vez por semana
- ) Uma vez por semana
- ) Duas vezes por semana
- ) Três vezes por semana
- ) Mais de três vezes por semana

56 - Em média quanto tempo dura a sua faxina mais pesada?

- ) < 1 hora
- ) Entre 1 e 2 horas
- ) Entre 2 e 3 horas
- ) Entre 3 e 4 horas
- ) Mais de 4 horas

57 - O sr(a) atualmente fuma?

- ) Sim, diariamente
- ) Sim, eventualmente

( ) Não

58 - Se sim, quantos cigarro fuma por dia?

( ) 1 a 4

( ) 5 – 9

( ) 10 – 14

( ) 15 -19

( ) 20-29

( ) 30 – 39

( ) 40 ou mais

( ) Não se aplica

59 - Se sim, quantos cigarro fuma por semana (caso seja eventualmente)?

( ) 1 a 4

( ) 5 – 9

( ) 10 – 14

( ) 15 -19

( ) 20-29

( ) 30 – 39

( ) 40 ou mais

( ) Não se aplica

60 - O sr (a) já tentou parar de fumar?

( ) Sim

Não

61 - Se sim, qual a maior dificuldade o sr (a) encontrou em parar de fumar

A facilidade de acesso ao cigarro

O cigarro havia se transformado em um hábito importante

Tive perda de sono, tontura, náuseas ou ganho de peso

Falta de apoio para superar a vontade de fumar

Não se aplica

62 - Além do sr (a) mais alguém em sua residência fuma?

01 pessoas

02 pessoas (

) 03 pessoas (

) 04 pessoas

Mais de 05 pessoas

63 - Essas (s) pessoas fumam regularmente?

Sim, diariamente

Sim, eventualmente

Não sei

Não se aplica

**Dados de saúde em geral**

64 - O sr (a) classificaria seu estado de saúde como

muito bom

bom

regular

ruim

muito ruim

65 - Algum médico já disse que o sr (a) tem pressão alta?

Não

Sim

66 - O sr (a) faz uso de medicação para controle de pressão?

Não

Sim

67 - Como o sr (a) tem acesso a esses medicamentos?

Na própria unidade de saúde

Pelo programa Farmácia Popular

Outro lugar

68 - Outras pessoas na sua residência tem pressão alta?

- Não
- Sim, mais 01 pessoa
- Sim, mais 02 pessoas
- Sim, mais 03 pessoas
- Sim, mais 04 pessoas
- Sim, mais 05 pessoas
- Sim, todos
- Não se aplica

69 - Outras pessoas na sua residência fazem uso de medicação para pressão alta?

- Não
- Sim, mais 01 pessoa
- Sim, mais 02 pessoas
- Sim, mais 03 pessoas
- Sim, mais 04 pessoas
- Sim, mais 05 pessoas
- Sim, todos
- Não se aplica

70 - Como elas tem acesso a esse medicamento?

- ) Na própria unidade de saúde
- ) Pelo programa Farmácia Popular
- ) Outro lugar
- ) Não se aplica

71 - Algum médico já lhe disse que o sr (a) tem diabetes?

- ) Não
- ) Sim

72 - Outras pessoas na sua residência tem diabetes diagnosticada por um médico?

- ) Não
- ) Sim, mais 01 pessoa
- ) Sim, mais 02 pessoas
- ) Sim, mais 03 pessoas
- ) Sim, mais 04 pessoas
- ) Sim, mais 05 pessoas
- ) Sim, todos
- ) Não se aplica

73 - Algum médico já lhe disse que o sr (a) tem colesterol alto?

( ) Não

( ) Sim

74 - Outras pessoas na sua residência tem colesterol alto diagnosticado por um médico?

( ) Não

( ) Sim, mais 01 pessoa

( ) Sim, mais 02 pessoas

( ) Sim, mais 03 pessoas

( ) Sim, mais 04 pessoas

( ) Sim, mais 05 pessoas

( ) Sim, todos

( ) Não se aplica

75 - Mulheres entre 25 e 64 anos de idade da sua residência (inclusive a senhora – caso seja o caso) fazem o exame de Papanicolau (prevenção) com regularidade?

( ) Sim, anualmente

( ) Sim, há mais de um ano

( ) Sim, mas já faz mais de dois anos

( ) Sim, mas já faz mais de três anos

( ) Sim, mas já faz mais de 05 anos

( ) Nunca fiz

Não se aplica

76 - Existe algum fator que dificulta a realização do exame preventivo para alguma dessas pessoas?

O posto de saúde é muito longe

É difícil marcar a consulta com o ginecologista

Me sinto incomodada e me recuso a fazer o exame

Não gosto do profissional que tem realizado o exame no posto de saúde

Nunca teve relação sexual

Não sabia da necessidade de realizar os exames

Não se aplica

77 - Mulheres com mais de 40 anos tem realizado regularmente a mamografia (Raio X das mamas)?

Sim, anualmente

Sim, há mais de um ano

Sim, mas já faz mais de dois anos

Sim, mas já faz mais de três anos

Sim, mas já faz mais de 05 anos

Nunca fiz

Não se aplica

78 - Existe algum fator que dificulta a realização da mamografia?

- ) É difícil marcar a consulta com o ginecologista
- ) É difícil conseguir o exame (agendamento, chequinho)
- ) Me sinto incomodada e me recuso a fazer o exame
- ) Não gosto do profissional que tem realizado o exame no posto de saúde
- ) Não sabia da necessidade de realizar os exames
- ) Não se aplica

79 - Homens com mais 50 anos residentes na sua casa (inclusive o senhor – caso seja o caso), tem feito os exames regulares preventivos da próstata (PSA e toque retal)?

- ) Sim, anualmente
- ) Sim, há mais de um ano
- ) Sim, mas já faz mais de dois anos
- ) Sim, mas já faz mais de três anos
- ) Sim, mas já faz mais de 05 anos
- ) Nunca fiz
- ) Não se aplica

80 - Existe algum fator que dificulta a realização dos exames preventivos?

- ) É difícil marcar a consulta com o urologista
- ) É difícil conseguir o exame (agendamento, chequinho)
- ) Me sinto incomodada e me recuso a fazer o exame
- ) Não sabia da necessidade de realizar os exames

( ) Não se aplica

81 - Você e demais residentes da sua casa tem acesso a consultas e informações relativas a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na unidade Jd. Cerrado VI?

( ) Não

( ) Sim

( ) Não com a facilidade que deveria

( ) Não sei

82 - Você e demais residentes tem acesso a preservativos (camisinha) na unidade ESF Jd. Cerrado VI?

( ) Não

( ) Sim

( ) Não com a facilidade que deveria

( ) Não sei

83 - Você e demais residente tem acesso a realização de exames do “Programa fique sabendo” para teste diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites virais?

( ) Não

( ) Sim

( ) Não com a facilidade que deveria

( ) Não sei

84 - Caso não tenha acesso ao programa fique sabendo, qual a dificuldade?

- Não conheço o programa
- Não consegui atendimento ou informação na unidade Jd. Cerrado VI
- A unidade que realiza os exames é muito distante
- Quando procurei a unidade de referência me foi negado o atendimento (não estamos realizando, o programa não está em funcionamento, acabaram os kits, não conheço o programa)
- Não procurei maiores informações

85 - Você ou alguém em sua residência está gestante ou esteve recentemente gestante?

- Não
- Sim

86 - A gestante teve acesso a pelo menos 06 consultas pré – natais?

- Não
- Sim
- Não se aplica

87 - As consultas de pré-natal aconteceram na unidade Jd. Cerrado VI?

- Não
- Sim
- Não se aplica

88 - Teve orientação e acesso aos exames pré-natais (teste da mamãe fase I e II)?

( ) Não

( ) Sim

( ) Sim, mas com dificuldades. Qual? \_\_\_\_\_

89 - As coletas para o teste da mamãe aconteceram na unidade Jd. Cerrado VI?

( ) Não

( ) Sim

( ) Não se aplica

90 - Os resultados dos testes da mamãe foram entregues em prazo adequado (até 30 dias após a coleta)?

( ) Não

( ) Sim

( ) Não se aplica

91 - Teve algum recém-nascido recentemente na sua residência?

( ) Não

( ) Sim

92 - A criança teve acesso aos testes de triagem neonatal (teste do pezinho)?

- Não
- Sim
- Não se aplica

93- A coleta do teste do pezinho foi na unidade Jd. Cerrado VI ou domiciliar?

- Não
- Sim
- Não se aplica

94 - Existiu algum complicador na realização do teste do pezinho?

- Não
- Sim, a distância do local de coleta
- Sim, o atendimento não foi adequado
- Sim, o profissional que fazia a coleta não me deu tranquilidade
- Sim, o resultado não chegou a contento
- Sim, outro motivo: \_\_\_\_\_
- Não se aplica

95 - A unidade ESF Jd. Cerrado VI conta com sala de vacina?

- Não
- Sim

( ) Não sei

96 - Caso não tenha, o seu acesso a uma sala de vacina impossibilita seu acesso?

( ) Não

( ) Sim, porque a unidade que oferece é muito distante

( ) Sim, porque tenho problemas de locomoção

( ) Sim, porque é complicado levar meu filho muito pequeno

( ) Não sei

97 - Já teve alguma complicação para ter acesso a uma vacina?

( ) Não

( ) Sim, a sala de vacina estava fechada

( ) Sim, a vacina havia acabado

( ) Sim, não havia profissional ou material para aplicar a vacina

( ) Sim, outro motivo: \_\_\_\_\_

98 - Algum residente já teve dengue, zika ou chikungunya?

( ) Não

( ) Sim, 01 pessoa

( ) Sim, 02 pessoas

( ) Sim, 03 pessoas

( ) Sim, 04 pessoas

( ) Sim, 05 pessoas

Sim, todos da casa

Não sei

99 - Algum residente já teve dengue, zika ou chikungunya ESSE ANO?

Não

Sim, 01 pessoa

Sim, 02 pessoas

Sim, 03 pessoas

Sim, 04 pessoas

Sim, 05 pessoas

Sim, todos da casa

100- O atendimento para o enfermo em questão foi adequado?

Não, a espera para atendimento era muito longa

Não, o atendimento era feito longe da minha casa

Não, o acesso aos exames era demorado

Não, o acesso aos exames era difícil

Não, outro motivo: \_\_\_\_\_

Sim

101- Você vê mosquitos em sua casa com frequência?

Não

Sim, todos os dias

Sim, semanalmente

( ) Não sei

102- Você sabe reconhecer o mosquito da dengue?

( ) Não

( ) Sim

103 - Você conhece os cuidados que se deve ter para controle do mosquito da dengue?

( ) Não

( ) Alguns

( ) Conheço bastante

104 - Você acha que em seu bairro tem criadouros e focos do mosquito da dengue?

( ) Acho que não

( ) Acho que tem poucos

( ) Acho que tem alguns

( ) Acho que tem vários

( ) Não sei responder

105 - Você recebeu a visita dos agentes de controle de endemias em sua casa esse ano?

( ) Não

( ) Sim

( ) Não sei

106 – Quantas vezes os agentes de controle de endemias visitaram sua casa ano?

01

02

03

04

05

Mais de 05

Não me lembro

107 - Você ou algum residente de sua casa já se sentiu discriminado em seu atendimento no ESF Jd. Cerrado VI por sua orientação sexual?

Não

Sim

108 - Você ou algum residente de sua casa já se sentiu discriminado em seu atendimento no ESF Jd. Cerrado VI por sua identidade de gênero?

Não

Sim

109 - Você ou algum residente de sua casa tem a necessidade de utilização de nome social em suas atividades realizadas na unidade ESF Jd. Cerrado VI?

Não

Não sei o que é nome social

Sim

110 - Você ou algum residente de sua casa tem a necessidade que utilize nome social teve seu atendimento realizado utilizando esse nome?

- Não, se recusaram a utilizar meu nome social
- Não, não havia mecanismos para utilização do nome social (ficha de triagem)
- Apenas alguns profissionais utilizaram meu nome social
- Sim, todos utilizaram meu nome social
- Não se aplica

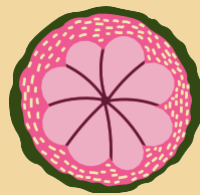
111 - Você e residentes da sua casa têm contato com o conselho local de saúde?

- Não sei do que se trata
- Não, não acredito nesses mecanismos
- Não, não gosto dos conselheiros
- Não sei como participar
- Sim, participamos esporadicamente
- Sim, participamos ativamente

112 - Como você avalia os serviços prestados pela unidade ESF Jd. Cerrado VI?

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo

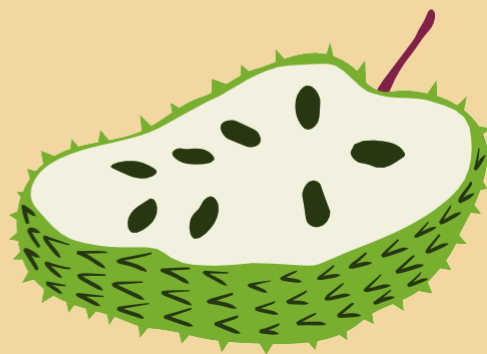
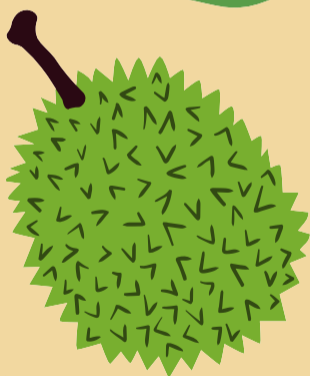
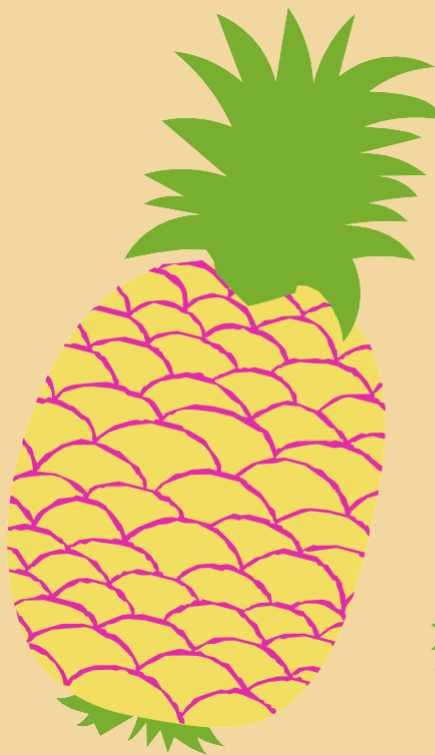
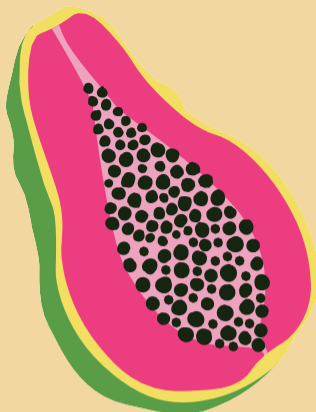
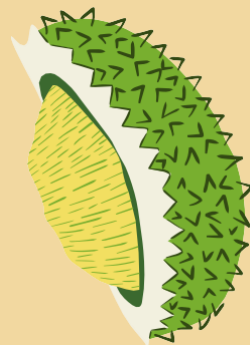
**APÊNDICE – LIVRO DE RECEITAS.**



**CADERNO**

**DE**

**RECEITAS**



# INTRODUÇÃO

Cuidar da alimentação é uma forma de cuidar da saúde.

No entanto, muitas vezes falta tempo, ideias ou até mesmo prática na cozinha para incluir mais frutas, verduras e receitas saudáveis no dia a dia.

Este e-book foi criado justamente para facilitar esse processo. Aqui você encontrará receitas rápidas, práticas e saborosas, pensadas para ajudar a melhorar os hábitos alimentares de forma simples e acessível.

Mais do que um guia de receitas, este material é um convite para descobrir que é possível comer bem sem gastar muito tempo ou dinheiro, trazendo mais equilíbrio e saúde para a sua rotina.

# ÍNDICE

Bolinho de Banana

06

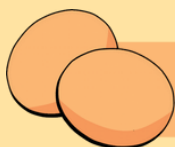


08

Bolinho de Maçã

Panqueca de Prestígio

10



12

Crepioca

Macarrão de abobrinha

14



16

Pão de Aveia

Panqueca de Banana

18



20

Bolinho de Cacau

Vitamina de Frutas

22



24

Mingau de Aveia

# ÍNDICE

Cuscuz

26



28

Banana Assada

Tapioca

30



32

Muffin de Cenoura

Bolinho de Cenoura

34



36

Bolinho de Repolho

Batata doce Assada

38



40

Omelete

42 Lasanha de beringela



44

Muffin de Legumes

# Bolinho de Banana



# Bolinho de Banana

06

## INGREDIENTES

- 1 banana bem madura
- 1 ovo
- 2 colheres (sopa) de aveia
- 1 colher (chá) de fermento
- Pitada de canela (opcional)



## PREPARO



- Amasse a banana e misture com o restante dos ingredientes. Coloque em
- forminhas próprias para assar, e leve ao forno por 10 minutos à 180 graus. Também dá para fazer na Airfryer por 7
- minutos à 180 graus, ou micro-ondas por 3 minutos. Só esperar esfriar e servir!

# Bolinho de Maçã



# Bolinho de Maçã

08

## INGREDIENTES

- 1 maçã ralada com casca
- 2 ovos
- 6 colheres (sopa) de aveia
- 1 colher (sopa) de amido de milho
- 1 colher (chá) de fermento
- Pitada de Canela em pó



## PREPARO



- Rale a maçã e misture com o restante dos ingredientes.
- Coloque em forminhas próprias para assar, e leve ao forno por 10 minutos à 180 graus.
- Também dá para fazer na Airfryer por 7 minutos à 180 graus, ou micro-ondas por 3 minutos.
- Só esperar esfriar e servir!

# Panqueca de Prestígio



# Panqueca de Prestígio

10

## INGREDIENTES

- 1 Banana
- 1 ovo 1
- 1/2 colher (sopa) de farelo de aveia
- 1 colher (sopa) de coco ralado sem açúcar
- 1 colher (chá) de cacau em pó 100% (ideal pois não tem adição de açúcar).



## PREPARO



- Misture todos os ingredientes com a ajuda de um garfo. Unte a frigideira com azeite e
- despeje a mistura. Deixe o fogo baixo e tampe para “cozinhar” por 2 minutos, vire
- e deixe dourar. Depois é só servir!

# Crepiooca



# Crepioca

12

## INGREDIENTES

- 1 ovo 2 colheres (sopa) de tapioca
- Pitada de sal
- 



## PREPARO



- Misture todos os ingredientes com a ajuda de um garfo. Unte a frigideira com azeite e despeje a mistura. Deixe o fogo baixo e tampe para “cozinhar” por 2 minutos, vire e deixe dourar. Depois é só servir!
- Pode misturar verduras raladas, queijo, frango e rechear a massa, fica uma delícia!

# Macarrão de Abobrinha



# Macarrão de Abobrinha

14

## INGREDIENTES

- 3 abobrinhas italianas médias
- 2 dentes de alho
- Ervas (majericão, salsinha, cebolina)
- Sal
- 1 pitada de pimenta-do-reino (opcional)
- 1 colher (sopa) de queijo ralado (opcional)



## PREPARO



- Com o auxílio de uma faca, fatie as abobrinhas em laminas finas, no sentido do comprimento e corte cada fatia em tiras bem finas, como um espaguete.
- Coloque-as aos poucos em água fervente cozinhe rapidamente (cerca de 1 minuto) apenas para que amoleça levemente.
- Em uma frigideira grande refogue os ingredientes junto com as abobrinhas
- Pode fazer um molho de carne moída e servir como se fosse um macarrão comum.

# Pão de Aveia



# Pão de aveia

16

## INGREDIENTES

- 1 ovo
- 2 colheres (sopa) de aveia
- 1 colher (café) de fermento



## PREPARO



- Misture todos os ingredientes e coloque em forminhas de silicone ou em uma xícara.
- Leve ao micro-ondas por 2 minutos ou à Airfryer por 5 minutos à 180 graus.

Você pode acrescentar coco ralado sem açúcar na receita, fica uma delícia!

# CUSCUZ



# CUSCUZ

26

## INGREDIENTES

- 2 colheres de flocão de milho
- 6 colheres de água
- Manteiga sem sal



## PREPARO



- Misture o flocão e a água e deixe descansar por 10 minutos.
- Passe manteiga em uma xícara e coloque o flocão já hidratado.
- Leve ao micro-ondas por 2 minutos e meio.
- Depois é só servir!

# Banana assada



# Banana assada

28

## INGREDIENTES

- 1 Banana
- 1 Fio Azeite
- 1 Pitada de Canela



## PREPARO



- Corte a banana em rodela e coloque em uma assadeira. Polvilhe a pitada de canela por cima e o fio de azeite. Leve ao forno ou airfryer por 5 minutos a 200 graus.
- Sirva
-

# Tapioca



# Tapioca

30

## INGREDIENTES

- Goma de tapioca



## PREPARO



- Peneire a goma de tapioca em uma frigideira e ligue o fogo.
- Após uns 2 minutos, vire a tapioca e recheie como desejar.
- Sirva ao bebe.

Sugestões de recheio: verduras raladas, manteiga, ovo, frango desfiado, queijo minas, banana, morango etc.

# Muffin de Cenoura



# Muffin de Cenoura

## INGREDIENTES



- 1 ovo
  - 2 colheres de farinha de aveia
  - Cenoura ralada (pode usar abobrinha também)
  - 1 colher (café) de fermento
  - Temperos naturais
- Pitada de Sal

## PREPARO



- Misture todos os ingredientes e coloque em forminhas.
- Leve para assar:  
Airfryer 7 minutos à 180 graus  
Forno 10 minutos à 180 graus  
Micro-ondas 3 minutos.
- Depois de pronto, é só servir.

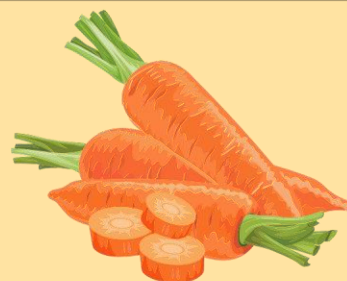
# Bolinho de Cenoura



# Bolinho de Cenoura

## INGREDIENTES

- 2 ovos
- 1/3 xícara (chá) de óleo de côco ou óleo de soja
- 2 cenouras pequenas descascadas e raladas
- 2 xícaras (chá) de farinha de aveia
- 1 colher (café) de fermento



## PREPARO



- Leve os ingredientes (exceto o fermento) ao liquidificador ou processador e bata por 5 minutos. Acrescente o fermento e misture. Coloque a mistura em forminhas
- e leve para assar:

Airfryer 20 minutos a 140 graus.

Forno 25 minutos a 180graus.

- Espere esfriar e sirva

# Bolinho de Repolho



# Bolinho de Repolho

## INGREDIENTES

- 1 ovo
- 2 colheres (sopa) de azeite
- 2 colheres (sopa) de água
- 1 colher (sopa) de farinha de trigo 1 colher (sopa) de aveia
- 1 e ½ xícara (chá) de repolho picado (pode usar o legume de sua preferencia ralado também)
- 1 alho
- Pedacinho de cebola
- Coentro a gosto (pode ser salsinha, cebolinha, etc).
- Temperos naturais (Exemplo: ervas finas, orégano, chimichurri sem sódio, etc)
- 1 colher (chá) de fermento



## PREPARO



- Leve os ingredientes (exceto fermento) ao liquidificador processador e bata por 5 minutos. Acrescente o fermento e misture.
- Coloque a mistura em forminhas e leve para assar:

Airfryer 20 minutos a 180 graus.

Forno 30 minutos a 200 graus.

# Batata doce Assada



# Batata doce Assada

## INGREDIENTES

- 1 batata doce
- Azeite a gosto



## PREPARO



- Higienize a batata doce e corte em rodelas finas. Não é preciso retirar a casca. Acrescente o azeite e misture bem. Leve
  - para assar:
  -
- Airfryer 20 minutos a 180 graus.  
Forno 25 minutos a 200 graus.

# Omelete



# Omelete

## INGREDIENTES

- 1 ovo
- 1 colher (sopa) de Tomate
- 1 colher (chá) de Cebola
- 1 colher (chá) de Salsinha
- Temperos naturais (Exemplo: ervas finas, Orégano, chimichurri sem sódio, etc)



## PREPARO



- Misture todos os ingredientes e coloque em uma frigideira untada com azeite. Deixe o fogo baixo e tampe para cozinhar. Após 3 minutos,
- vire e deixe dourar. Corte e sirva.
- 
- 

Você pode adicionar legumes ralados, ervilha, fica uma delícia!

# Muffin de legumes



# Muffin de legumes

## INGREDIENTES

- 2 ovos
- 1 colher (sopa) de ervilha
- 1 colher (sopa) de cenoura ralada
- 1 colher (sopa) de abobrinha ralada
- 1 colher (sopa) de tomate picadinho
- 1 colher (sopa) de cebola picadinha
- Temperos naturais a gosto
- Salsinha a gosto
- 1 colher (café) de fermento



## PREPARO



- Bata os ovos e junte com o restante dos ingredientes.
- Passe a mistura para forminhas e leve para assar.

Airfryer por 7 minutos à 180 graus

Forno por 10 minutos à 200 graus

- Sirva.

# Lasanha de Berinjela



# Lasanha de Berinjela

42

## INGREDIENTES

- 2 berinjelas cortadas em fatias finas no sentido do comprimento
- Carne moída
- Sal, pimenta e ervas a gosto (orégano, manjeriço, salsinha)



## PREPARO



- Grelhe as fatias em uma frigideira até ficarem levemente douradas.
- Em uma panela prepare o molho com carne moída como de costume.
- Em um refratário, monte a lasanha alternando camadas de berinjela, molho e queijo.
- Finalize com molho e polvilhe o parmesão por cima.
- Leve ao forno preaquecido a 180 °C por cerca de 25 minutos, até gratinar.

# DICAS

*Pap*

*Papaya*



# ARMAZENAMENTO 46

Bolinhos, Muffins e panquecas  
Geladeira: 2 dias e congelador por 1 mês

Receitas com vegetais: Geladeira até 3 dias

Vitamina de frutas: Consumo imediato

Crepioca: geladeira por até 2 dias  
Tapioca: Consumo imediato

# COMO AQUECER 47

Se o o lanchinho estiver congelado, basta retirar do congelador e já aquecer.

No micro-ondas por 1 minuto.

No vapor por 3 minutos.

Se for panqueca, é possível aquecer na sanduicheira por 3 minutos



# SALADAS

As saladas são uma forma prática e deliciosa de incluir mais vitaminas, fibras e minerais na alimentação diária, contribuindo para uma dieta equilibrada e saudável. No entanto, muitas pessoas ainda as consomem com pouca frequência, muitas vezes por considerá-las “sem graça” ou pouco saborosas.

Uma maneira simples de tornar as saladas mais atrativas é investir nos molhos e temperos, que podem realçar o sabor, variar as combinações e transformar cada refeição em uma experiência prazerosa. Ao diversificar os ingredientes e molhos, é possível aumentar o consumo regular de vegetais, aproveitando todos os seus benefícios nutricionais sem abrir mão do prazer à mesa.

Este caderno de receitas foi elaborado para oferecer opções práticas, saborosas e nutritivas, incentivando o consumo frequente de saladas e mostrando que comer saudável pode ser, acima de tudo, prazeroso.

# ÍNDICE

Base para saladas 2



4 Maça temperada



Limão e alho 6



8 Vinagre e mel

Molho de manga 10



12 Molho de iogurte

Molho de vinagre 14



# Base para saladas



# Base para saladas

02

## INGREDIENTES

- Folhas Verdes: Escolha pelo menos duas opções para variar a textura e os nutrientes (ex: alface, rúcula, espinafre, agrião, acelga)
- Legumes e Vegetais Frescos: Adicione cor e crocância com uma seleção de legumes (ex: tomate cereja, pepino, cenoura ralada, beterraba ralada, brócolis cozido al dente, palmito, cebola roxa).



## PREPARO

Para a montagem, basta picar as folhas de sua preferência, adicionar os vegetais e cobrir com o molho. Um alimento muito nutritivo, saboroso e refrescante.



# Maça temperada



# Salada de maçã

04

## INGREDIENTES

- Maçã
- Tomate ( eu usei o cereja);
- Raspas de limão;
- Limão ;
- Ervas frescas (manjeriçãõ, cebolinha, salsinha)
- Sal



## PREPARO



- Corte a maçã em cubos ou fatias;
- Corte o tomate ao meio;
- Adicione o restante dos ingredientes;  
Por fim, adicione as raspas de limão por cima;
  
- Observação: Você pode trocar a maçã por abacate, manga ou abacaxi, também fica uma delícia.

# Molho de limão e alho



# Molho de limão e alho

## INGREDIENTES

- 1 colher (sopa) de caldo de limão
- 3 colheres (sopa) de azeite
- 1 dente de alho
- sal e pimenta-do-reino moída a gosto



## PREPARO



- Descasque o alho e coloque num potinho de vidro limpo, com tampa. Se preferir um sabor mais intenso do alho, pique fininho ou bata no pilão.
- Nesse mesmo potinho, junte todos os outros ingredientes e chacoalhe bem.

# Molho de vinagre e mel



# Molho de vinagre e mel

## INGREDIENTES

- 1 colher (sopa) de vinagre
- 3 colheres (sopa) de azeite
- ½ colher (chá) de mel
- sal a gosto



## PREPARO

- Coloque todos os ingredientes num vidrinho com tampa e chacolhe bem, até ficar homogêneo e cremoso.
- Sirva a seguir.



# Molho de manga



# Molho de manga

10

## INGREDIENTES

- Manga em pedaços
- 2 colheres (sopa) de vinagre (ou limão)
- 4 colheres (sopa) de azeite
- Sal e pimenta-do-reino moída a a gosto



## PREPARO



- Com uma faca afiada, descasque a manga e retire o caroço. Pique a polpa da manga e reserve.

- No liquidificador, junte os pedaços de manga, o vinagre balsâmico e o azeite e bata até obter uma mistura homogênea.
- Tempere com sal e pimenta-do-reino, misture bem e transfira para uma tigela. Sirva a seguir.

# Molho de iogurte



# Molho de iogurte

12

## INGREDIENTES

- 1 pote de iogurte natural sem açúcar (170 g)
- 2 colheres (sopa) de azeite
- 1 dente de alho
- sal e pimenta-do-reino moída a gosto



## PREPARO



- Descasque o dente de alho e bata no pilão com uma pitada de sal até formar uma pastinha (se preferir, pique bem fino numa tábua). Transfira para uma tigela.
- Junte o iogurte, o azeite, tempere com pimenta a gosto e misture bem. Prove e ajuste o sal. Se quiser, acrescente uma erva, como hortelã, salsinha ou manjericão.
- Sirva a seguir.

# Molho de vinagre



# Molho de vinagre

14

## INGREDIENTES

- 1 colher (sopa) de vinagre branco
- 1 colher (chá) de mostarda de
- 3 colheres (sopa) de azeite
- sal e pimenta-do-reino moída a gosto



## PREPARO

- Coloque todos os ingredientes num vidrinho com tampa e chacolhe bem, até ficar homogêneo e cremoso.
- Sirva a seguir.



# Dicas

As verduras são grandes aliadas da saúde! Coloridas e cheias de nutrientes, elas fortalecem a imunidade e deixam as refeições mais equilibradas e saborosas.

Uma dica é variar os tipos e incrementar com molhos diferentes assim, o consumo se torna mais prazeroso e fácil de manter no dia a dia.

Preparar molhos com antecedência é uma ótima forma de facilitar a rotina e garantir refeições mais práticas e saborosas.

Eles podem ser armazenados na geladeira por até 7 dias, prontos para deixar saladas e verduras ainda mais apetitosas no dia a dia.