

PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, HÁBITOS ALIMENTARES E DE ATIVIDADE FÍSICA NUMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PRESIDENTE PRUDENTE – SP

PREVALENCE OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES, EATING HABITS AND PHYSICAL ACTIVITY IN A FAMILY HEALTH STRATEGY IN PRESIDENTE PRUDENTE – SP



Caroline Peres Souza¹



Matheus Cerazi Prazeres Valentim²



Aline Duarte Ferreira³



Pedro Pugliesi Abdalla⁴



Leonardo Santos Lopes da Silva⁵



Anderson dos Santos Carvalho⁶



Jair Rodrigues Garcia Júnior⁷

Avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE n.12209619.8.0000.5515)

Autor correspondente

Jair Rodrigues Garcia Júnior
Curso de Educação Física - UNOESTE – campus II
Rod. Raposo Tavares, Km 572, Limeiro.
CEP 19067-175, Presidente Prudente, SP
+55 (18) 99151-8542
jgjunior@unoeste.br

¹ Graduada em Educação Física, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil.
carol_peres10@hotmail.com

² Graduado em Educação Física, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil.
matheus_cerazi@hotmail.com

³ Curso de Fisioterapia, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil.

aline@unoeste.br

⁴ Doutorando em Ciências - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.
pedroabdalla11@gmail.com

⁵ Graduando em Educação Física - Universidade Paulista (UNIP), São José do Rio Preto, SP, Brasil.
leonsilva_unip@outlook.com

⁶ Doutor em Ciências - Curso de Educação Física, Universidade Paulista (UNIP), São José do Rio Preto, SP, Brasil.
ander_uai@hotmail.com

⁷ Doutor em Ciências - Curso de Educação Física, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil

Cite como

Vancouver

Souza, CP, Valentim, MCP, Ferreira, AD, Abdalla, PP, Silva, LSL, Carvalho, AS. *et al.* Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, hábitos alimentares e de atividade física numa estratégia de saúde da família de Presidente Prudente – SP. *Conscientiae Saúde* 2020;19(1):1-15, e18221. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v19n1.18221>.

Resumo

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm elevada prevalência na população brasileira e atingem todas as classes sociais, representando aproximadamente 71% das mortes no mundo.

Objetivo: Investigar a prevalência de pacientes com DCNT registradas em um posto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Presidente Prudente e verificar os hábitos alimentares e a prática de atividade física.

Métodos: A pesquisa foi baseada em informações de prontuários (n=1005) e questionários (hábitos alimentares e práticas de atividade física). A amostra foi composta por maiores de 18 anos de uma ESF de Presidente Prudente-SP.

Resultados: A maior prevalência foi de hipertensão arterial, principalmente, em pacientes acima de 80 anos de idade. Metade da população estudada não tem hábitos alimentares adequados e apenas um terço dos adultos tem prática suficiente de atividade física.

Conclusão: Hipertensão arterial (30%), obesidade (17%) e *Diabetes Mellitus* (9%) são as DCNT mais prevalentes. A redução da prevalência futura das DCNT dependerá da forma como educaremos as gerações subsequentes.

Descritores: Adulto. Exercício Físico. Posto de Saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract

Introduction: Noncommunicable diseases (NCDs) have a high prevalence in the Brazilian population and affect all social classes, representing about 71% of deaths worldwide.

Objective: to investigate the prevalence of patients with NCDs registered at a Family Health Strategy (FHS) post in Presidente Prudente and to verify eating habits and physical activity.

Methods: The research was based on information from medical records (n=1005) and questionnaires (eating habits and physical activity practices). The sample consisted of people over 18 years old from an FHS in Presidente Prudente-SP.

Results: The highest prevalence was arterial hypertension, mainly in patients over 80 years of age. Half of the population studied does not have adequate eating habits and only a third of adults have sufficient physical activity.

Conclusion: Arterial hypertension (30%), obesity (17%) and *Diabetes Mellitus* (9%) are the most prevalent NCDs. The reduction in the future prevalence of NCDs will depend on how we educate subsequent generations.

Keywords: Adult. Physical Exercise. Health Center. Unified Health System.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são doenças que se instalam no organismo de maneira silenciosa e gradativa, podendo demorar anos até que se manifestem sinais e sintomas^{1,2}. As DCNTs têm consequências para o indivíduo, para sua família, para o sistema público de saúde e até para a economia. Podem causar o empobrecimento das famílias, em razão dos custos para o tratamento contínuo, pois em sua maioria não tem cura, causam limitações para a empregabilidade e a manutenção da renda. Para o sistema público de saúde, o ônus é contínuo e crescente, o que acaba por enfraquecer a economia do país. A elevada prevalência dessas doenças está frustrando os objetivos de redução de pobreza nos países em desenvolvimento, pois o direcionamento de recursos para o tratamento reduz os investimentos que poderiam ser alocadas no desenvolvimento social e econômico³.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴, no mundo, as DCNTs são responsáveis por 71% das mortes (41 milhões de pessoas) por ano. As principais DCNTs causadoras dessas mortes são: doenças cardiovasculares (17,9 milhões), câncer (9 milhões), doenças respiratórias (3,9 milhões) e diabetes (1,6 milhões). A OMS³ tem uma projeção na qual o número de mortes por DCNTs terá aumento significativo de 15% entre 2010 e 2020, representando aproximadamente 44 milhões de mortes. A maior proporção de mortes está prevista para os países em desenvolvimento e de baixa renda, localizados na África, Sudeste Asiático e Mediterrâneo Oriental, onde o aumento estimado é de mais de 20%.

No Brasil, foi criada a Atenção Primária à Saúde (APS) com o intuito de promover cuidados de saúde para a população. A APS é definida por um conjunto de ações de saúde, no âmbito pessoal e público, incluindo a promoção, a proteção e a manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É ampliada por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, incluindo trabalho em equipe, dirigidas a populações de regiões bem delimitadas, para as quais se atribui a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente na região em que habitam esses públicos. Também são empregadas tecnologias de elevada complexidade, porém de limitada abrangência, pois a prioridade é a resolução de problemas de saúde de maior regularidade e relevância em cada região. Por isso, o contato prioritário dos usuários com os sistemas de saúde se caracteriza pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social⁵.

A APS conceitua o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade, na inserção sociocultural e procura a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que sejam capazes de comprometer sua possibilidade de viver de modo saudável⁵.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa a reorganização da APS no País, conforme as normas do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. A ESF tem caráter substitutivo à rede de APS tradicional (centralizada em hospitais). Por isso, nas regiões em que as ESFs atuam há expansão das atividades conforme o diagnóstico situacional, o planejamento de ações e a programação da execução. O foco primário é a família e a comunidade, caracterizando um espaço de idealização da cidadania e alguns outros princípios, além de atender aos princípios gerais da APS⁵.

As DCNTs são as maiores causas de morte no mundo, podendo apresentar grande variação das prevalências específicas de acordo com as regiões em um município. Dessa forma, o estabelecimento dessas prevalências pode representar uma informação importante para que a Secretaria de Saúde e outras autoridades direcionem melhor as estratégias, os recursos humanos e financeiros. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo investigar a prevalência de pacientes com DCNTs registradas em um posto da ESF de Presidente Prudente-SP e verificar os hábitos alimentares e a prática de atividade física.

Material e métodos

Esta pesquisa foi de caráter retrospectivo e prospectivo, descritiva, com abordagem quantitativa baseada em coleta de informações em prontuários e por meio de questionários. Foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE n. 12209619.8.0000.5515).

Participaram da pesquisa indivíduos de ambos os sexos, cadastrados e inscritos no posto da ESF de dois bairros do município de Presidente Prudente-SP, que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: indivíduos com idade ≥ 18 anos e com prontuários arquivados na ESF. Como critério de exclusão: pacientes com registro de óbito. Houve autorização prévia do Secretário Municipal de Saúde para a realização da coleta de dados nos prontuários.

Foi solicitada dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para aqueles participantes (96,4%) que tiveram os dados coletados exclusivamente em seus prontuários arquivados no posto da ESF. Para os participantes que tiveram os dados coletados nos prontuários e também por meio dos questionários (3,6%) (análise prospectiva), houve um convite para participação voluntária quando de sua visita rotineira na própria ESF.

Estes foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e, aqueles que concordaram, assinaram o TCLE.

Para a análise retrospectiva foram coletadas informações de 1.005 prontuários. Os dados registrados para análise posterior foram o número do prontuário, sexo, idade, se era tabagista, etilista, peso, estatura, doenças crônicas diagnosticadas e tempo de diagnóstico. O peso e a estatura foram utilizados para calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) em kg/m² e foi classificado o estado nutricional em baixo peso, peso normal, sobrepeso e obesidade⁶.

Para a análise prospectiva, foram aplicados dois questionários em 71 pacientes durante sua visita rotineira ao posto ESF. O primeiro continha perguntas sobre hábitos alimentares, conforme proposto e validado por Gomes *et al.*⁷. O segundo questionário continha perguntas sobre a prática habitual de atividades físicas, conforme proposto por Baecke *et al.*⁸, traduzido e validado por Florindo e Latorre⁹. A prática habitual de atividades físicas compreende três domínios: a) ocupacional, b) exercício físico no lazer; c) lazer e locomoção. Para atribuir pesos a cada um dos domínios e classificar a prática habitual atividade física a partir do escore total, foi utilizada a classificação proposta pelos mesmos autores: fraco (2 a 3,9), regular (4 a 5,9) e bom (6 a 7,9).

Foi utilizada a estatística descritiva para apresentação dos dados em frequências absoluta e relativa, considerando o sexo e as faixas etárias (18+, 40+, 60+ e 80+).

Resultados

Foram analisados 1.005 prontuários, que incluíam o total de 1.969 pacientes, divididos em dois bairros: no Bairro 1 havia 626 homens e 840 mulheres e no Bairro 2 havia 198 homens e 305 mulheres. As doenças que apresentaram maior prevalência em homens e mulheres e em ambos os bairros foram hipertensão arterial com 30% e *Diabetes Mellitus* com 9% (Tabela 1 e Figura 1). Na maioria das doenças, quanto maior foi a faixa etária, maior foi a prevalência das mesmas; exceto para as dislipidemias que tiveram predomínio nos 40+ (Bairro 1 e homens do Bairro 2) e nos 60+ para mulheres do Bairro 2 (Tabela 1 e Figura 1).

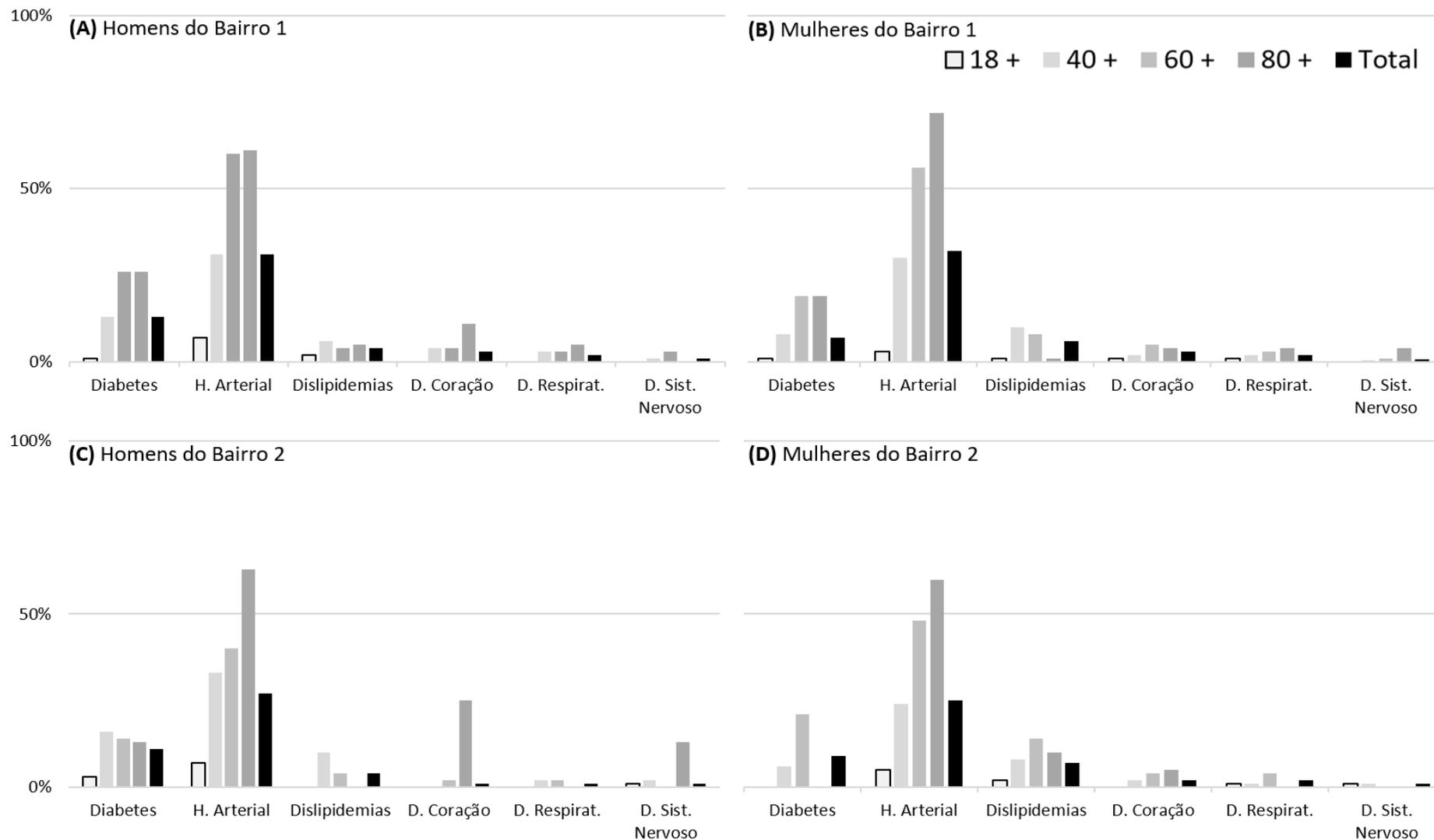
Tabela 1 - Prevalência (frequências absoluta e relativa) de doenças crônicas por Bairro, sexo e faixa etária

		Faixa etária (anos)	N	Diabetes n (%)	H. Arterial n (%)	Dislipidemias n (%)	D. Card.* n (%)	D. Respirat. n (%)	D. Sist. Nerv. n (%)
Bairro 1	Homens	80 +	38	10 (26)	23 (61)	2 (5)	4 (11)	2 (5)	0
		60 +	159	41 (26)	95 (60)	7 (4)	7 (4)	5 (3)	5 (3)
		40 +	197	26 (13)	61 (31)	12 (6)	7 (4)	5 (3)	2 (1)
		18 +	232	3 (1)	16 (7)	4 (2)	0	0	0
		Total	626	80 (13)	195 (31)	25 (4)	18 (3)	12 (2)	7 (1)
	Mulheres	80 +	69	13 (19)	50 (72)	1 (1)	3 (4)	3 (4)	3 (4)
		60 +	226	43 (19)	126 (56)	17 (8)	11 (5)	7 (3)	2 (1)
		40 +	281	22 (8)	84 (30)	28 (10)	5 (2)	5 (2)	1 (0,4)
		18 +	264	3 (1)	8 (3)	2 (1)	5 (1)	3 (1)	0
		Total	840	81 (7)	268 (32)	48 (6)	24 (3)	18 (2)	6 (0,7)
Bairro 2	Homens	80 +	8	1 (13)	5 (63)	0	2 (25)	0	1 (13)
		60 +	57	8 (14)	23 (40)	2 (4)	1 (2)	1 (2)	0
		40 +	63	10 (16)	21 (33)	6 (10)	0	1 (2)	1 (2)
		18 +	70	2 (3)	5 (7)	0	0	0	1 (1)
		Total	198	21 (11)	54 (27)	8 (4)	3 (1)	2 (1)	3 (1)
	Mulheres	80 +	20	6 (30)	12 (60)	2 (10)	1 (5)	0	0
		60 +	73	15 (21)	35 (48)	10 (14)	3 (4)	3 (4)	0
		40 +	109	7 (6)	26 (24)	9 (8)	2 (2)	1 (1)	1 (1)
		18 +	104	0	5 (5)	2 (2)	0	1 (1)	1 (1)
		Total	306	28 (9)	78 (25)	23 (7)	6 (2)	5 (2)	2 (1)

*: Infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC), angina, endocardite, arritmias, dentre outras.

Fonte: Autores.

Figura 1 - Frequência relativa da prevalência de doenças crônicas no Bairro 1 de homens (A) e mulheres (B) e Bairro 2 de homens (C) e mulheres (D)



Fonte: Autores.

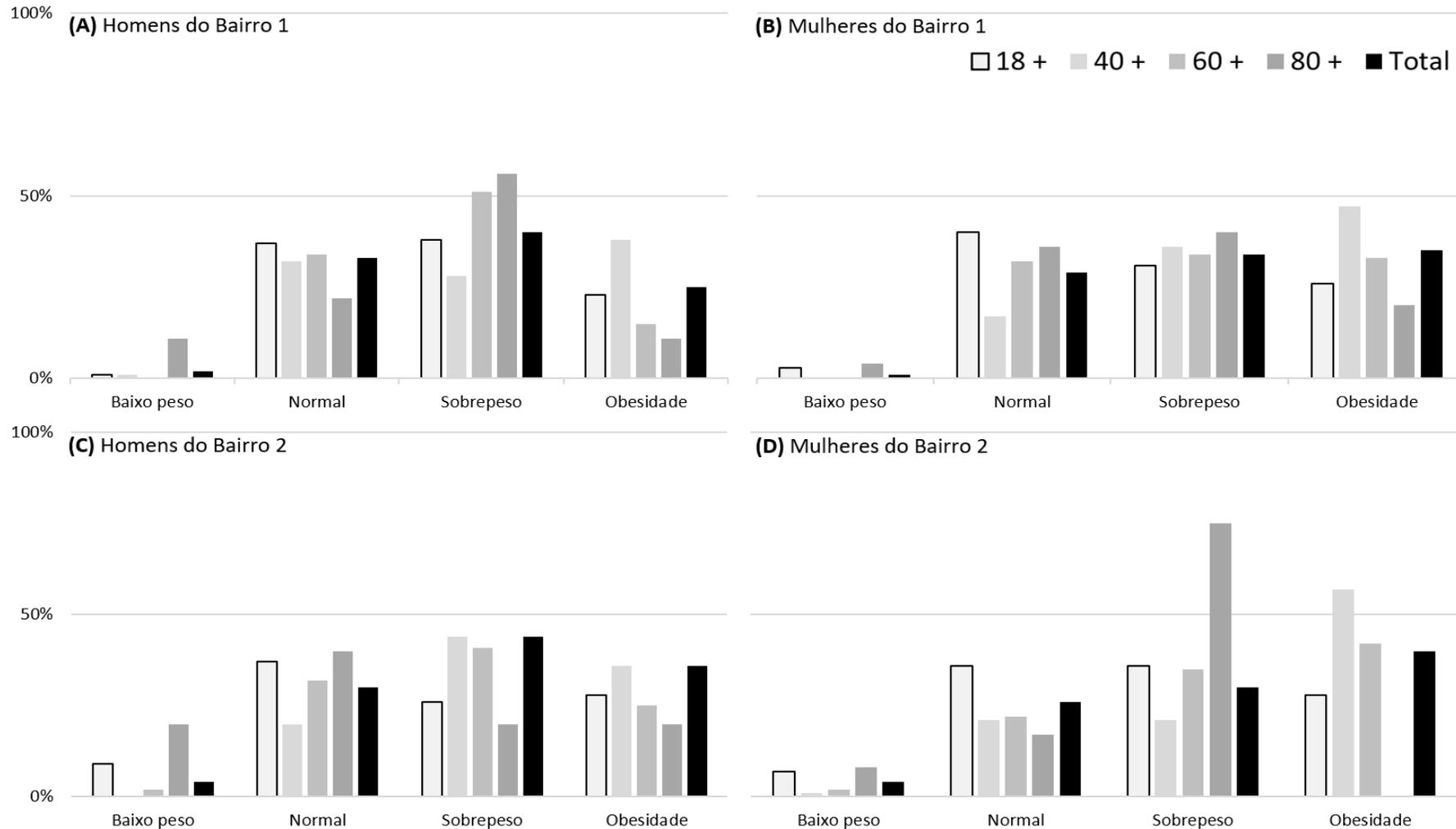
Sobre o estado nutricional dos participantes nos dois bairros, observamos que o sobrepeso e até a obesidade foram mais prevalentes que o peso normal (Figura 2 e Tabela 2). Nos homens de ambos os bairros, o sobrepeso foi o estado nutricional mais prevalente. Nas mulheres de ambos os bairros, a obesidade foi o estado nutricional mais prevalente. Observa-se tendência de queda para obesidade à medida que a idade cronológica é maior.

Tabela 2 - Frequências absoluta e relativa do estado nutricional classificado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) por bairro, sexo e faixa etária

		Faixa etária (anos)	n	n com IMC	Estado nutricional			
					Baixo peso n (%)	Normal n (%)	Sobrepeso n (%)	Obesidade n (%)
Bairro 1	Homens	80 +	38	18	2 (11)	4 (22)	10 (56)	2 (11)
		60 +	159	65	0 (0)	22 (34)	33 (51)	10 (15)
		40 +	197	78	1 (1)	25 (32)	22 (28)	30 (38)
		18 +	232	78	1 (1)	29 (37)	30 (38)	18 (23)
		Total	626	239	4 (2)	80 (33)	95 (40)	60 (25)
	Mulheres	80 +	69	25	1 (4%)	9 (36)	10 (40)	5 (20)
		60 +	226	93	0 (0)	30 (32)	32 (34)	31 (33)
		40 +	281	143	0 (0)	24 (17)	52 (36)	67 (47)
		18 +	264	118	4 (3)	47 (40)	36 (31)	31 (26)
		Total	840	379	5 (1)	110 (29)	130 (34)	134 (35)
Bairro 2	Homens	80 +	8	5	1 (20)	2 (40)	1 (20)	1 (20)
		60 +	57	44	1 (2)	14 (32)	18 (41)	11 (25)
		40 +	63	45	0 (0)	9 (20)	20 (44)	16 (36)
		18 +	70	43	4 (9)	16 (37)	11 (26)	12 (28)
		Total	198	137	6 (4)	41 (30)	60 (44)	50 (36)
	Mulheres	80 +	20	12	1 (8)	2 (17)	9 (75)	0 (0)
		60 +	73	55	1 (2)	12 (22)	19 (35)	23 (42)
		40 +	109	76	1 (1)	16 (21)	16 (21)	43 (57)
		18 +	104	67	5 (7)	24 (36)	19 (36)	19 (28)
		Total	306	210	8 (4)	54 (26)	63 (30)	85 (40)

Fonte: Autores.

Figura 2 - Frequência relativa do estado nutricional no Bairro 1 de homens (A) e mulheres (B) e Bairro 2 de homens (C) e mulheres (D)



Fonte: Autore

Sobre os hábitos alimentares e a prática de atividades físicas, o número de questionários respondidos foi de 71, sendo 17 de homens e 54 de mulheres. Dentre os respondentes homens, mais da metade (53%) eram etilistas e 12% eram tabagistas. Dentre as mulheres, 13% eram etilistas e 7% eram tabagistas.

Sobre os hábitos alimentares, dos homens que consomem margarina, nenhum opta pela variedade light. Entre as mulheres que consomem margarina, apenas 7% opta pela variedade light. Em geral, pôde ser percebido que a proporção de hábitos alimentares saudáveis é maior do que dos hábitos inadequados (Tabela 3). A exceção fica com o consumo de refrigerante elevado para as mulheres (70%) e o consumo para algumas vezes na semana de frituras, biscoito recheado e bolinhos doces, pois somente 35% dos homens e 26% das mulheres não realizam esse consumo frequente.

Tabela 3 - Consumo alimentar em frequência relativa por sexo

Itens	Homens (%)	Mulheres (%)
Consumo de manteiga e margarina		
Sim para manteiga	41	37
Sim para margarina	24	30
Não consomem nenhuma delas	29	17
Consumo de laticínios		
Sim para leite integral	51	69
Não consomem leite	22	15
Sim para iogurte, queijo e requeijão tradicional/integral	63	87
Não consomem iogurte, queijo e requeijão	33	6
Consumo de refrigerantes e sucos		
Não para refrigerante	47	30
Sim para refrigerante com açúcar	35	52
Sim para suco de fruta natural	41	63
Sim para suco em pó	29	33
Sim para suco de polpa de fruta	18	13
Consumo de frituras		
Sim para todos os dias	29	15
Sim para algumas vezes na semana	65	74
Consumo de biscoitos recheados e bolinhos doces		
Sim para todos os dias	35	19
Sim para algumas vezes na semana	65	74
Consumo de verduras, legumes e frutas		
Sim para verduras e legumes todos os dias	65	72
Sim para frutas todos os dias	47	52

Fonte: Autores.

A avaliação da prática habitual de atividade física teve escores que variaram de 3,75 até 7,75 para os homens e de 2,75 até 8,0 para as mulheres. A classificação dos escores da prática habitual de atividade física proposta por Valério¹⁰ revelou que para a maior parte dos participantes foi “regular”, tanto em homens como em mulheres, seguidas da classificação “boa” e com menor prevalência a “fraco” (Tabela 4).

Tabela 4 - Classificação, frequências absolutas e relativas dos escores da prática habitual de atividade física de acordo com os tercís em homens e mulheres

Tercís	Valores dos escores	Classificação	Homens	Mulheres
			N (%)	N (%)
3	6 a 8	Bom	6 (35,3)	17 (31,5)
2	4 a 5,9	Regular	10 (58,8)	26 (48,1)
1	2 a 3,9	Fraco	1 (5,9)	11 (20,4)

Fonte: Autores.

Discussão

O objetivo da pesquisa foi investigar a prevalência de pacientes com doenças crônicas registradas em um posto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Presidente Prudente, além de verificar seus hábitos alimentares e de prática habitual de atividade física.

Analisando o Bairro 1, tanto em homens como em mulheres, foi constatada maior prevalência de hipertensão arterial, principalmente, na faixa etária a partir dos 80 anos. Uma das razões para esse resultado pode ser a elevada prevalência de pacientes com sobrepeso e obesidade, que são fatores de risco significativos para o desenvolvimento da hipertensão arterial. Além disso, o envelhecimento também é um fator de risco para a incidência da doença¹¹. No Bairro 2, foi constatada situação semelhante, com prevalência maior de hipertensão arterial entre todas as demais doenças analisadas, principalmente, na faixa etária a partir dos 80 anos. Quando comparado ao IMC, encontra-se também maior prevalência de sobrepesados e obesos em ambos os sexos. A hipertensão arterial é a doença crônica mais popular observada pelos médicos¹². Dados do Vigitel¹³, durante doze anos (2006 a 2017), indicam que a prevalência de hipertensão arterial nos indivíduos adultos, residentes nas capitais, diferenciou de 23% a 24,3% respectivamente, sem mudanças em todo o período analisado, inclusive por sexo. No ano de 2017, com dados consolidados, as proporções entre adultos com 18 a 34 anos, o índice foi de 13,8%; de 35 a 54 anos foi de 47,4%; de 55 a 64 anos foi de 46,5%; e de 65 anos ou mais, foi de 60,9%. Logo, quando comparado ao estudo, encontramos dados similares.

Segundo a OMS⁶, em 2016, a porcentagem de adultos com mais de 18 anos e com excesso de peso era maior que 39% da população, e indivíduos obesos chegavam a 13% da população. Quando comparado a nossa pesquisa, vemos dados parecidos somente com o sobrepeso, já a obesidade atinge

de 25-40% dos pacientes analisados em ambos os sexos, demonstrando proporções maiores quando comparados à população mundial. Segundo a OMS⁶, a obesidade é definida como acúmulo incomum ou exagerado de gorduras, que leva ao desenvolvimento de prejuízos à saúde do indivíduo. A obesidade é considerada uma patologia multifatorial, pois resulta de vários fatores que atuam de forma separada ou simultânea: genéticos, endócrinas, ambientais, culturais, socioeconômicos, psicológicos. Entre os fatores concorrentes para o disparo e desenvolvimento da obesidade, o que prevalece na maioria dos casos é o consumo alimentar desequilibrado com superávit calórico diário em conjunto com estilo de vida sedentário^{1, 2}. O fato ocorrido em nosso estudo da prevalência da obesidade e do valor médio do IMC serem menores com o envelhecimento é esperado. O peso corporal tende a diminuir nos idosos devido à doença da sarcopenia, caracterizada pela redução da força e massa muscular¹⁴ que predispõe idosos ao aumento de riscos à sua saúde, como quedas, hospitalização, perda da independência física e morte prematura¹⁵. Desse modo, em idosos passa a ser essencial considerar a composição corporal para avaliar a quantidade de gordura e o estado nutricional¹⁶.

Com a terceira maior prevalência de DCNTs em nossa amostra, observamos o *Diabetes Mellitus*, em ambos os bairros e sexos. A razão para essa predominância pode ser a elevada prevalência de pacientes com os fatores de risco, tais como sobrepeso, obesidade, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo¹⁷. O *Diabetes Mellitus* se refere a uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia decorrente de defeitos na ação da insulina, da secreção de insulina ou ambos. A hiperglicemia crônica do diabetes está relacionada a danos em longo prazo, como disfunção e insuficiência de diferentes órgãos, principalmente, olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos¹⁸. Além de a doença em si ser prejudicial, o diabetes tem várias consequências relacionadas com maiores taxas de hospitalização, maiores necessidades de cuidados médicos, maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores. Desse modo, há grande ônus para os sistemas de saúde dos países latino-americanos, onde ainda há dificuldade no controle de doenças infecciosas¹⁹. O *Diabetes Mellitus* tipo 2 corresponde a 90-95% das pessoas com diabetes, referido também como diabetes adulto. A princípio, a vida destes pacientes é longa, não sendo necessário o tratamento com insulina para sobrevivência, mas apenas medicamentos específicos. As causas mais comuns para esse tipo de diabetes são sobrepeso, obesidade, sedentarismo e inflamação sistêmica crônica de grau elevado, juntamente com pré-disposição genética¹⁸. O *Diabetes Mellitus* tipo 1 representa apenas 5-10% das pessoas com diabetes, também denominado pelos termos diabetes insulino-dependente ou diabetes de início juvenil, sendo consequência da destruição autoimune das células Beta pancreáticas mediada por leucócitos¹⁸. Em nosso estudo, não foi diferenciado os tipos de diabetes.



Em relação aos hábitos alimentares, em ambos os sexos, observa-se baixa proporção de consumo de alimentos *light/diet*. Como houve uma prevalência considerável de diabéticos, é preciso conscientizar as pessoas com essa doença da importância de realizar trocas de alguns alimentos tradicionais por essas opções. A maioria dos homens (67%) não consome produtos derivados do leite por fermentação (iogurte, queijo e requeijão), e esse público precisa ser conscientizado sobre a importância desses alimentos. Uma vez que o consumo dos derivados fermentados do leite pode reduzir o risco de câncer colorretal, *Diabetes Mellitus* tipo 2, facilitar a manutenção do peso corporal e melhorar a saúde cardiovascular, óssea e gastrointestinal, além de prevenir o câncer de mama nas mulheres²⁰.

Outro fator merecedor de atenção é o consumo elevado de refrigerantes no público feminino. Os profissionais da ESF poderiam realizar orientações a respeito da importância da redução do consumo dessas bebidas²¹ e também incentivar essas mulheres para substituírem a bebida por água saborizada com frutas, ou raízes e folhas de sabor “refrescante” como o gengibre e a hortelã. Para ambos os sexos, é preciso incentivar a redução do consumo frequente de frituras, pois possuem maior densidade calórica e podem contribuir para a incidência do sobrepeso e obesidade. Além disso, podem aumentar o risco para problemas cardiovasculares e câncer de pulmão pelo modo de preparo desses alimentos envolverem a formação da acroleína, um componente derivado do glicerol dos triglicerídeos presentes no óleo da fritura²². O consumo frequente de biscoito recheado relatado é outro problema, pois esses alimentos são ricos em gorduras, incluindo algumas vezes a gordura *trans*, que aumentam as chances de doenças coronarianas²³. Os pontos positivos foram que a maior proporção da amostra opta por alimentos com pouco açúcar e/ou gorduras e também foi observado que a maioria dos respondentes consome vegetais diariamente ou com frequência, o que é um fator primário para a prevenção de DCNTs, inclusive para diversos tipos de câncer²⁴.

Para a prática de atividades físicas, a maior predominância para ambos os sexos foi no nível regular, porém, as mulheres apresentaram frequência de 20,4% no nível fraco e os homens ficaram com pouco menos de 6% neste nível. Assim, é preciso estimular os frequentadores dessa ESF, principalmente as mulheres, para melhorarem sua classificação da prática habitual de atividade física. No âmbito do SUS, a maior parte das ações realizadas pelos profissionais de Educação Física é voltada para a população idosa, englobando pessoas pertencentes ao nível secundário de atenção à saúde²⁵. Assim, como há prevalência elevada de DCNTs também nos adultos (18+ e 40+), são necessárias mais ações para esse público. Também é preciso maior investimento e atenção dos profissionais de Educação Física no nível da APS, uma vez que é possível conscientizar a população e prevenir DCNTs futuras. Nesse sentido, foi publicado no Diário Oficial da União a resolução nº 391, de 26 de agosto de 2020, do Conselho Federal de Educação Física, a qual reconhece a atuação

dos Profissionais de Educação Física no contexto hospitalar no âmbito do SUS em todos os níveis de atenção à saúde²⁶. Assim, os reflexos esperados desse reconhecimento são o aumento do número e da qualidade das ações realizadas pelos profissionais do movimento no âmbito da APS, o que pode contribuir para melhor qualidade de vida da população.

Conclusão

Concluimos que as DCNTs atingem proporção elevada da população da ESF de Presidente Prudente e as mais comuns são a hipertensão arterial, obesidade e *Diabetes Mellitus*. Ao mesmo tempo, cerca da metade deles não pratica hábitos alimentares adequados e apenas um terço dos adultos tem prática suficiente de atividades físicas. Neste estudo, foram coletadas as informações de apenas um posto da ESF que atende a dois bairros, o que nos leva a sugerir que outros postos da cidade também sejam objeto de levantamento semelhante. São necessárias mais ações e estímulo dos profissionais da saúde para alertar e conscientizar os frequentadores dessa ESF quanto a seus hábitos alimentares e de atividade física, principalmente, pela influência que exercem sobre seus filhos. A redução da prevalência futura das DCNTs dependerá da forma como educaremos as gerações subsequentes.

Agradecimentos

Enfermeira responsável pela Estratégia de Saúde da Família Vivian Trondoli Nascimento, agradecemos pelo auxílio na localização e compreensão dos prontuários.

Referências

1. Silva LS, Cotta RMM, Rosa CdOB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(5):343-50.
2. Malta DC, Gosch CS, Buss P, Rocha DG, Rezende R, Freitas PC, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. Cien Saude Colet. 2014;19(11):4341-50.
3. OMS. Global status report on noncommunicable diseases. 2010. [cited 2020 19 Sep]. Available from: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/.
4. OMS. Noncommunicable diseases. 2010. [cited 2020 19 Sep]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. 2012. [cited 2020 23 Jan]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf.
6. OMS. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* (London, England). 2004;363(9403):157-63.
7. Gomes AA, Pereira RA, Massae Yokoo EM. Caracterização do consumo alimentar de adultos por meio de questionário simplificado: contribuição para os estudos de vigilância alimentar e nutricional. *Cad Saude Colet*. 2015;23(4).
8. Baecke JA, Burema J, Frijters JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Amer J Clin Nutr*. 1982;36(5):936-42.
9. Florindo A, Latorre M. Validação e reprodutibilidade do questionário de Baecke de avaliação da atividade física habitual em homens adultos. *Rev Bras Med Esporte*. 2003;9(3):121-8.
10. Valério DF. Correlação do consumo máximo de oxigênio com os índices de aptidão física obtidos nos questionários IPAQ e BAECKE [Trabalho de Conclusão de Curso (graduação)]. Biblioteca Digital da UNICAMP: UNICAMP; 2011.
11. Chen SC, Lo TC, Chang JH, Kuo HW. Variations in aging, gender, menopause, and obesity and their effects on hypertension in taiwan. *Int J Hypertens*. 2014;2014:515297.
12. Hart JT, Savage W. Tudo Sobre Hipertensão Arterial. São Paulo: Editora Andrei; 2016.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. 2018.
14. Abdalla PP, Carvalho AS, Santos AP, Venturini ACR, Alves TC, Mota J, et al. Cut-off points of knee extension strength allometrically adjusted to identify sarcopenia risk in older adults: A cross-sectional study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;89:104100.
15. Abdalla PP, Carvalho AS, Santos AP, Venturini ACR, Alves TC, Mota J, et al. One-repetition submaximal protocol to measure knee extensor muscle strength among older adults with and without sarcopenia: a validation study. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2020;12(1):29.
16. Carvalho AS, Alves TC, Abdalla PP, Venturini ACR, Leites PDL, Machado DRL. Composição corporal funcional: breve revisão. *Cad Ed Fís Esp*. 2018;16(1):1-12.
17. Guariguata L, Brown C, Sobers N, Hambleton I, Samuels TA, Unwin N. An updated systematic review and meta-analysis on the social determinants of diabetes and related risk factors in the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e171.
18. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37(Supplement 1):S81.

19. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saude Publica*. 2003;19:S29-S36.
20. Savaiano DA, Hutkins RW. Yogurt, cultured fermented milk, and health: a systematic review. *Nutr Rev*. 2020.
21. Vargas-Garcia EJ, Evans CEL, Prestwich A, Sykes-Muskett BJ, Hooson J, Cade JE. Interventions to reduce consumption of sugar-sweetened beverages or increase water intake: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2017;18(11):1350-63.
22. Henning RJ, Johnson GT, Coyle JP, Harbison RD. Acrolein Can Cause Cardiovascular Disease: A Review. *Card Tox*. 2017;17(3):227-36.
23. Wanders AJ, Zock PL, Brouwer IA. Trans Fat Intake and Its Dietary Sources in General Populations Worldwide: A Systematic Review. *Nutrients*. 2017;9(8).
24. Hurtado-Barroso S, Trius-Soler M, Lamuela-Raventós RM, Zamora-Ros R. Vegetable and Fruit Consumption and Prognosis Among Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *Adv Nutr (Bethesda, Md)*. 2020.
25. Carvalho AS, Abdalla PP, Bueno Júnior CR. Atuação do profissional de educação física no sistema único de saúde: revisão sistemática. *Rev Bras Prom Saúde*. 2017;30(3).
26. CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Resolução N° 391, de 26 de Agosto de 2020. 2020. [cited 2020 19 Sep]. Available from Diário Oficial da União (DOU): <https://ilape.edu.br/download/confef-resolucao-no-391-de-26-de-agosto-de-2020/#>.