

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO DCNTS

Garantia de qualidade de vida

APRESENTADO POR:

INSTITUTO DE ESTUDOS E PROGRESSO DA CIÊNCIA
CARLOS EDUARDO DAS NEVES



**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE SOBRE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) EM MARICÁ/RJ**

*Prevalência de DCNT, Fatores de Risco e Proteção,
e Análise por Programas Sociais*

Maricá, RJ
Outubro de 2025



Sumário

1. RESUMO.....	7
2. INTRODUÇÃO.....	9
2.1 Contexto e Justificativa.....	9
2.2 Objetivos.....	11
3. METODOLOGIA.....	12
3.1 Desenho do Estudo.....	12
3.2 População e Amostra.....	12
3.3 Variáveis e Indicadores.....	13
3.4 Análise Estatística.....	14
4. RESULTADOS.....	15
4.1 Caracterização da Amostra.....	15
4.2 Prevalência de DCNT.....	17
4.3 Fatores de Risco Comportamentais.....	19
4.4 Fatores de Proteção.....	21
4.5 Análise por Distrito.....	23
4.6 Perfil Alimentar e DCNT.....	26
4.7 Análise por Programas Sociais.....	30
4.8 Análise Antropométrica e Estado Nutricional.....	39
4.8.1 Contextualização.....	39
4.8.2 Panorama do Estado Nutricional.....	39
4.8.3 Obesidade segundo Faixa Etária.....	40



4.8.4 Obesidade e Participação em Programas Sociais.....	41
4.8.5 Prevalência de Obesidade por Sexo.....	42
4.8.6 Indicadores Antropométricos por distritos e por faixa etária.....	43
4.8.7 Análise Multivariada — Razões de Prevalência.....	44
4.8.8 Janela de Oportunidade — População sem DCNT.....	47
4.8.9 Síntese e Discussão dos Resultados sobre obesidade.....	49
4.8.10 Implicações para Políticas Públicas.....	50
5. DISCUSSÃO.....	51
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES GERAIS.....	53
6.1. Promoção da alimentação saudável.....	54
6.2. Prevenção e controle de DCNT.....	54
6.3. Integração de políticas públicas.....	55
6.4. Monitoramento e avaliação.....	55
7. REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICE A — Nota Metodológica: Regressão de Poisson com Variância Robusta.....	60

6/16

g



Lista de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.....	15
Tabela 2. Prevalência de DCNT autorreferidas.....	17
Tabela 3. Prevalência de DCNT por faixa etária.....	17
Tabela 4. Prevalência de DCNT por distritos.....	18
Tabela 5. Prevalência de fatores de risco comportamentais.....	19
Tabela 6. Fatores de risco por distritos.....	20
Tabela 7. Fatores de risco por faixa etária.....	20
Tabela 8. Prevalência de fatores de proteção.....	21
Tabela 9. Fatores de proteção por distritos.....	22
Tabela 10. Fatores de proteção por faixa etária.....	22
Tabela 11. Perfil alimentar comparativo — com e sem DCNT.....	25
Tabela 12. Síntese das diferenças no perfil alimentar.....	27
Tabela 13. Perfil alimentar por distritos em percentuais.....	27
Tabela 14. Perfil alimentar de pessoas com DCNT por distritos em percentuais.....	28
Tabela 15. Distribuição de beneficiários por distritos.....	29
Tabela 16. Prevalência de DCNT — Beneficiários vs Não-beneficiários.....	30
Tabela 17. Fatores de risco — Beneficiários vs Não-beneficiários.....	31
Tabela 18. Fatores de proteção — Beneficiários vs Não-beneficiários.....	32
Tabela 19. Prevalência de DCNT em beneficiários por distritos.....	32
Tabela 20. Comparativo por tipo de benefício.....	33
Tabela 21. Comparativo por tipo de benefício e distritos.....	33
Tabela 22. DCNT por tipo de benefício e faixa etária.....	35
Tabela 23. Prevalência de DCNT por Benefício e Faixa Etária — Centro.....	35
Tabela 24. Prevalência de DCNT por Benefício e Faixa Etária — Inoã.....	36
Tabela 25. Prevalência de DCNT por Benefício e Faixa Etária — Itaipuaçu.....	37
Tabela 26. Prevalência de DCNT por Benefício e Faixa Etária — Ponta Negra.....	37
Tabela 27. Indicadores antropométricos segundo distrito de residencia.....	39

CPM

JA



Tabela 28. Indicadores antropométricos segundo faixa etária.....	40
Tabela 29. Indicadores antropométricos segundo status de beneficiários.....	40
Tabela 30. Comparação de prevalência de obesidade entre beneficiários e não-beneficiários.....	41
Tabela 31. Indicadores antropométricos por status de beneficiário e distritos.....	42
Tabela 32. Indicadores antropométricos por status de beneficiário e faixa etária.....	43
Tabela 33. Razões de Prevalência para obesidade — Modelo ajustado por idade e sexo.....	44
Tabela 34. Razões de Prevalência para obesidade — Modelo completo (idade, sexo e distrito).	45
Tabela 35. Perfil de risco da população sem DCNT segundo distritos.....	46
Tabela 36. Perfil de risco da população sem DCNT segundo faixa etária.....	46
Tabela 37. Perfil de risco da população sem DCNT segundo status de beneficiários.....	47
Tabela 38. Perfil de risco da população sem DCNT por benefício e distritos.....	47

Lista de Figuras

Figura 1. Distribuição etária por distritos.....	16
Figura 2. Prevalência de DCNT por distritos.....	18
Figura 3. Comparativo de indicadores comportamentais por distritos.....	23
Figura 4. Comparação de hábitos alimentares por status de DCNT.....	26
Figura 5. Prevalência de hábitos alimentares por distritos.....	29
Figura 6. Prevalência de DCNT segundo status de beneficiário.....	31
Figura 7. Prevalência de obesidade por sexo.....	42

Lista de Quadros

Quadro 1. Perfil sintético por distritos.....	23
Quadro 2. Perfil sintético de beneficiários por distritos.....	32

Handwritten signature

Handwritten signature



1. RESUMO

Este relatório apresenta os resultados do Inquérito Epidemiológico sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), realizado no município de Maricá, Rio de Janeiro, no ano de 2024-2025. O estudo teve como objetivo investigar a prevalência de DCNT autorreferidas, bem como fatores de risco e de proteção comportamentais, com estratificação por distritos, idade e análise específica segundo a participação em programas sociais. A amostra válida foi composta por 11.801 participantes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, distribuídos nos quatro distritos do município: Centro, Inoã, Itaipuaçu e Ponta Negra com base em amostragem por conveniência (não probabilística). Todavia, para mitigação de possíveis vieses amostrais, foram aplicados pesos de pós-estratificação com base nos dados do Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Os resultados evidenciam prevalências expressivas de DCNT na população adulta de Maricá, com destaque para a hipertensão arterial, que atingiu 26,2% dos entrevistados, seguida pelo diabetes mellitus, com prevalência de 12,3%, pelo colesterol elevado, observado em 8,2% da amostra, e pelos triglicérides elevados, presentes em 3,2% dos participantes. Observou-se ainda que 32,4% dos indivíduos relataram a presença de pelo menos uma DCNT. No que se refere aos fatores de risco comportamentais, verificou-se elevada frequência de consumo regular de alimentos ultraprocessados, reportada por 48,1% dos participantes, além do consumo regular de refrigerantes por 11,5% e do consumo frequente de bebidas alcoólicas por 8,9% da amostra.

A análise antropométrica, realizada em subamostra de 10.907 adultos com medidas válidas, revelou prevalência de obesidade de 33,4%, superando em mais de 10 pontos percentuais a média nacional. Nesse contexto, é importante considerar que os resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que estão sujeitos a limitações inerentes ao desenho do estudo, o que restringe a realização de inferências populacionais mais amplas, ainda que tenham sido aplicados procedimentos de pós-estratificação para redução de vieses amostrais. Ainda assim, os dados indicam elevada prevalência de excesso de peso na

A handwritten signature in blue ink, located in the bottom left corner of the page.

A handwritten signature in blue ink, located in the bottom right corner of the page.



população adulta, que atingiu 64,2% dos participantes. Observou-se maior prevalência de obesidade entre mulheres, com 36,5%, em comparação aos homens, com 28,7%, bem como na faixa etária de 40 a 59 anos, na qual a prevalência alcançou 40,2%. Beneficiários de programas sociais apresentaram prevalência de obesidade 14,7% maior que não-beneficiários após ajuste multivariado ($RP=1,09$; $IC95\%: 1,02-1,17$)¹, enquanto as diferenças entre distritos não foram estatisticamente significativas quando controladas por idade, sexo e condição socioeconômica.

Em relação aos fatores de proteção, os resultados indicam que 45,8% dos entrevistados relataram consumo regular de frutas, 52,0% consumo regular de hortaliças e 71,9% consumo regular de feijão. A análise segundo a participação em programas sociais revelou que beneficiários de iniciativas como Mumbuca, Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS) apresentaram prevalências mais elevadas de DCNT quando comparados aos não beneficiários. Essas diferenças são parcialmente explicadas pela estrutura etária desses grupos, especialmente no caso do BPC/LOAS, que atende predominantemente a população idosa.

Os achados do estudo apontam para a necessidade de estratégias integradas de promoção da saúde e prevenção das DCNT, com especial atenção aos territórios distritais e aos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade social. A elevada prevalência de obesidade e sua associação com a participação em programas de proteção social reforçam a importância de articular ações de promoção da alimentação saudável e atividade física às políticas de assistência social. Nesse contexto, a articulação entre políticas públicas de saúde e de assistência social se apresenta como elemento central para ampliar o alcance e a efetividade das ações preventivas no município.

¹ RP (Razão de Prevalência) foi estimada por regressão de Poisson com variância robusta e expressa a comparação da prevalência de obesidade entre os grupos analisados. Valores de RP maiores que 1 indicam maior prevalência no grupo exposto em relação ao grupo de referência. O IC95% (intervalo de confiança de 95%) indica a margem de incerteza da estimativa; quando todo o intervalo está acima de 1, a diferença entre os grupos é considerada estatisticamente significativa.



Palavras-chave: *Doenças crônicas não transmissíveis; Inquérito epidemiológico; Fatores de risco; Obesidade; Programas sociais; Vigilância em saúde.*

2. INTRODUÇÃO

2.1 Contexto e Justificativa

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um dos principais desafios para os sistemas de saúde em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT são responsáveis por aproximadamente 71% de todas as mortes globais, representando cerca de 41 milhões de óbitos anuais. No Brasil, esse grupo de doenças responde por mais de 70% das causas de morte, com destaque para as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas (MALTA et al., 2017; WHO, 2018).

O município de Maricá, localizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, tem experimentado intenso crescimento populacional e desenvolvimento econômico nas últimas décadas, impulsionado principalmente pelos royalties do petróleo. Esse contexto de rápida transformação social e econômica torna particularmente relevante o monitoramento das condições de saúde da população, especialmente no que se refere às DCNT e seus fatores de risco.

O Inquérito Epidemiológico sobre DCNT em Maricá surge como iniciativa pioneira para conhecer o perfil de saúde da população adulta do município, com ênfase nas principais doenças crônicas autorreferidas e nos comportamentos de risco e proteção associados. Além da análise territorial por distritos, o estudo inova ao incorporar uma análise específica por programas sociais, permitindo identificar possíveis dissimilaridades em saúde entre beneficiários e não-beneficiários.

Handwritten signature/initials in the bottom left corner.

Handwritten signature/initials in the bottom right corner.



Esta abordagem integrada entre saúde e assistência social é particularmente pertinente em Maricá, município que se destaca por suas políticas sociais inovadoras, incluindo o programa Renda Básica de Cidadania que beneficia parcela significativa da população. Compreender o perfil de saúde dos beneficiários de programas sociais pode subsidiar estratégias mais efetivas de promoção da saúde e prevenção de doenças nessa população.

O presente inquérito incorpora ainda uma análise antropométrica detalhada da população adulta, com aferição de peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). A obesidade, reconhecida como fator de risco central para o desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias e doenças cardiovasculares, tem apresentado crescimento acelerado no Brasil e no mundo, configurando uma pandemia de proporções globais (NCD-RisC, 2017). Segundo dados do VIGITEL 2023, a prevalência de obesidade em adultos brasileiros alcançou 22,3%, com tendência de aumento progressivo nas últimas décadas (BRASIL, 2024).

A inclusão da dimensão antropométrica neste inquérito permite não apenas dimensionar a magnitude do excesso de peso na população de Maricá, mas também investigar sua associação com determinantes sociais, especialmente a participação em programas de proteção social. Esta análise é particularmente relevante considerando as evidências de que a insegurança alimentar e a vulnerabilidade socioeconômica estão paradoxalmente associadas tanto à desnutrição quanto à obesidade — fenômeno conhecido como "dupla carga nutricional" (MONTEIRO et al., 2004).

Assim, este relatório apresenta uma visão abrangente da situação de saúde da população adulta de Maricá, integrando a análise de DCNT autorreferidas, fatores de risco comportamentais, perfil antropométrico e sua distribuição segundo territórios e condição de beneficiário de programas sociais. Os resultados aqui apresentados visam subsidiar o planejamento de políticas públicas integradas de saúde e assistência social, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde e o enfrentamento das DCNT no âmbito municipal.

600

9



2.2 Objetivos

Objetivo Geral:

Caracterizar a prevalência de DCNT autorreferidas, fatores de risco e proteção comportamentais, e perfil antropométrico na população adulta de Maricá/RJ, com estratificação por distrito e análise segundo participação em programas sociais.

Objetivos Específicos:

- Estimar a prevalência de hipertensão arterial, diabetes mellitus, colesterol elevado e triglicerídeos elevados autorreferidos;
- Identificar a prevalência de fatores de risco comportamentais (alimentação inadequada, consumo de álcool, sedentarismo, tabagismo);
- Avaliar a prevalência de fatores de proteção (consumo de frutas, hortaliças, feijão, atividade física);
- Analisar a distribuição territorial das DCNT e seus fatores associados por distrito;
- Comparar o perfil de saúde entre beneficiários e não-beneficiários de programas sociais;
- Fornecer subsídios para o planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT no município.
- Descrever o perfil antropométrico da população adulta, incluindo prevalência de sobrepeso, segundo distrito, faixa etária e sexo;
- Investigar a associação entre participação em programas de proteção social e prevalência de obesidade;
- Identificar fatores associados à obesidade mediante análise multivariada por regressão de Poisson com variância robusta;
- Caracterizar o perfil de risco modificável na população sem diagnóstico prévio de DCNT ("janela de oportunidade" para prevenção primária).

A handwritten signature in blue ink, located in the bottom right corner of the page.



3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, de base populacional, realizado no município de Maricá, Rio de Janeiro, nos anos de 2024-2025. O inquérito foi conduzido por entrevistadores treinados, utilizando questionário estruturado aplicado de forma presencial nos domicílios, postos itinerantes, postos fixos e em repartições públicas do município.

O estudo seguiu os princípios metodológicos do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), adaptado para aplicação presencial e com módulos específicos sobre programas sociais locais.

Além das informações autorreferidas sobre DCNT e comportamentos de saúde, o inquérito incluiu módulo de avaliação antropométrica com aferição padronizada de peso corporal e altura. As medidas foram realizadas por entrevistadores capacitados, utilizando balanças digitais portáteis calibradas e estadiômetros portáteis, seguindo protocolos padronizados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

3.2 População e Amostra

A população de referência foi constituída por adultos (18 anos ou mais) residentes no município de Maricá. A amostra final foi composta por 11.801 participantes, distribuídos nos quatro distritos: Centro (n=6.361), Inoã (n=2.489), Itaipuaçu (n=1.692) e Ponta Negra (n=1.259).

Para a mitigação de possíveis vieses decorrentes do desenho amostral, foram calculados pesos de pós-estratificação utilizando como referência a distribuição populacional por distrito e faixa etária e sexo do Censo Demográfico 2022 do IBGE. Os pesos foram

6/10

9



calculados como a razão entre a proporção populacional esperada e a proporção amostral observada em cada estrato, permitindo que as estimativas reflitam mais adequadamente a estrutura demográfica do município.

3.3 Variáveis e Indicadores

DCNT autorreferidas:

- Hipertensão arterial: diagnóstico médico prévio autorreferido
- Diabetes mellitus: diagnóstico médico prévio autorreferido
- Colesterol elevado: diagnóstico médico prévio autorreferido
- Triglicerídeos elevados: diagnóstico médico prévio autorreferido

Indicadores antropométricos:

- Índice de Massa Corporal (IMC): calculado pela razão peso (kg) / altura² (m²)
- Baixo peso: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$
- Eutrofia: $18,5 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$
- Sobrepeso: $25 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$
- Obesidade: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$
- Excesso de peso: $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso + obesidade)

Fatores de risco comportamentais:

- Consumo regular de refrigerante: ≥ 5 dias por semana
- Consumo de ultraprocessados: consumo médio ≥ 2 dias por semana (hambúrguer, pizza, salsicha)
- Consumo frequente de álcool: ≥ 3 dias por semana

Handwritten signature

Handwritten signature



- Tabagismo: uso atual de produtos de tabaco
- Sedentarismo: ausência de prática de atividade física no lazer

Fatores de proteção:

- Consumo regular de frutas: ≥ 5 dias por semana
- Consumo regular de hortaliças: ≥ 5 dias por semana
- Consumo regular de feijão: ≥ 5 dias por semana
- Prática de atividade física no lazer

3.4 Análise Estatística

Todas as análises foram realizadas utilizando estimativas ponderadas por pós-estratificação. Os pesos amostrais foram calculados considerando a distribuição conjunta de distritos, faixa etária e sexo, tendo como referência os dados do Censo 2022 do IBGE para o município de Maricá.

As prevalências foram calculadas como proporções ponderadas, acompanhadas de intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As análises estratificadas permitiram comparar os indicadores por faixa etária (18-39, 40-59, 60+ anos), distrito (Centro, Inoã, Itaipuaçu, Ponta Negra) e status de beneficiário de programas sociais.

Para a análise comparativa entre beneficiários e não-beneficiários de programas sociais, foram calculadas diferenças em pontos percentuais e, quando pertinente, realizadas estratificações por faixa etária.

Para a análise dos fatores associados à obesidade, utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta, método recomendado para estudos transversais com desfechos de prevalência elevada ($>10\%$). Esta abordagem fornece estimativas de Razão de Prevalência

END

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'S' followed by a flourish.



(RP) diretamente interpretáveis, evitando a superestimação inerente à *Odds Ratio* da regressão logística quando o desfecho é frequente (BARROS; HIRAKATA, 2003).²

Os modelos de regressão foram construídos em três etapas: (i) modelo bruto, avaliando cada variável isoladamente; (ii) modelo ajustado por faixa etária e sexo; e (iii) modelo completo, incluindo adicionalmente o distrito de residência. Os pressupostos do modelo foram verificados mediante análise de colinearidade pelo Fator de Inflação da Variância ($VIF < 5$), avaliação de dispersão pelo parâmetro ϕ (razão deviance/graus de liberdade) e verificação de convergência algorítmica.

Adicionalmente, foi realizada análise comparativa entre Razão de Prevalência (regressão de Poisson) e Odds Ratio (regressão logística) para demonstrar a magnitude da superestimação evitada pela escolha metodológica.

As análises foram conduzidas utilizando programação em linguagem Python 3.13.5, com os pacotes pandas para manipulação de dados, numpy para cálculos numéricos, matplotlib para visualização gráfica e statsmodels para modelagem estatística (regressão de Poisson e logística).

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização da Amostra

A amostra foi composta por 11.801 adultos residentes em Maricá, com idade média ponderada de 46,2 anos. A distribuição por faixa etária revelou: 4.829 participantes (18 a 39 anos), 4.551 participantes (40 a 59 anos) e 2.421 participantes (60 anos ou mais).

A distribuição geográfica da amostra contemplou os quatro distritos do município, conforme apresentado na Tabela 1.

² A regressão de Poisson com variância robusta permite estimar diretamente a Razão de Prevalência, medida mais apropriada em estudos transversais com desfechos frequentes, enquanto a Odds Ratio da regressão logística pode superestimar associações quando a prevalência é elevada.



Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Distrito	n	% ponderado
Centro	6.361	40,1
Inoã	2.489	18,1
Itaipuaçu	1.692	30,1
Ponta Negra	1.259	11,6

n = 11.801.

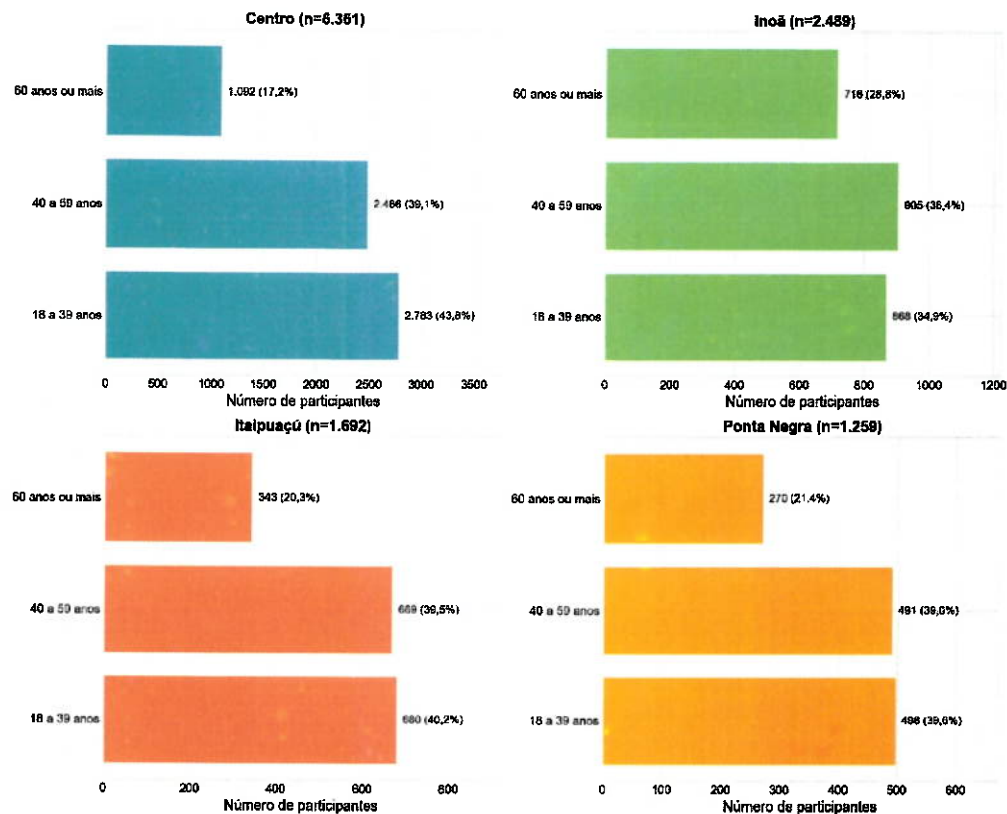
A Figura 1 ilustra a distribuição etária em cada distrito, evidenciando o perfil demográfico de cada território.

pph

g



Figura 1. Distribuição etária por distritos.



n = 11.801.

4.2 Prevalência de DCNT

A prevalência de DCNT autorreferidas na população adulta de Maricá revelou valores elevados, especialmente para hipertensão arterial. Conforme apresentado na Tabela 2, a hipertensão arterial foi a condição mais prevalente, afetando 26,2% (IC 95%: 25,4–27,0%) da população adulta, seguida pelo diabetes mellitus com 12,3% (IC 95%: 11,7–12,9%).



O colesterol elevado foi referido por 8,2% dos participantes, enquanto os triglicerídeos elevados atingiram 3,2% da população estudada. No conjunto, 32,4% dos adultos de Maricá referiram pelo menos uma DCNT investigada.

Tabela 2. Prevalência de DCNT autorreferidas.

Condição	n	Prevalência (%)	IC 95%
Hipertensão arterial	298 4	26,2	(25,3 – 27,1)
Diabetes mellitus	140 5	12,3	(11,7 – 13,0)
Colesterol elevado	975	8,2	(7,6 – 8,8)
Triglicerídeos elevados	369	3,2	(2,8 – 3,6)
Pelo menos uma DCNT	371 5	32,4	(31,5 – 33,4)

n = 11.801. IC = intervalo de confiança considerando efeito do desenho amostral.

A análise por faixa etária (Tabela 3) demonstrou o esperado gradiente de aumento da prevalência de DCNT com o avançar da idade. Na faixa de 60 anos ou mais, as prevalências foram significativamente mais elevadas para todas as condições investigadas, refletindo o caráter cumulativo dessas doenças ao longo da vida.

Tabela 3. Prevalência de DCNT por faixa etária.

Faixa etária	n	Hipertensão	Diabetes	Colesterol	Triglicerídeos
18 a 39 anos	482 9	6,1	2,3	2,1	0,8



Faixa etária	n	Hipertensã o	Diabete s	Colestero l	Triglicerídeo s
40 a 59 anos	455 1	29,5	11,8	8,8	3,2
60 anos ou mais	242 1	51,6	28,5	16,7	6,8

n = 11.801

A análise territorial (Tabela 4 e Figura 2) revelou heterogeneidade na distribuição das DCNT entre os distritos. Essas diferenças podem refletir características socioeconômicas, acesso a serviços de saúde e padrões comportamentais específicos de cada território.

Tabela 4. Prevalência de DCNT por distritos.

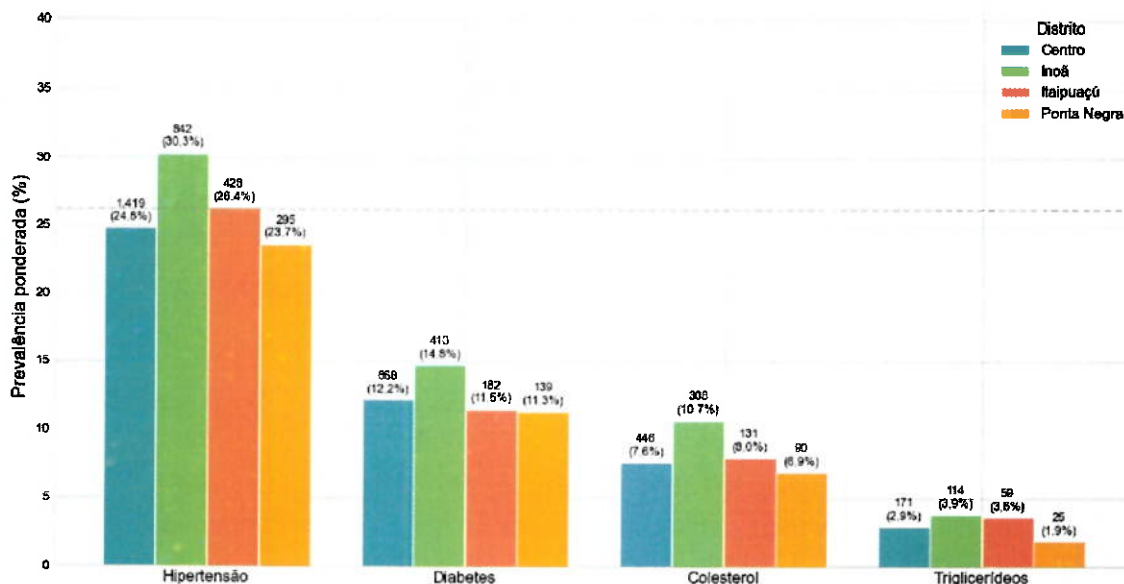
Distrito	n	Hipertensã o	Diabete s	Colestero l	Triglicerídeo s
Centro	6361	24,8	12,2	7,6	2,9
Inoã	2489	30,3	14,8	10,7	3,9
Itaipuaçu	1692	26,4	11,5	8,0	3,6
Ponta Negra	1259	23,7	11,3	6,9	1,9
Total (pond.)	1180 1	26,2	12,3	8,2	3,2

n = 11.801

Knd



Figura 2. Prevalência de DCNT por distritos.



n = 11.801

4.3 Fatores de Risco Comportamentais

A investigação dos fatores de risco comportamentais (Tabela 5) revelou prevalências preocupantes de hábitos prejudiciais à saúde na população de Maricá.

Tabela 5. Prevalência de fatores de risco comportamentais.

Fator de risco	n	Prevalência (%)	IC 95%
Refrigerante (≥5d/sem)	1349	11,5	(10,9 – 12,2)
Doces (≥5d/sem)	3171	26,1	(25,2 – 27,0)
Ultraproc. (≥2d/sem)	5774	48,1	(47,1 – 49,2)
Carne vermelha	193	16,5	(15,8 –



Fator de risco	n	Prevalência (%)	IC 95%
(≥5d/sem)	3		17,3)
Álcool (≥3d/sem)	101 1	8,9	(8,3 – 9,5)
Tabagismo	161 0	14,5	(13,8 – 15,2)
Sedentarismo	520 8	43,5	(42,5 – 44,5)

n = 11.801

Entre os fatores de risco comportamentais investigados, observou-se elevada prevalência de consumo regular de alimentos ultraprocessados, que se configurou como o comportamento de maior frequência na população adulta, atingindo 48,1% dos participantes. Em seguida, destacou-se o sedentarismo, referido por 43,5% da amostra, evidenciando a expressiva proporção de indivíduos com baixos níveis de atividade física. O consumo frequente de doces também apresentou prevalência relevante, alcançando 26,1% da população estudada, seguido pelo consumo regular de carne vermelha, observado em 16,5% dos entrevistados e pelo tabagismo, com 14,5%. O consumo frequente de refrigerantes foi relatado por 11,5% dos participantes, enquanto o consumo regular de bebidas alcoólicas, definido como ingestão em três ou mais dias por semana, apresentou a menor prevalência entre os fatores analisados, atingindo 8,9% da população adulta.

Esses achados evidenciam um padrão de exposição comportamental marcado principalmente por hábitos alimentares não saudáveis e baixos níveis de atividade física, reforçando a necessidade de estratégias integradas de educação alimentar, incentivo à prática de atividade física e promoção de estilos de vida saudáveis, com foco prioritário nos comportamentos de maior prevalência identificados no estudo.

A análise por distrito (Tabela 6) e faixa etária (Tabela 7) permitiu identificar grupos e territórios prioritários para intervenção. Observou-se que os fatores de risco comportamentais

KPD

JS



tendem a ser mais prevalentes nas faixas etárias mais jovens, sugerindo janela de oportunidade para ações preventivas precoces.

Tabela 6. Fatores de risco por distritos.

Distrito	n	Refri .	Doce s	Ultraproc .	Carn e	Álcool l	Tabac o	Sedent .
Centro	6361	11,2	27,4	48,7	16,9	9,3	12,8	41,5
Inoã	2489	11,8	22,7	47,5	14,9	7,9	15,2	53,3
Itaipuaçu	1692	11,8	27,1	47,7	16,6	8,3	15,9	41,4
Ponta Negra	1259	11,5	24,6	48,5	17,7	10,9	15,4	40,6
Total (pond.)	11801	11,5	26,1	48,1	16,5	8,9	14,5	43,5

n = 11.801

Tabela 7. Fatores de risco por faixa etária.

Faixa etária	N	Refri .	Doce s	Ultraproc .	Carn e	Álcool l	Tabac o	Sedent .
18 a 39 anos	4.829	17,5	33,2	62,1	21,7	11,4	17,1	39,7
40 a 59 anos	4.551	10,1	24,6	46,9	14,9	8,7	13,8	47,4
60 anos ou mais	2.421	4,7	17,7	28,8	11,2	5,6	11,6	43,3
Total (pond.)	11.801	11,5	26,1	48,1	16,5	8,9	14,5	43,5

n = 11.801. Refri.=Refrigerante (≥ 5 d/sem), Ultraproc.=Ultraprocessados (≥ 2 d/sem), Álcool=Álcool (≥ 3 d/sem), Sedent.=Sedentarismo

4.4 Fatores de Proteção

KNO

g



Os fatores de proteção investigados (Tabela 8) evidenciam um padrão heterogêneo de adesão a comportamentos saudáveis na população adulta de Maricá. O consumo regular de peixe, definido como ingestão em pelo menos um dia por semana, apresentou a maior prevalência entre os indicadores analisados, alcançando 84,7% da população, seguido pelo baixo consumo de refrigerantes, referido por 74,9% dos participantes. O consumo regular de feijão, alimento tradicional da dieta brasileira, também se destacou, com prevalência de 71,9%, configurando-se como um dos principais componentes protetores observados.

Tabela 8. Prevalência de fatores de proteção.

Fator de proteção	n	Prevalência (%)	IC 95%
Consumo regular de frutas (≥ 5 d/sem)	538 8	45,8	(44,8 – 46,8)
Consumo regular de hortaliças (≥ 5 d/sem)	615 7	52,0	(51,0 – 53,1)
Consumo regular de feijão (≥ 5 d/sem)	844 1	71,9	(71,0 – 72,9)
Consumo regular de peixe (≥ 1 d/sem)	988 8	84,7	(84,0 – 85,4)
Baixo consumo de refrigerante (≤ 1 d/sem)	882 9	74,9	(74,0 – 75,8)
Prática de atividade física	659 3	56,5	(55,5 – 57,5)

n = 11.801. IC = intervalo de confiança considerando efeito do desenho amostral.

No que se refere aos alimentos in natura de origem vegetal, o consumo regular de hortaliças foi relatado por 52,0% dos participantes, enquanto o consumo regular de frutas atingiu 45,8%. Esses resultados indicam que uma parcela expressiva da população não atinge as recomendações de consumo diário de frutas e hortaliças preconizadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, apontando para a necessidade de fortalecimento de ações de promoção da alimentação saudável voltadas a esses grupos alimentares. A prática regular de



atividade física foi referida por 56,5% dos entrevistados, sugerindo espaço relevante para ampliação de estratégias de incentivo a estilos de vida ativos no município.

A análise territorial (Tabela 9) e por faixa etária (Tabela 10) dos fatores de proteção complementa o panorama dos comportamentos em saúde da população de Maricá.

Tabela 9. Fatores de proteção por distritos.

Distrito	n	Frutas (≥5d/sem)	Hortaliças (≥5d/sem)	Feijão (≥5d/sem)	Peixe (≥1d/sem)	Baixo refri. (≤1d/sem)
Centro	6361	48,0	52,1	72,6	83,5	74,9
Inoã	2489	37,8	50,3	75,3	84,0	76,4
Itaipuaçu	1692	47,4	52,9	69,1	85,5	74,3
Ponta Negra	1259	46,6	52,5	71,9	88,1	74,5
Total (pond.)	11801	45,8	52,0	71,9	84,7	74,9

n = 11.801.

Tabela 10. Fatores de proteção por faixa etária.

Faixa etária	n	Frutas	Hortaliças	Feijão	Peixe	Baixo refri.
18 a 39 anos	4.829	41,2	46,0	72,4	78,7	63,6
40 a 59 anos	4.551	44,4	53,9	70,7	86,8	77,6
60 anos ou mais	2.421	55,0	58,4	73,2	90,6	88,0
Total (pond.)	11.801	45,8	52,0	71,9	84,7	74,9

n = 11.801. Frutas e Hortaliças = ≥5d/sem; Feijão = ≥5d/sem; Peixe = ≥1d/sem; Baixo refri. = ≤1d/sem

16720



4.5 Análise por Distrito

A análise detalhada por distrito (Quadro 1) permitiu traçar perfis sintéticos de cada território, identificando prioridades locais para intervenção. A Figura 3 apresenta o comparativo de indicadores comportamentais entre os distritos, incluindo tanto fatores de risco quanto de proteção, permitindo visualizar de forma integrada os padrões alimentares, comportamentais e de estilo de vida associados às DCNT no território.

RAZ

J

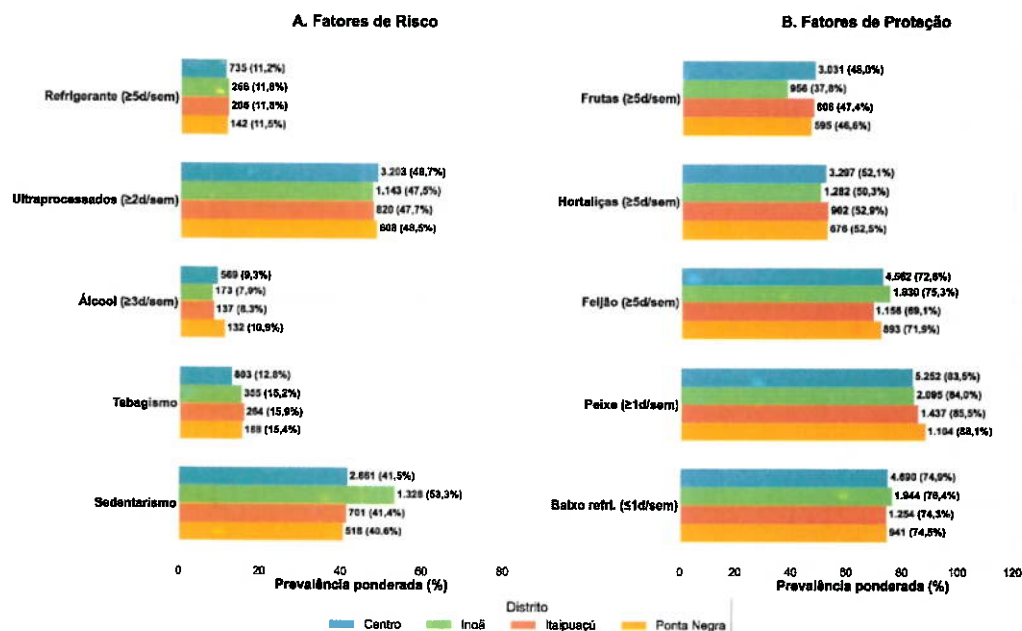


Quadro 1. Perfil sintético por distritos.

Indicador	Centro	Inoã	Itaipuaçu	Ponta Negra
PERFIL DEMOGRÁFICO				
Amostra (n)	6.361	2.489	1.692	1.259
% do total	53,9%	21,1%	14,3%	10,7%
Idade média (anos)	46,1	46,6	46,1	45,9
PREVALÊNCIA DE DCNT				
Hipertensão (%)	24,8	30,3	26,4	23,7
Diabetes (%)	12,2	14,8	11,5	11,3
Colesterol alto (%)	7,6	10,7	8,0	6,9
Triglicerídeos alto (%)	2,9	3,9	3,6	1,9
FATORES DE RISCO				
Refrigerante ≥5d/sem (%)	11,2	11,8	11,8	11,5
Ultraprocessados ≥2d/sem (%)	48,7	47,5	47,7	48,5
Álcool ≥3d/sem (%)	9,3	7,9	8,3	10,9
Tabagismo (%)	12,8	15,2	15,9	15,4
Sedentarismo (%)	41,5	53,3	41,4	40,6
FATORES DE PROTEÇÃO				
Frutas ≥5d/sem (%)	48,0	37,8	47,4	46,6
Hortaliças ≥5d/sem (%)	52,1	50,3	52,9	52,5
Feijão ≥5d/sem (%)	72,6	75,3	69,1	71,9

n = 11.801

Figura 3. Comparativo de indicadores comportamentais por distritos.





n = 11.801

O distrito de Inoã apresentou o perfil epidemiológico mais desfavorável, concentrando as maiores prevalências de hipertensão (30,3%), diabetes (14,8%), colesterol elevado (10,7%) e triglicerídeos elevados (3,9%), além do maior percentual de sedentarismo (53,3%). Esse padrão é coerente com os dados da Figura 3, que evidenciam maior proporção de inatividade física no distrito, associada a níveis relativamente elevados de consumo de ultraprocessados e menor consumo regular de frutas, configurando um cenário de maior vulnerabilidade às DCNT.

O Centro, embora concentre a maior proporção da amostra (53,9%), apresenta um perfil intermediário de DCNT, destacando-se positivamente nos fatores de proteção. Conforme observado na Figura 3, o distrito apresenta maior consumo regular de frutas, hortaliças e feijão, além de baixos níveis relativos de sedentarismo, o que pode refletir maior acesso a equipamentos urbanos, comércio de alimentos in natura e serviços de saúde.

Itaipuaçu apresenta um padrão misto, com prevalências elevadas de tabagismo (15,9%) e consumo relevante de álcool ao mesmo tempo em que mantém bons indicadores de consumo de hortaliças e frutas. Essa coexistência de fatores de risco e proteção indica um perfil epidemiológico híbrido, no qual estratégias isoladas são insuficientes, demandando intervenções integradas de promoção da saúde e prevenção de comportamentos nocivos.

Já Ponta Negra, apesar de apresentar as menores prevalências de hipertensão (23,7%), colesterol elevado (6,9%) e triglicerídeos elevados (1,9%), destaca-se negativamente pelo maior consumo regular de álcool (≥ 3 dias/semana) e níveis elevados de tabagismo.

Esse padrão sugere um perfil de risco predominantemente comportamental, com maior potencial de impacto de ações preventivas precoces, especialmente voltadas à redução de consumo de substâncias e promoção de estilos de vida saudáveis.

De forma geral, a Figura 3 evidencia uma homogeneidade no consumo de ultraprocessados entre os distritos, indicando que esse fator de risco é estrutural no município e não territorialmente concentrado, exigindo políticas públicas transversais e intersetoriais. Em

KTCO

g



contrapartida, os fatores de proteção alimentares (frutas, hortaliças, feijão e consumo de peixe) apresentam variação territorial significativa, revelando desigualdades no acesso, na oferta alimentar e nos padrões culturais de consumo.

Essas diferenças territoriais refletem não apenas características socioeconômicas e urbanísticas distintas, mas também desigualdades no acesso a serviços de saúde, infraestrutura urbana e oportunidades de prática de atividade física. Assim, a análise integrada do Quadro 1 e da Figura 3 consolida a abordagem territorial como ferramenta estratégica para o planejamento de ações de promoção da saúde, permitindo a alocação mais eficiente de recursos e a personalização das estratégias de intervenção conforme os perfis epidemiológicos e comportamentais específicos de cada distrito.

4.6 Perfil Alimentar e DCNT

A análise do perfil alimentar comparativo entre pessoas com e sem DCNT (Tabela 11 e Figura 4) revelou diferenças importantes nos hábitos alimentares. É fundamental destacar que, por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer relações causais entre alimentação e doenças.

Tabela 11. Perfil alimentar comparativo — com e sem DCNT.

Hábito alimentar	Com HAS (%)	Sem HAS (%)	Δ HAS (pp)	Com DM (%)	Sem DM (%)	Δ DM (pp)	Com Col. Alto (%)	Sem Col. Alto (%)	Δ Col. Alto (pp)	Com Trig. Alto (%)	Sem Trig. Alto (%)	Δ Trig. Alto (pp)
Frutas (≥5d/sem)	48.0	45.0	+3.0	51.7	45.0	+6.8	50.6	45.4	+5.2	49.1	45.7	+3.5
Hortaliças (≥5d/sem)	55.5	50.8	+4.7	59.9	50.9	+9.0	58.5	51.4	+7.1	57.9	51.8	+6.0
Feijão (≥5d/sem)	71.4	72.1	-0.7	72.6	71.8	+0.8	68.8	72.2	-3.4	69.3	72.0	-2.7



Hábito alimentar	Com HAS (%)	Sem HAS (%)	Δ HAS (pp)	Com DM (%)	Sem DM (%)	Δ DM (pp)	Com Col. Alto (%)	Sem Col. Alto (%)	Δ Col. Alto (pp)	Com Trig. Alto (%)	Sem Trig. Alto (%)	Δ Trig. Alto (pp)
Refrigerante (≥5d/sem)	7.4	13.0	-5.6	6.8	12.2	-5.4	6.2	12.0	-5.8	6.1	11.7	-5.6
Ultraproc. (≥2d/sem)	38.5	51.6	-13.0	34.4	50.1	-15.7	38.5	49.0	-10.5	30.5	48.7	-18.2
Alcool (≥3d/sem)	7.3	9.5	-2.2	5.2	9.5	-4.3	6.2	9.2	-3.0	6.1	9.0	-2.9

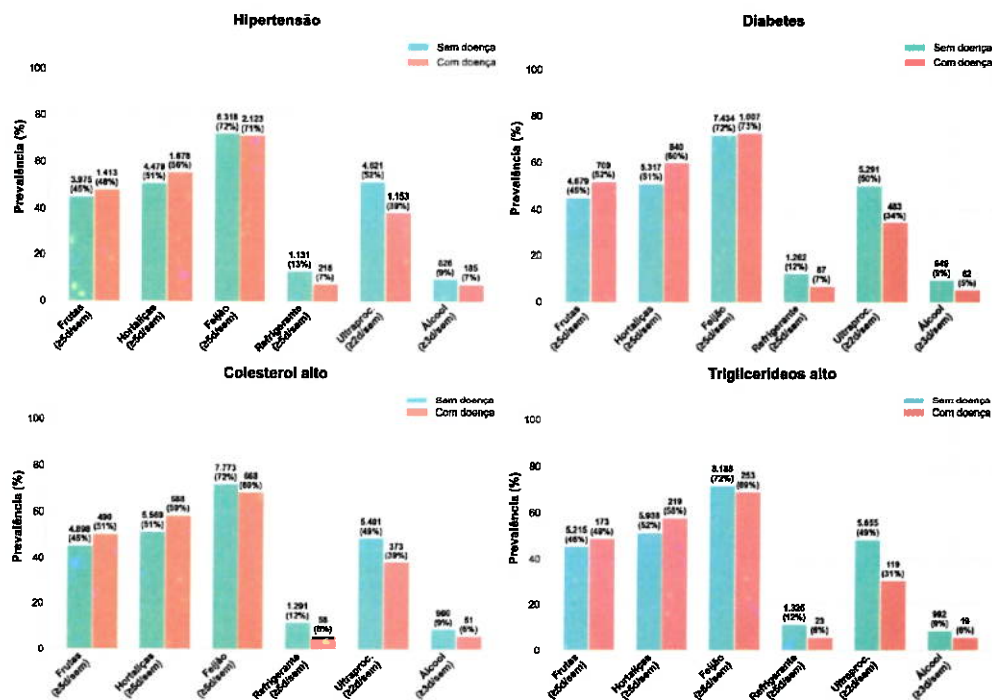
n = 11.801. Legenda: HAS = Hipertensão arterial; DM = Diabetes mellitus; Col. = Colesterol; Trig. = Triglicerídeos

Δ = Diferença em pontos percentuais (Com doença - Sem doença)

Valores positivos indicam maior prevalência entre pessoas COM a doença.

ATENÇÃO: Interpretação descritiva apenas. Não implica causalidade.

Figura 4. Comparação de hábitos alimentares por status de DCNT.



n = 11.801.



As diferenças observadas provavelmente refletem, em grande parte, mudanças de comportamento alimentar após o diagnóstico das doenças (causalidade reversa). Por exemplo, pessoas com diabetes tendem a reduzir o consumo de açúcar e refrigerantes como parte do tratamento, o que pode explicar o menor consumo desses itens nesse grupo.

A Tabela 12 apresenta uma síntese das diferenças no perfil alimentar entre pessoas com e sem cada DCNT investigada, expressa em pontos percentuais. A análise por distrito (Tabelas 13 e 14, Figura 5) complementa o panorama dos hábitos alimentares da população.

Tabela 12. Síntese das diferenças no perfil alimentar.

Hábito alimentar	Hipertensão	Diabetes	Colesterol alto	Triglicerídeos alto
Frutas (≥5d/sem)	+3.0	+6.8	+5.2	+3.5
Hortaliças (≥5d/sem)	+4.7	+9.0	+7.1	+6.0
Feijão (≥5d/sem)	-0.7	+0.8	-3.4	-2.7
Refrigerante (≥5d/sem)	-5.6	-5.4	-5.8	-5.6
Ultraproc. (≥2d/sem)	-13.0	-15.7	-10.5	-18.2
Álcool (≥3d/sem)	-2.2	-4.3	-3.0	-2.9

n = 11.801. Interpretação: Valores POSITIVOS: hábito mais frequente entre pessoas COM a doença; Valores NEGATIVOS: hábito menos frequente entre pessoas COM a doença

Tabela 13. Perfil alimentar por distritos em percentuais

Hábito alimentar	Centro	Inoã	Itaipuaçu	Ponta Negra	Total
Frutas (≥5d/sem)	48.0	37.8	47.4	46.6	45.8
Hortaliças (≥5d/sem)	52.1	50.3	52.9	52.5	52.0

14/05

14/05



Hábito alimentar	Centro	Inoã	Itaipuaçu	Ponta Negra	Total
Feijão (≥5d/sem)	72.6	75.3	69.1	71.9	71.9
Refrigerante (≥5d/sem)	11.2	11.8	11.8	11.5	11.5
Ultraproc. (≥2d/sem)	48.7	47.5	47.7	48.5	48.1
Álcool (≥3d/sem)	9.3	7.9	8.3	10.9	8.9

n = 11.801.

Tabela 14. Perfil alimentar de pessoas com DCNT por distritos em percentuais.

Hábito alimentar	Centro	Inoã	Itaipuaçu	Ponta Negra	Total
Frutas (≥5d/sem)	50.9	39.4	50.2	52.3	48.5
Hortaliças (≥5d/sem)	55.3	55.0	57.7	55.8	56.0
Feijão (≥5d/sem)	71.5	75.0	67.3	67.4	70.5
Refrigerante (≥5d/sem)	7.4	7.3	7.4	10.0	7.6
Ultraproc. (≥2d/sem)	39.8	35.3	39.2	42.2	38.9
Álcool (≥3d/sem)	5.9	5.7	9.4	9.1	7.2

n de pessoas com pelo menos uma DCNT por distrito: Centro: n = 1803; Inoã: n = 1008; Itaipuaçu: n = 526; Ponta Negra: n = 378. Total: n = 3715.³

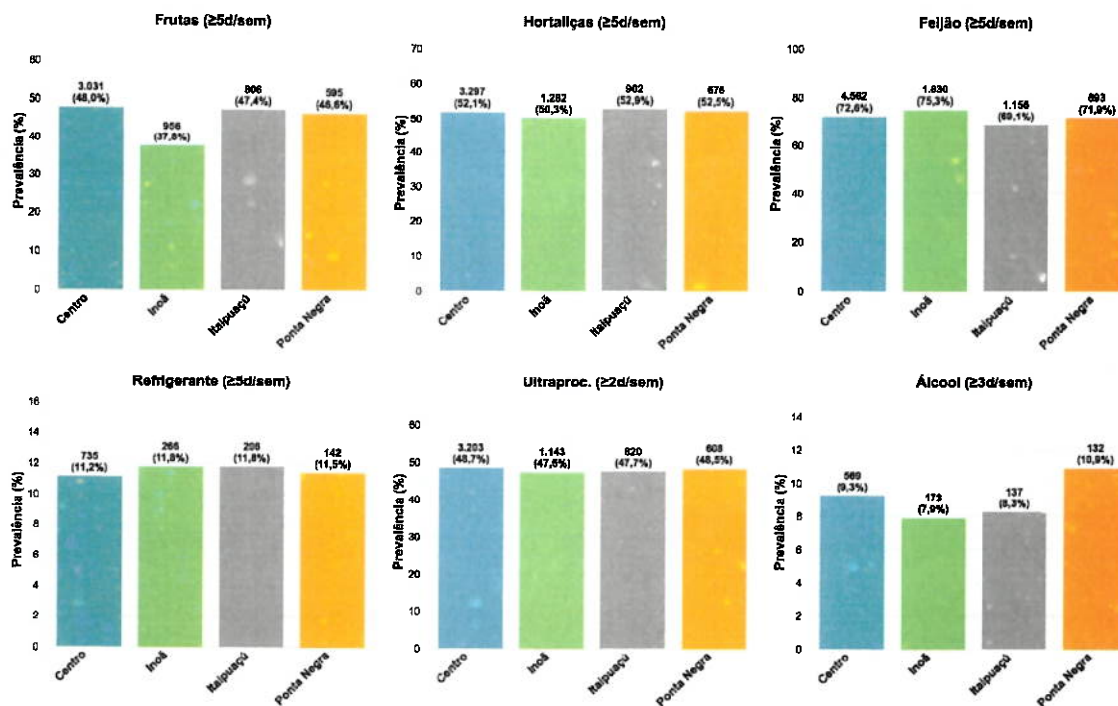
³ Nota: Esta tabela mostra o perfil alimentar ATUAL de pessoas já diagnosticadas com DCNT. Útil para planejamento de ações de acompanhamento nutricional por distrito.

16/10

JS



Figura 5. Prevalência de hábitos alimentares por distritos.



n = 11.801.

4.7 Análise por Programas Sociais

A análise por programas sociais representa um dos aspectos mais inovadores deste inquérito. Do total de participantes, 4.205 (35,6%) declararam ser beneficiários de algum programa social, incluindo **RBC**, Bolsa Família, BPC/LOAS e outros programas municipais (Tabela 15).

WTD

JS



Tabela 15. Distribuição de beneficiários por distritos.

Distrito	n total	Beneficiários (n)	Beneficiários (%)
Centro	6.361	2.036	30,6
Inoã	2.489	1.160	42,9
Itaipuaçu	1.692	540	30,5
Ponta Negra	1.259	469	35,1
TOTAL	11.801	4.205	33,3

n = 11.801.

A comparação entre beneficiários e não-beneficiários de programas sociais (Tabela 16 e Figura 6) revelou prevalências mais elevadas de DCNT no primeiro grupo. A hipertensão arterial foi referida por 29,8% dos beneficiários contra 24,3% dos não-beneficiários (diferença de +5,5 pontos percentuais). Para diabetes, as prevalências foram 14,5% e 11,3%, respectivamente (diferença de +3,3 pontos percentuais).

Tabela 16. Prevalência de DCNT — Beneficiários vs Não-beneficiários.

DCNT	Beneficiários n	Beneficiários (%)	Não-benef. n	Não-benef. (%)	Diferença (pp)
Hipertensão	1.244	29,8	1.740	24,3	+5,5
Diabetes	601	14,5	804	11,3	+3,3
Colesterol alto	428	10,1	547	7,3	+2,8
Triglicerídeos alto	164	3,8	205	2,9	+1,0
Pelo menos 1 DCNT	1.516	36,7	2.199	30,3	+6,4

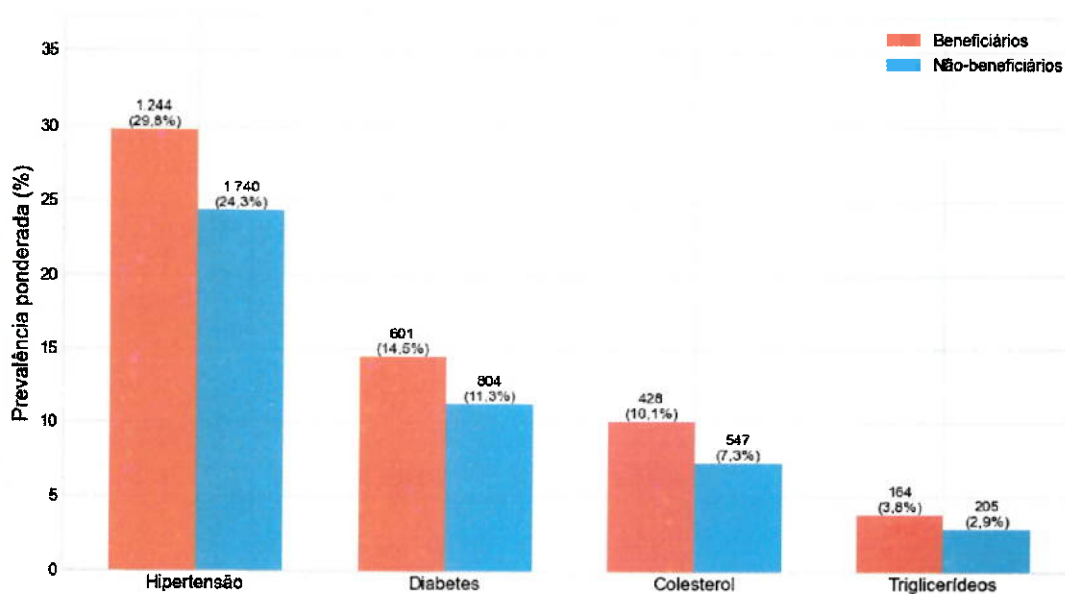
n total de beneficiários = 4.205. n total = 11.801.

Handwritten signature/initials in the bottom left corner.

Handwritten signature/initials in the bottom right corner.



Figura 6. Prevalência de DCNT segundo status de beneficiário.



n total de beneficiários = 4.205. n total = 11.801.

As Tabelas 17 e 18 apresentam a comparação dos fatores de risco e proteção entre beneficiários e não-beneficiários.

Tabela 17. Fatores de risco — Beneficiários vs Não-beneficiários.

Fator de Risco	Beneficiários n	Beneficiários (%)	Não-benef. n	Não-benef. (%)	Diferença (pp)
Refrigerante (≥5d/sem)	455	10,9	894	11,8	-1,0
Ultraproc. (≥2d/sem)	1.988	46,5	3.786	49,0	-2,5
Álcool (≥3d/sem)	279	6,8	732	10,0	-3,1

n total de beneficiários = 4.205. n total = 11.801.

Kiki

Handwritten signature



Tabela 18. Fatores de proteção — Beneficiários vs Não-beneficiários.

Fator de Proteção	Beneficiários n	Beneficiários (%)	Não-benef. n	Não-benef. (%)	Diferença (pp)
Frutas (≥5d/sem)	1.839	44,0	3.549	46,7	-2,6
Hortaliças (≥5d/sem)	2.171	51,5	3.986	52,3	-0,8
Feijão (≥5d/sem)	3.091	73,6	5.350	71,1	+2,5

n total de beneficiários = 4.205. n total = 11.801.

A Tabela 19 e o Quadro 2 detalham o perfil de DCNT em beneficiários por distrito.

Tabela 19. Prevalência de DCNT em beneficiários por distritos.

Distrito	n beneficiários	HAS (%)	DM (%)	Col. (%)	Trig. (%)
Centro	2.036	29,1	14,1	8,4	3,4
Inoã	1.160	33,0	16,6	14,1	4,4
Itaipuaçu	540	29,8	14,1	10,2	4,7
Ponta Negra	469	26,2	12,6	7,0	2,0
TOTAL	4.205	29,8	14,5	10,1	3,8

n total de beneficiários = 4.205.

Quadro 2. Perfil sintético de beneficiários por distritos.

		Centr o	Inoã	Itaipuaç ú	Ponta Negra
Categori a	Indicador				
Perfil	Beneficiários (n)	2.036	1.160	540	469
	% do total de benef.	48,4	27,6	12,8	11,2
	Idade média (anos)	46,1	45,8	46,3	45,2
DCNT	Hipertensão (%)	29,1	33,0	29,8	26,2

15/10/20

15/10/20



	Diabetes (%)	14,1	16,6	14,1	12,6
	Colesterol alto (%)	8,4	14,1	10,2	7,0
	Triglicerídeos alto (%)	3,4	4,4	4,7	2,0
Risco	Refrigerante ≥5d/sem (%)	10,1	12,2	11,6	9,0
	Ultraprocessados ≥2d/sem (%)	46,2	48,5	45,6	45,3
	Alcool ≥3d/sem (%)	6,0	7,9	7,1	6,7
Proteção	Frutas ≥5d/sem (%)	44,9	40,8	45,9	43,5
	Hortaliças ≥5d/sem (%)	50,7	50,5	54,1	49,6
	Feijão ≥5d/sem (%)	74,4	75,2	71,2	73,3

n total de beneficiários = 4.205.

A análise por tipo de benefício (Tabelas 20 e 21) permite comparações mais refinadas entre programas específicos. É importante notar que as diferenças observadas são parcialmente explicadas pela estrutura etária diferenciada dos grupos, especialmente no caso do BPC/LOAS, que atende majoritariamente idosos.

Tabela 20. Comparativo por tipo de benefício.

Grupo	n	Idade média	HAS (%)	DM (%)	Col. (%)	Trig. (%)	≥1 DCNT (%)
Mumbuca	3.406	47,9	31,8	15,5	10,9	4,4	39,1
Bolsa Família	939	42,1	27,3	12,9	9,6	3,2	33,1
BPC/LOAS	198	59,2	55,9	25,5	21,3	8,0	63,1
Não-beneficiários	7.596	46,2	24,3	11,3	7,3	2,9	30,3

n total de beneficiários = 4.205. n total = 11.801.

KNS

J.



Tabela 21. Comparativo por tipo de benefício e distritos.

		n	Idade média	HAS (%)	DM (%)	Col. (%)	Trig. (%)	≥1 DCNT (%)
Distrito	Tipo de benefício							
Centro	Mumbuca	1.615	48,5	32,1	15,3	9,2	4,0	37,8
	Bolsa Família	344	41,6	22,9	13,9	7,2	2,6	29,5
	BPC/LOAS	74	59,9	52,1	24,9	17,2	4,9	61,1
	Não-beneficiários	4.325	46,0	23,0	11,3	7,3	2,7	29,7
Inoã	Mumbuca	1.006	46,9	34,8	17,4	14,6	4,8	42,1
	Bolsa Família	365	40,5	30,6	13,3	12,5	3,1	36,0
	BPC/LOAS	72	56,3	52,5	24,0	22,0	7,8	62,1
	Não-beneficiários	1.329	47,3	28,4	13,4	8,2	3,5	34,0
Itaipuaçu	Mumbuca	427	48,2	30,7	14,6	11,4	5,4	40,3
	Bolsa Família	137	43,8	29,5	12,6	8,5	4,1	34,4
	BPC/LOAS	29	62,2	65,6	31,6	30,7	12,7	71,8
	Não-beneficiários	1.152	46,0	24,9	10,4	7,0	3,2	29,8
Ponta Negra	Mumbuca	358	47,0	26,9	14,3	7,6	2,6	34,3
	Bolsa Família	93	43,6	21,4	9,8	9,4	1,9	29,8
	BPC/LOAS	23	56,6	47,9	14,3	6,1	4,1	47,9
	Não-beneficiários	790	46,3	22,3	10,7	6,9	1,9	29,0

n total de beneficiários = 4.205. n total = 11.801.

14/16

9/16



Foram realizadas análises estratificadas por faixa etária (Tabelas 22, 23, 24, 25 e 26). Essas análises revelam que, mesmo dentro de faixas etárias semelhantes, persistem diferenças entre beneficiários e não-beneficiários, sugerindo a influência de fatores socioeconômicos na saúde dessa população.

Tabela 22. DCNT por tipo de benefício e faixa etária.⁴

		n	HAS (%)	DM (%)	≥1 DCNT (%)
Faixa Etária	Benefício				
18 a 39 anos	Mumbuca	120 8	8,5	2,9	12,3
	Bolsa Família	435	12,3	5,1	15,8
	BPC/LOAS	40	19,6	7,0	19,6
	Não Beneficiário	311 8	5,0	1,8	7,5
40 a 59 anos	Mumbuca	136 0	35,2	15,2	42,6
	Bolsa Família	408	36,2	16,8	44,0
	BPC/LOAS	43	46,1	14,4	58,2
	Não Beneficiário	297 3	26,9	10,4	34,2
60 anos ou mais	Mumbuca	838	54,3	30,6	65,7
	Bolsa Família	96	48,0	25,8	55,5
	BPC/LOAS	115	69,1	34,0	76,8
	Não Beneficiário	150 5	49,8	27,1	59,1

n total de beneficiários = 4.205. n total = 11.801.

⁴ Esta tabela permite comparar beneficiários controlando a idade. Dentro de cada faixa etária, diferenças refletem outros fatores além da idade. BPC/LOAS: maioria na faixa 60+, pois é benefício para idosos/deficientes. HAS=Hipertensão, DM=Diabetes. Colesterol e triglicerídeos não incluídos por n insuficiente nas estratificações.

KAND

9



Tabela 23. Prevalência de DCNT por Benefício e Faixa Etária — Centro.

		n	HAS (%)	DM (%)	Col. (%)	Trig. (%)	≥1 DCNT (%)
Faixa Etária	Benefício						
18 a 39 anos	Mumbuca	608	9,0	2,2	2,1	1,2	11,3
	Bolsa Família	171	5,7	6,3	1,1	1,1	10,9
	BPC/LOAS	16	25,3	6,0	0,0	0,0	25,3
	Não Beneficiário	188 8	4,7	2,1	2,1	0,6	7,9
40 a 59 anos	Mumbuca	661	33,9	14,8	9,2	4,2	39,3
	Bolsa Família	149	36,4	19,4	13,4	4,7	43,3
	BPC/LOAS	18	57,7	9,9	27,5	9,9	62,6
	Não Beneficiário	172 0	25,2	10,6	7,2	3,1	33,2
60 anos ou mais	Mumbuca	346	54,4	29,9	16,9	6,7	64,3
	Bolsa Família	24	40,8	24,1	7,5	0,0	52,0
	BPC/LOAS	40	56,9	34,1	18,3	4,6	69,4
	Não Beneficiário	717	47,6	26,7	15,4	5,5	57,9

n = 6.361.

Tabela 24. Prevalência de DCNT por Benefício e Faixa Etária — Inoã.

		n	HAS (%)	DM (%)	Col. (%)	Trig. (%)	≥1 DCNT (%)
Faixa Etária	Benefício						
18 a 39 anos	Mumbuca	32 7	10,6	4,1	2,9	0,8	13,5
	Bolsa Família	17 4	14,4	2,6	2,7	0,5	16,1
	BPC/LOAS	14	—	—	—	—	—
	Não Beneficiário	45 1	7,2	2,0	1,8	1,2	9,7

1420

JS



		n	HAS (%)	DM (%)	Col. (%)	Trig. (%)	≥1 DCNT (%)
Faixa Etária	Benefício						
40 a 59 anos	Mumbuca	38 1	39,9	19,2	16,1	3,6	48,7
	Bolsa Família	14 8	42,4	21,6	21,0	5,5	51,5
	BPC/LOAS	12	—	—	—	—	—
	Não Beneficiário	48 3	29,7	13,0	9,0	3,5	37,2
60 anos ou mais	Mumbuca	29 8	60,8	33,4	28,8	12,5	72,1
	Bolsa Família	43	61,7	31,9	25,5	6,4	70,2
	BPC/LOAS	46	64,4	30,5	18,7	6,8	72,9
	Não Beneficiário	39 5	56,5	30,1	15,9	6,6	63,8

n = 2.489.

Tabela 25. Prevalência de DCNT por Benefício e Faixa Etária — Itaipuaçu.

		n	HAS (%)	DM (%)	Col. (%)	Trig. (%)	≥1 DCNT (%)
Faixa Etária	Benefício						
18 a 39 anos	Mumbuca	14 8	7,3	3,3	4,7	2,7	14,7
	Bolsa Família	55	16,5	7,2	0,0	1,8	21,9
	BPC/LOAS	5	—	—	—	—	—
	Não Beneficiário	46 7	4,2	1,1	1,5	0,4	5,7
40 a 59 anos	Mumbuca	17 4	34,0	12,3	7,6	3,6	42,9
	Bolsa Família	64	33,4	11,8	8,8	5,9	37,8
	BPC/LOAS	6	—	—	—	—	—
	Não Beneficiário	46 1	28,9	9,0	8,1	2,9	34,3
60 anos ou mais	Mumbuca	10	52,3	29,6	23,6	10,5	65,0

15/10

15/10



		5					
mais	Bolsa Família	18	48,7	26,2	26,2	5,0	53,7
	BPC/LOAS	18	83,1	41,6	40,3	18,2	88,3
	Não Beneficiário	22 4	51,0	27,5	14,0	7,9	60,4
n = 1.692.							

Tabela 26. Prevalência de DCNT por Benefício e Faixa Etária — Ponta Negra.

		n	HAS (%)	DM (%)	Col. (%)	Trig. (%)	≥1 DCNT (%)
Faixa Etária	Benefício						
18 a 39 anos	Mumbuca	12 5	5,3	1,5	3,8	2,3	7,6
	Bolsa Família	35	11,2	5,6	2,8	0,0	11,2
	BPC/LOAS	5	—	—	—	—	—
	Não Beneficiário	31 2	5,5	2,9	1,3	0,0	8,1
40 a 59 anos	Mumbuca	14 4	31,5	13,9	9,3	1,8	39,2
	Bolsa Família	47	26,7	11,4	15,3	3,9	42,0
	BPC/LOAS	7	—	—	—	—	—
	Não Beneficiário	30 9	23,9	9,6	7,7	2,1	33,4
60 anos ou mais	Mumbuca	89	46,9	30,2	9,9	3,9	60,0
	Bolsa Família	11	—	—	—	—	—
	BPC/LOAS	11	—	—	—	—	—
	Não Beneficiário	16 9	45,0	23,8	13,9	4,4	53,1
n = 1.259.							

Hand

Hand



4.8 Análise Antropométrica e Estado Nutricional

4.8.1 Contextualização

A obesidade configura-se como um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis, estando associada ao desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias e doenças cardiovasculares. No Brasil, a prevalência de obesidade em adultos alcançou 22,3% segundo o Vigitel 2023, representando aumento expressivo nas últimas décadas.

Esta seção apresenta a análise do estado nutricional da população adulta de Maricá, com ênfase na investigação da relação entre obesidade e participação em programas de proteção social. A amostra para análise antropométrica compreendeu 10.907 adultos com medidas válidas de peso e altura, sendo 61,9% do sexo feminino.

4.8.2 Panorama do Estado Nutricional

O IMC médio da população estudada foi de 28,3 kg/m², situando-se na faixa de sobrepeso. O excesso de peso (sobrepeso e obesidade combinados) afetou 71,5% da população adulta, enquanto a obesidade isoladamente alcançou 33,4% — prevalência superior à média nacional de 22,3%.

A distribuição dos indicadores antropométricos segundo distrito de residência é apresentada na Tabela 27. Observou-se que a prevalência de obesidade variou de 31,8% em Itaipuaçu a 36,1% em Ponta Negra. O distrito de Centro concentrou a maior amostra (n=6.361), seguido por Inoã (n=2.489), Itaipuaçu (n=1.692) e Ponta Negra (n=1.259).

Handwritten signatures and initials are visible at the bottom of the page.



Tabela 27. Indicadores antropométricos segundo distrito de residência.

Distrito	n	IMC médio	Sobrepeso+Obes. (%)	Obesidade (%)	Obes. Abdom. (%)
Centro	5.838	28,3	71,8	33,6	74,3
Inoã	2.332	28,4	68,6	33,9	73,6
Itaipuaçu	1.557	28,2	72,3	31,8	74,7
Ponta Negra	1.180	28,6	73,2	36,1	72,6

n = 10.907.

4.8.3 Obesidade segundo Faixa Etária

A análise estratificada por faixa etária revelou padrão não-linear na prevalência de obesidade, conforme demonstrado na Tabela 28. Adultos de 18-39 anos apresentaram prevalência de 29,3%, que aumentou substancialmente para 40,0% na faixa de 40-59 anos, incremento de 10,7 pontos percentuais.

Notavelmente, a faixa de 60 anos ou mais apresentou prevalência de 29,6%, inferior à faixa anterior. Este achado, aparentemente paradoxal, é consistente com a literatura epidemiológica e pode ser explicado por três mecanismos: (i) viés de sobrevivência, uma vez que indivíduos obesos apresentam maior mortalidade prematura; (ii) perda de peso relacionada ao envelhecimento e doenças crônicas; e (iii) possível efeito coorte, com gerações mais antigas tendo menor exposição histórica a ambientes obesogênicos.



Tabela 28. Indicadores antropométricos segundo faixa etária.

Faixa Etária	n	IMC médio	Sobrepeso+Obes. (%)	Obesidade (%)	Obes. Abdom. (%)
18 a 39 anos	4.436	27,7	63,8	29,3	60,6
40 a 59 anos	4.217	29,3	79,3	40,0	81,4
60 anos ou mais	2.254	27,8	71,2	29,6	83,3

n = 10.907.

4.8.4 Obesidade e Participação em Programas Sociais

A Tabela 29 apresenta os indicadores antropométricos segundo status de beneficiário de programas de proteção social. Beneficiários (n=3.880) apresentaram prevalência de obesidade de 36,1%, comparada a 32,1% entre não-beneficiários (n=7.027) — diferença bruta de 4,1 pontos percentuais.

Esta diferença é detalhada na Tabela 30, que apresenta a comparação por status de beneficiário. A análise sugere que a maior prevalência de obesidade entre beneficiários pode refletir determinantes socioeconômicos compartilhados, incluindo: menor acesso a alimentos in natura; maior exposição a ambientes alimentares obesogênicos em territórios de vulnerabilidade; e menor disponibilidade de tempo e recursos para práticas de atividade física no lazer.

Tabela 29. Indicadores antropométricos segundo status de beneficiários.

Status	n	IMC médio	Sobrepeso+Obes. (%)	Obesidade (%)	Obes. Abdom. (%)
Beneficiário	3.880	28,6	71,4	36,1	73,4

Handwritten signature/initials in the bottom left corner.

Handwritten signature/initials in the bottom right corner.



Status	n	IMC médio	Sobrepeso+Obes. (%)	Obesidade (%)	Obes. Abdom. (%)
Não Beneficiário	7.027	28,2	71,6	32,1	74,4

n = 10.907.

Tabela 30. Comparação de prevalência de obesidade entre beneficiários e não-beneficiários.

Estrato	Benef. (%)	Não Benef. (%)	Δ (pp)
Centro	35,2	33,0	+2,2
Inoã	38,3	30,6	+7,7
Itaipuaçu	33,1	31,2	+1,9
Ponta Negra	41,7	33,1	+8,6
18 a 39 anos	32,1	27,8	+4,2
40 a 59 anos	43,8	38,2	+5,6
60 anos ou mais	31,6	28,5	+3,1

n = 10.907.

4.8.5 Prevalência de Obesidade por Sexo

A Figura 7 indica maior prevalência de obesidade entre mulheres (36,2%) em relação aos homens (30,3%), correspondendo a uma diferença de 6,0 pontos percentuais. Esse diferencial por sexo é consistente com padrões observados em sistemas nacionais de vigilância, como o Vigitel, e em estudos epidemiológicos internacionais, que frequentemente identificam maior prevalência de obesidade feminina em populações adultas.

Do ponto de vista analítico, o resultado sugere a presença de assimetria de distribuição da obesidade por sexo, sem implicar, necessariamente, relação causal direta. A literatura aponta que diferenças desse tipo tendem a refletir a interação entre fatores demográficos,

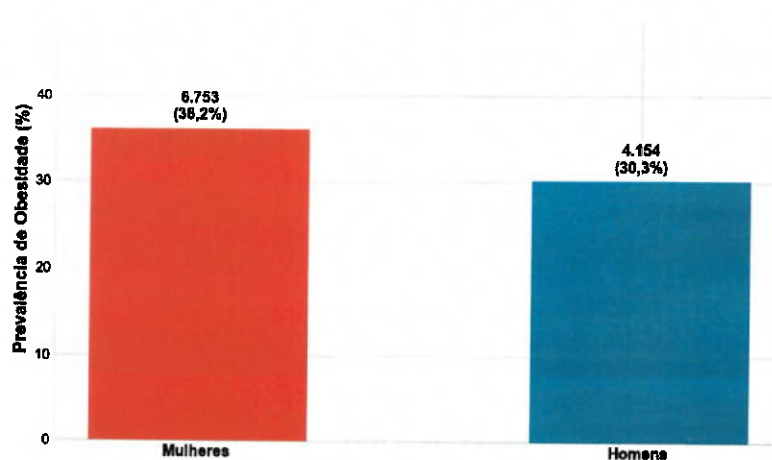
KAN

9



socioeconômicos, comportamentais e contextuais, os quais variam entre grupos populacionais e territórios. Assim, o achado deve ser interpretado como um padrão distributivo, relevante para fins de caracterização do perfil epidemiológico local e para subsidiar análises comparativas, sem inferências determinísticas sobre seus mecanismos explicativos.

Figura 7. Prevalência de obesidade por sexo.



n = 10.907.

4.8.6 Indicadores Antropométricos por distritos e por faixa etária

As Tabelas 31 e 32 apresentam a comparação de indicadores antropométricos entre beneficiários e não-beneficiários estratificada por distrito e por faixa etária, respectivamente, permitindo visualizar a interação entre estas variáveis.

KAM

8



Tabela 31. Indicadores antropométricos por status de beneficiário e distritos.

		n	IMC médio	Sobr+Ob (%)	Obesidade (%)
Distrito	Status				
Centro	Benef.	1.853	28,5	72,5	35,2
	Não Benef.	3.985	28,2	71,5	33,0
Inoã	Benef.	1.088	28,9	70,6	38,3
	Não Benef.	1.244	28,0	67,1	30,6
Itaipuaçu	Benef.	502	28,2	69,1	33,1
	Não Benef.	1.055	28,3	73,7	31,2
Ponta Negra	Benef.	437	29,0	75,3	41,7
	Não Benef.	743	28,4	72,0	33,1

n = 10.907.

Tabela 32. Indicadores antropométricos por status de beneficiário e faixa etária.

		n	IMC médio	Sobr+Ob (%)	Obesidade (%)
Faixa Etária	Status				
18 a 39 anos	Benef.	1.569	27,9	63,5	32,1
	Não Benef.	2.867	27,5	64,0	27,8
40 a 59 anos	Benef.	1.451	29,7	78,2	43,8
	Não Benef.	2.766	29,1	79,7	38,2
60 anos ou mais	Benef.	860	28,0	73,8	31,6
	Não Benef.	1.394	27,7	69,8	28,5



n = 10.907.

4.8.7 Análise Multivariada — Razões de Prevalência

Aspectos Metodológicos

Conforme descrito na seção metodológica (item 3.4), utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta para estimar as Razões de Prevalência (RP), abordagem adequada considerando a elevada prevalência do desfecho (33,4%).

Resultados do Modelo Ajustado

A Tabela 33 apresenta as Razões de Prevalência do modelo ajustado por idade e sexo. Os principais achados foram:

- Status de beneficiário: RP = 1.10 (IC95%: 1.02-1.18), indicando prevalência 10% maior entre beneficiários após ajuste.
- Faixa etária 40-59 anos: RP = 1.37 (IC95%: 1.27-1.47), o principal fator associado à obesidade.
- Sexo feminino: RP = 1.17 (IC95%: 1.10-1.25), confirmando maior prevalência entre mulheres.

Tabela 33. Razões de Prevalência para obesidade — Modelo ajustado por idade e sexo.⁵

Variável	Referência	RP	IC 95%	p-valor
Beneficiári	Não beneficiário	1.1	1.02 -	0.0090

⁵ A Razão de Prevalência (RP) indica quanto a ocorrência do desfecho é maior ou menor em um grupo em comparação ao grupo de referência. Valores acima de 1 indicam maior ocorrência, e valores abaixo de 1 indicam menor ocorrência. O intervalo de confiança de 95% (IC95%) indica a margem de incerteza da estimativa; quando não inclui o valor 1, a associação é considerada estatisticamente significativa. O p-valor expressa a probabilidade de o resultado ter ocorrido ao acaso, adotando-se 5% como nível de significância.

Handwritten signature/initials in the bottom left corner.

Handwritten signature/initials in the bottom right corner.



Variável	Referência	RP	IC 95%	p-valor
o		0	1.18	*
40-59 anos	18-39 anos	1.37	1.27 - 1.47	0.0000 *
60+ anos	18-39 anos	1.01	0.92 - 1.10	0.9085
Feminino	Masculino	1.17	1.10 - 1.25	0.0000 *

n = 10.907.

Modelo Completo com Distrito

A Tabela 34 apresenta o modelo completo, incluindo distrito de residência como covariável adicional. Os resultados confirmam os achados da Tabela 30 e permitem avaliar o efeito independente do território:

- Beneficiário de programa social: RP = 1.09 (IC95%: 1.02-1.17; p = 0.0117)
- Faixa etária 40-59 anos: RP = 1.37 (IC95%: 1.27-1.47)
- Faixa etária 60+ anos: RP = 1.00 (IC95%: 0.92-1.10) — não significativo
- Sexo feminino: RP = 1.17 (IC95%: 1.10-1.26)

Quanto ao distrito de residência, nenhuma comparação alcançou significância estatística após ajuste:

- Inoã vs Centro: RP = 1.00 (IC95%: 0.91-1.09)
- Itaipuaçu vs Centro: RP = 0.94 (IC95%: 0.87-1.02)
- Ponta Negra vs Centro: RP = 1.07 (IC95%: 0.96-1.19)

Este resultado indica que as diferenças brutas de prevalência de obesidade entre distritos (observadas na Tabela 27) são explicadas pela composição demográfica e



socioeconômica de cada território, não havendo efeito independente do distrito sobre o risco de obesidade.

Tabela 34. Razões de Prevalência para obesidade — Modelo completo (idade, sexo e distrito).

Variável	Referência	RP	IC 95%	p-valor
Beneficiário	Não beneficiário	1.0 9	1.02 - 1.17	0.0117 *
40-59 anos	18-39 anos	1.3 7	1.27 - 1.47	0.0000 *
60+ anos	18-39 anos	1.0 0	0.92 - 1.10	0.9183
Feminino	Masculino	1.1 7	1.10 - 1.26	0.0000 *
Inoã	Centro	1.0 0	0.91 - 1.09	0.9858
Itaipuaçu	Centro	0.9 4	0.87 - 1.02	0.1582
Ponta Negra	Centro	1.0 7	0.96 - 1.19	0.2064

n = 10.907.

4.8.8 Janela de Oportunidade — População sem DCNT

Uma análise complementar focou na população sem diagnóstico prévio de DCNT (hipertensão, diabetes, colesterol alto ou triglicerídeos elevados), que totalizou 8.086 indivíduos (68,5% da amostra). Este grupo representa a "janela de oportunidade" para intervenções de prevenção primária.

As Tabelas 35 a 38 apresentam o perfil de risco desta população. A Tabela 34 estratifica por distrito e a Tabela 35 por faixa etária, demonstrando que mesmo na ausência de DCNT diagnosticadas, parcela expressiva desta população apresenta fatores de risco

KAD

JS



modificáveis, incluindo obesidade, consumo elevado de ultraprocessados e refrigerantes, e baixo consumo de frutas e vegetais.

A Tabela 34 compara beneficiários e não-beneficiários nesta população sem DCNT, enquanto a Tabela 35 detalha esta comparação por distrito. Beneficiários de programas sociais dentro deste grupo apresentaram perfil de risco mais desfavorável, reforçando a importância de articular ações de promoção da saúde aos programas de proteção social.

Tabela 35. Perfil de risco da população sem DCNT segundo distritos.

Distrito	n	Obesidade (%)	Ultraproc. (%)	Refriger. (%)	Frutas (%)	Vegetais (%)
Centro	4.177	28,2	52,7	12,9	46,6	50,6
Inoã	1.397	29,5	54,6	14,4	36,9	47,5
Itaipuaçu	1.066	25,5	51,7	14,0	46,1	50,6
Ponta Negra	830	32,7	51,3	12,1	44,1	51,1

n = 10.907.

Tabela 36. Perfil de risco da população sem DCNT segundo faixa etária.

Faixa Etária	n	Obesidade (%)	Ultraproc. (%)	Refriger. (%)	Frutas (%)	Vegetais (%)
18 a 39 anos	4.038	26,7	62,7	17,4	41,2	45,5
40 a 59 anos	2.623	32,5	47,3	10,9	44,9	53,8
60 anos ou mais	809	22,2	29,4	5,2	55,4	57,4

n = 7.470.

KAN

3



Tabela 37. Perfil de risco da população sem DCNT segundo status de beneficiários.

Status	n	Obesidade (%)	Ultraproc. (%)	Refriger. (%)	Frutas (%)	Vegetais (%)
Beneficiário	2.471	29,9	51,9	13,6	42,5	49,7
Não Beneficiário	4.999	27,4	52,9	13,3	45,4	50,3

n = 7.470.

Tabela 38. Perfil de risco da população sem DCNT por benefício e distritos.

		n sem DCNT	Obesos (n)	Obesidade (%)
Distrito	Status			
Centro	Benef.	1.259	357	28,1
	Não Benef.	2.918	827	28,2
Inoã	Benef.	611	212	33,5
	Não Benef.	786	209	26,8
Itaipuaçu	Benef.	307	81	25,8
	Não Benef.	759	194	25,4
Ponta Negra	Benef.	294	110	37,1
	Não Benef.	536	167	30,6

n = 7.470.

4.8.9 Síntese e Discussão dos Resultados sobre obesidade

KH

98



Os resultados desta seção revelam um cenário preocupante de excesso de peso na população adulta de Maricá, com prevalência de obesidade (33,4%) superior à média nacional (22,3%, Vigitel 2023). A associação entre participação em programas de proteção social e maior prevalência de obesidade merece discussão cuidadosa.

É fundamental ressaltar que estudos transversais não permitem estabelecer relações de causalidade. A associação observada não significa que receber benefícios sociais cause obesidade. A interpretação mais plausível é que tanto a vulnerabilidade socioeconômica (que qualifica para programas sociais) quanto a obesidade compartilham determinantes comuns — notadamente a insegurança alimentar, ambientes obesogênicos em territórios vulneráveis e menor acesso a práticas de atividade física.

A não-significância das variáveis de distrito após ajuste (Tabela 34) é um achado relevante para o planejamento de políticas. Indica que as intervenções de controle da obesidade não precisam ser territorializadas de forma diferencial entre os distritos: os mesmos programas podem ser implementados em todo o município, priorizando grupos de risco (beneficiários, faixa 40-59 anos, mulheres) independentemente da região de residência.

Por outro lado, os programas de proteção social podem constituir uma plataforma privilegiada para intervenções de promoção da saúde. O vínculo regular com serviços de assistência social e o acompanhamento de condicionalidades criam oportunidades para educação alimentar, encaminhamento para serviços de saúde e oferta de programas de atividade física.

4.8.10 Implicações para Políticas Públicas

Com base nos achados desta seção, recomenda-se:

1. Integração saúde-assistência social: Articular ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT aos programas de transferência de renda existentes (Bolsa Família,



Mumbuca, BPC). O acompanhamento regular pelo CRAS pode incluir ações de educação alimentar e encaminhamento para serviços de saúde.

2. Priorização da faixa etária 40-59 anos: Implementar busca ativa de adultos nesta faixa para avaliação nutricional, detecção precoce de DCNT e intervenções de mudança de estilo de vida, considerando que este grupo apresentou a maior prevalência de obesidade (Tabela 28) e a maior Razão de Prevalência nos modelos ajustados (Tabelas 33 e 34).

3. Ênfase na saúde da mulher: Desenvolver programas específicos considerando a maior prevalência de obesidade entre mulheres (Tabelas 33 e 34), com horários flexíveis para atividade física e grupos de apoio a mudanças alimentares.

4. Abordagem municipal uniforme: Considerando a ausência de efeito independente do distrito após ajuste (Tabela 34), as intervenções podem ser implementadas de forma padronizada em todo o município, com foco nos grupos de risco identificados.

5. Monitoramento contínuo: Implementar sistema de vigilância do estado nutricional da população, com indicadores estratificados por grupo de vulnerabilidade, permitindo avaliação do impacto das políticas implementadas.

6. Foco na população sem DCNT: Utilizar as Tabelas 35-38 como base para identificar e priorizar intervenções de prevenção primária na população que ainda não desenvolveu doenças crônicas, aproveitando a "janela de oportunidade" para ações preventivas.

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste inquérito epidemiológico revelam um panorama da situação de saúde da população adulta de Maricá em relação às DCNT. A prevalência de hipertensão arterial observada no município foi de 26,2%, valor inferior, porém próximo, à média estimada pelo VIGITEL 2023 para o conjunto das capitais brasileiras, que alcançou

14/11/23

14/11/23



aproximadamente 27,9% (BRASIL, 2024). Ainda que ligeiramente abaixo do indicador nacional, esse resultado evidencia que a hipertensão arterial constitui um problema de elevada magnitude epidemiológica no contexto municipal, reforçando a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e controle da condição no âmbito local.

A prevalência de diabetes mellitus (12,3%) também merece atenção, situando-se próxima ou ligeiramente acima das estimativas nacionais. Considerando que parcela significativa dos casos de diabetes pode permanecer não diagnosticada, a prevalência real pode ser ainda maior, reforçando a importância de estratégias de rastreamento ativo na população.

A elevada prevalência de fatores de risco comportamentais, especialmente o consumo de alimentos ultraprocessados (48,1%), evidencia a penetração de padrões alimentares não saudáveis na população de Maricá. Esse cenário é consistente com a transição nutricional observada no Brasil e no mundo, caracterizada pela substituição progressiva de alimentos in natura e minimamente processados por produtos ultraprocessados, com impactos negativos sobre a saúde (BRASIL, 2014).

O consumo insuficiente de frutas (45,8%) e hortaliças (52,0%) identificado neste estudo aponta para lacunas na adesão às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Intervenções de educação alimentar e nutricional, associadas a políticas de facilitação do acesso a alimentos saudáveis, são fundamentais para reverter esse quadro.

A análise territorial revelou heterogeneidade significativa na distribuição das DCNT e seus fatores associados entre os distritos. Essas diferenças podem refletir gradientes socioeconômicos, padrões distintos de acesso a serviços de saúde e características culturais e comportamentais específicas de cada território (BARCELLOS et al., 2002). Essa informação é crucial para o planejamento de ações territorializadas e a alocação equitativa de recursos.

Um dos achados mais relevantes deste estudo diz respeito à maior prevalência de DCNT entre beneficiários de programas sociais. Embora parte dessa diferença seja explicada pela estrutura etária diferenciada (especialmente no caso do BPC/LOAS), as análises

KATO

Handwritten signature or initials in blue ink.



estratificadas por idade sugerem que fatores socioeconômicos exercem influência independente sobre a saúde dessa população.

Esse achado é consistente com o amplo corpo de evidências sobre os determinantes sociais da saúde e as iniquidades em saúde. Populações em situação de vulnerabilidade social tendem a apresentar piores indicadores de saúde, refletindo exposição diferenciada a fatores de risco e barreiras de acesso a serviços de promoção, prevenção e tratamento (PAIM et al., 2011).

A identificação de maior carga de DCNT entre beneficiários de programas sociais tem implicações práticas importantes. Esses programas, como a Mumbuca e o Bolsa Família, podem constituir pontos de entrada privilegiados para ações de saúde, aproveitando a estrutura de cadastro e acompanhamento já existente. A integração entre políticas de saúde e assistência social emerge como estratégia promissora para ampliar o alcance das ações preventivas e assistenciais.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O desenho transversal não permite estabelecer relações causais entre exposições e desfechos. A aferição das DCNT por autorrelato pode levar a subestimação (casos não diagnosticados) ou superestimação (erro de informação). Apesar da correção por pós-estratificação, a amostra não probabilística pode apresentar vieses não controlados.

Por outro lado, o estudo apresenta pontos fortes importantes. A aplicação de pesos amostrais baseados no Censo 2022 confere maior representatividade às estimativas. A análise territorializada por distritos permite identificar heterogeneidades locais relevantes para o planejamento. A análise inovadora por programas sociais fornece informações inéditas para a integração de políticas públicas em Maricá.

A análise antropométrica, detalhada na seção 4.8, revelou prevalência de obesidade de 33,4% — superior à média nacional de 22,3% (VIGITEL 2023). A modelagem por regressão de Poisson confirmou associação significativa entre participação em programas sociais e obesidade (RP=1,09; IC95%: 1,02-1,17), mesmo após ajuste por idade, sexo e distrito.

Karl

JS



Notavelmente, as diferenças entre distritos não foram significativas após ajuste, indicando que a composição demográfica e socioeconômica, e não o território em si, explica as variações observadas. A identificação de população sem DCNT com fatores de risco modificáveis (68,5% da amostra) representa oportunidade estratégica para prevenção primária integrada aos programas de proteção social.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES GERAIS

Os resultados do Inquérito Epidemiológico sobre DCNT em Maricá revelam prevalências elevadas de hipertensão arterial (26,2%), diabetes mellitus (12,3%) e outros fatores de risco cardiometabólico na população adulta do município. A presença de pelo menos uma DCNT foi referida por 32,4% dos participantes, demonstrando a magnitude do problema para a saúde pública local.

Os fatores de risco comportamentais, especialmente relacionados à alimentação inadequada, apresentam prevalências preocupantes que demandam ações estruturadas de promoção da saúde. Paralelamente, os fatores de proteção apresentam níveis insuficientes, indicando oportunidades de intervenção para ampliar a adesão a comportamentos saudáveis.

A análise territorial revelou diferenças significativas entre os distritos, fornecendo subsídios para o planejamento de ações descentralizadas e adaptadas às necessidades de cada território. A maior prevalência de DCNT entre beneficiários de programas sociais aponta para a necessidade de estratégias integradas entre saúde e assistência social.

Com base nos resultados apresentados, são propostas as seguintes recomendações:

6.1. Promoção da alimentação saudável

Kato

Handwritten signature or mark in the bottom right corner.



Os resultados do inquérito indicam a necessidade de fortalecer estratégias de promoção da alimentação saudável no município, com ênfase na redução do consumo de alimentos ultraprocessados e de bebidas açucaradas, particularmente os refrigerantes, que apresentaram elevada prevalência. Recomenda-se a implementação de campanhas educativas permanentes voltadas à conscientização sobre os impactos desses produtos na saúde, bem como o desenvolvimento de ações de incentivo ao consumo regular de alimentos in natura e minimamente processados, como frutas, hortaliças e feijão. Essas iniciativas podem ser potencializadas por meio de parcerias intersetoriais com escolas, equipamentos da assistência social e o comércio local, de modo a ampliar o alcance territorial das ações. Considerando as dissimilaridades observadas nos perfis de saúde segundo a participação em programas sociais, é importante que parte dessas estratégias seja direcionada especificamente aos beneficiários desses programas, respeitando as particularidades socioeconômicas e culturais desses grupos.

6.2. Prevenção e controle de DCNT

No campo da prevenção e do controle das DCNT, os achados apontam para a necessidade de intensificar o rastreamento ativo de condições como hipertensão arterial e diabetes mellitus, especialmente entre grupos populacionais de maior risco. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos territórios com maiores prevalências dessas condições configura-se como eixo central dessa estratégia, contribuindo para o diagnóstico oportuno, o acompanhamento longitudinal e a redução de complicações. Recomenda-se, ainda, a ampliação das ações de educação em saúde nos equipamentos vinculados ao cadastro e à gestão de programas sociais, favorecendo a integração entre cuidado clínico e ações preventivas. Nesse contexto, a capacitação contínua das equipes de saúde para uma abordagem integral das DCNT, que considere determinantes sociais, comportamentais e territoriais, mostra-se fundamental para qualificar a resposta do sistema de saúde.

Rth

J



6.3. Integração de políticas públicas

A análise dos resultados reforça a importância da integração entre as políticas públicas de saúde e de assistência social como estratégia para o enfrentamento das DCNT no município. Recomenda-se o estabelecimento de fluxos estruturados de compartilhamento de informações entre esses setores, respeitando os princípios de confidencialidade e uso ético dos dados.

A adoção de estratégias de busca ativa de beneficiários de programas sociais com DCNT pode favorecer sua vinculação efetiva à Atenção Primária à Saúde, ampliando o acesso ao cuidado contínuo. Além disso, a incorporação de componentes de promoção da saúde nas atividades desenvolvidas nos Centros de Referência de Assistência Social e nos pontos de cadastro de programas sociais pode contribuir para a construção de ações mais integradas. A elaboração de protocolos de acompanhamento compartilhado para beneficiários com DCNT é recomendada como forma de organizar e qualificar essa atuação intersetorial.

6.4. Monitoramento e avaliação

No que se refere ao monitoramento e à avaliação das ações propostas, recomenda-se a realização periódica de novos inquéritos epidemiológicos, em intervalos de dois a três anos, de modo a acompanhar a evolução dos indicadores de DCNT e subsidiar ajustes nas políticas públicas. A implementação de sistemas de monitoramento de indicadores sentinela segundo a participação em programas sociais pode contribuir para uma vigilância mais sensível às desigualdades e dissimilaridades existentes. Adicionalmente, é fundamental avaliar o impacto das intervenções implementadas sobre os principais desfechos relacionados às DCNT, fortalecendo a cultura de avaliação no âmbito da gestão pública. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de estudos complementares que incorporem medidas objetivas, como

KAB

J



avaliações antropométricas e exames laboratoriais, a fim de ampliar a robustez das análises e reduzir limitações associadas à informação autorreferida.

6.5. Vigilância Antropométrica e Avaliação de Impacto

No que tange ao monitoramento do estado nutricional da população, recomenda-se:

a) Incorporação de medidas antropométricas: Considerando que a análise antropométrica representou avanço metodológico deste inquérito, recomenda-se a manutenção e ampliação da aferição de peso e altura em futuros estudos, permitindo o acompanhamento temporal da evolução da obesidade no município.

b) Indicadores estratificados: O monitoramento de indicadores de obesidade estratificados por status de beneficiário de programas sociais, faixa etária e sexo permitirá avaliar o impacto das políticas implementadas sobre os grupos de maior vulnerabilidade.

c) Integração com sistemas de informação: Recomenda-se a articulação entre os sistemas de informação da saúde e da assistência social para viabilizar o monitoramento contínuo do estado nutricional de beneficiários de programas de transferência de renda, contribuindo para a vigilância das desigualdades em saúde.

d) Avaliação da adequação metodológica: A utilização da regressão de Poisson com variância robusta mostrou-se adequada para análise de desfechos frequentes como a obesidade, evitando a superestimação de associações que ocorreria com a Odds Ratio. Recomenda-se a adoção desta abordagem em análises futuras de prevalência de DCNT e fatores associados.

KAD

JP



Handwritten signature or initials in the bottom left corner.

Handwritten signature or initials in the bottom right corner.



7. REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2022: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- FLEGAL, K. M. et al. Trends in obesity among adults in the United States, 2005 to 2014. JAMA, v. 315, n. 21, p. 2284-2291, 2016.
- IBGE. Censo Demográfico 2022: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. Validade do diabetes auto-referido e seus determinantes: evidências do projeto Bambuí. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. 6, p. 947-953, 2007.
- MALTA, D. C. et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, supl. 1, p. 99-113, 2017.
- MARICÁ (Município). Secretaria de Assistência Social. Relatório de Gestão 2023: Programa Mumbuca e demais benefícios sociais. Maricá: Prefeitura Municipal, 2024.
- NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. The Lancet, v. 390, n. 10113, p. 2627-2642, 2017.

4710

3



PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: WHO, 2018.

Kthul

g.



APÊNDICE A — Nota Metodológica: Regressão de Poisson com Variância Robusta

A.1 Justificativa da Escolha Metodológica

Em estudos epidemiológicos transversais, a medida de associação de interesse é a Razão de Prevalência (RP), que representa a probabilidade de apresentar o desfecho no grupo exposto em relação ao grupo não exposto. Tradicionalmente, a regressão logística tem sido utilizada para análise de desfechos binários, porém esta abordagem fornece a Odds Ratio (OR), não a Razão de Prevalência.

A distinção entre OR e RP torna-se crítica quando o desfecho é frequente. Quando a prevalência do desfecho excede 10%, a OR superestima sistematicamente a RP, podendo distorcer a interpretação clínica e epidemiológica dos resultados (BARROS; HIRAKATA, 2003). No presente estudo, a prevalência de obesidade foi de 33,4%, situação em que a superestimação pela OR seria substancial.

A.2 Demonstração da Superestimação: Dados do Estudo

Para ilustrar a magnitude da superestimação evitada, apresentamos a comparação entre as duas abordagens utilizando os dados do próprio inquérito:

Variável	OR (Logística)	RP (Poisson)	Superestimação
Beneficiário (sim vs não)	1,19	1,09	+9,2%
Faixa 40-59 vs 18-39 anos	1,72	1,37	+25,5%
Sexo feminino vs masculino	1,31	1,17	+12,0%
Ponta Negra vs Centro	1,14	1,07	+6,5%

Kad

g



Nota: A coluna "Superestimação" indica quanto a OR excede a RP em termos percentuais. Para a faixa etária 40-59 anos, por exemplo, a OR de 1,72 sugeriria um risco 72% maior, enquanto a RP de 1,37 indica corretamente um risco 37% maior — uma diferença de interpretação de 25,5 pontos percentuais.

A.3 Especificação do Modelo de Poisson

O modelo de regressão de Poisson assume que a variável resposta Y segue distribuição de Poisson e utiliza a função de ligação logarítmica:

$$\log(\mu) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

Onde μ representa a prevalência esperada do desfecho. A exponenciação dos coeficientes fornece diretamente a Razão de Prevalência:

$$RP = \exp(\beta)$$

No presente estudo, o modelo completo foi especificado como:

$$\log(P[\text{obesidade}=1]) = \beta_0 + \beta_1(\text{beneficiário}) + \beta_2(\text{faixa40-59}) + \beta_3(\text{faixa60+}) + \beta_4(\text{sexo_fem}) + \beta_5(\text{Inoã}) + \beta_6(\text{Itaipuaçu}) + \beta_7(\text{Ponta Negra})$$

A.4 Estimador de Variância Robusta (Sanduíche de Huber-White)

A distribuição de Poisson assume que a média é igual à variância (equidispersão). Em dados binários, esta suposição é sistematicamente violada, resultando em subestimação dos erros-padrão e, consequentemente, intervalos de confiança artificialmente estreitos e p-valores incorretamente pequenos.

Para corrigir este problema, utilizou-se o estimador sanduíche de Huber-White (também denominado variância robusta ou "robust standard errors"). Este estimador fornece erros-padrão consistentes mesmo quando a estrutura de variância do modelo está mal especificada (ZOU, 2004).

Kth

js



A implementação foi realizada através do pacote *statsmodels* do Python, utilizando a opção `cov_type="HC0"` no método de ajuste do modelo GLM (Generalized Linear Model) com família Poisson.

A.5 Diagnósticos do Modelo

Colinearidade: Avaliada pelo Fator de Inflação da Variância (VIF). Valores de $VIF < 5$ indicam ausência de multicolinearidade problemática. No modelo ajustado, todas as variáveis apresentaram $VIF < 2$, indicando independência adequada entre os preditores.

Dispersão: O parâmetro de dispersão ($\phi = \text{deviance/graus de liberdade}$) foi calculado para verificar a adequação do modelo. Valores próximos a 1 indicam ajuste adequado. No modelo completo, $\phi = 0,89$, indicando leve subdispersão, situação conservadora que não invalida as inferências.

Convergência: O algoritmo IRLS (Iteratively Reweighted Least Squares) convergiu em menos de 10 iterações para todos os modelos, indicando estabilidade numérica adequada.

A.6 Interpretação dos Resultados

A Razão de Prevalência deve ser interpretada como a razão entre a prevalência do desfecho nos expostos e não expostos, ajustada pelas demais covariáveis do modelo. Por exemplo:

- **RP = 1,09 para beneficiários:** A prevalência de obesidade entre beneficiários de programas sociais é 9% maior do que entre não-beneficiários, após ajuste por idade, sexo e distrito.
- **RP = 1,37 para faixa 40-59 anos:** Adultos de 40-59 anos apresentam prevalência de obesidade 37% maior comparados aos de 18-39 anos, independentemente do sexo, distrito e status de beneficiário.
- **RP = 1,17 para sexo feminino:** Mulheres apresentam prevalência de obesidade 17% maior que homens, após ajuste pelas demais variáveis.

A.7 Referências Metodológicas

K-100

3



BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, v. 3, n. 21, 2003.

ZOU, G. A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. *American Journal of Epidemiology*, v. 159, n. 7, p. 702-706, 2004.

GREENLAND, S. Model-based estimation of relative risks and other epidemiologic measures in studies of common outcomes and in case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, v. 160, n. 4, p. 301-305, 2004.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 6, p. 992-998, 2008.

Rio de Janeiro, 20 de outubro de 2025

CARLOS EDUARDO DAS NEVES
DIRETOR DE SERVIÇOS SOCIAIS

ANA PAULA DOS SANTOS FIGUEIRA
DIRETORA EXECUTIVA

Ktd



**CADERNO DE RECOMENDAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS
EM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) –
MARICÁ/RJ**

*Matrizes de Priorização e Planejamento Estratégico
Baseado no Inquérito Epidemiológico de DCNT 2024-2025*

Maricá - RJ

2025



FICHA TÉCNICA

Documento: Caderno de Recomendações para Políticas Públicas em DCNT

Referência: Relatório Técnico do Inquérito Epidemiológico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus Fatores de Risco e Proteção - Maricá/RJ, 2024-2025

Base de dados: Inquérito domiciliar com 11.801 adultos (≥ 18 anos)

Período de coleta: Junho de 2024 a Agosto de 2025

Metodologia de priorização: Método Hanlon modificado com cinco dimensões (Magnitude, Gravidade, Vulnerabilidade, Tendência, Factibilidade)

Elaboração:

Data: outubro de 2025

A handwritten signature in black ink, located in the bottom left corner of the page.

A handwritten signature in blue ink, located on the right side of the page.



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	4
1.1 Objetivos deste Caderno.....	4
1.2 Público-alvo.....	5
2. METODOLOGIA DE PRIORIZAÇÃO.....	5
2.1 Método Hanlon Modificado.....	5
2.2 Critérios de Pontuação.....	6
2.3 Parâmetros Oficiais para Metas em DCNT.....	6
3. MATRIZES DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	7
3.1 Quadro 1 - Matriz de Priorização de Problemas.....	8
3.2 Quadro 2 - Ações Específicas por Problema.....	9
3.3 Quadro 3 - Perfil Epidemiológico Distrital.....	122
3.4 Quadro 4 - Ações Territorializadas por Distrito.....	133
3.4.1 Distrito de Inoã (Risco: ALTO).....	133
3.4.2 Distrito de Ponta Negra (Risco: MODERADO-ALTO).....	144
3.4.3 Distrito de Itaipuaçu (Risco: MODERADO).....	144
3.4.4 Distrito Centro (Risco: MODERADO-BAIXO).....	144
3.5 Quadro 5 - Síntese da Priorização Distrital.....	155
3.6 Quadro 6 - Populações Prioritárias.....	166
3.7 Quadro 7 - Integração Saúde-Assistência Social.....	188
3.8 Quadro 8 - Cronograma de Implementação.....	20
3.8.1 Fase 1 - Curto Prazo (0-6 meses).....	20
3.8.2 Fase 2 - Médio Prazo (6-18 meses).....	20
3.8.3 Fase 3 - Longo Prazo (18-36 meses).....	20
4. CONSIDERAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO.....	21
4.1 Governança e Coordenação.....	21
4.2 Financiamento.....	21
4.3 Monitoramento e Avaliação.....	22
5. REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE - GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS.....	24

K-100



1. APRESENTAÇÃO

O presente Caderno de Recomendações constitui um instrumento técnico de apoio à gestão municipal, desenvolvido a partir das evidências epidemiológicas produzidas pelo Inquérito de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco e proteção, realizado em Maricá/RJ a partir do ano de 2024.

Este documento traduz os achados científicos do Relatório Técnico em matrizes de planejamento estratégico, oferecendo aos gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, bem como de outros setores governamentais, um conjunto sistematizado de recomendações baseadas em evidências locais.

O Inquérito Epidemiológico de DCNT Maricá 2024-2025 representa um marco na vigilância em saúde do município, constituindo o maior estudo de base populacional já realizado na cidade. Com uma amostra de 11.801 adultos (≥ 18 anos), o estudo permite análises com elevada precisão estatística, tanto para o município como um todo quanto para cada um dos quatro distritos sanitários: Centro, Inoã, Itaipuaçu e Ponta Negra.

1.1 Objetivos deste Caderno

- Apresentar uma hierarquização científica dos problemas de saúde relacionados às DCNT identificados no município;
- Propor ações específicas baseadas nas evidências do inquérito, vinculadas a indicadores mensuráveis;
- Oferecer uma visão territorializada dos problemas e soluções, respeitando as especificidades de cada distrito;
- Identificar populações prioritárias para intervenções focalizadas;

KMD



- Promover a articulação intersetorial, especialmente entre Saúde e Assistência Social, integrando-a a outras pastas como Agricultura, Pesca, Esporte e Lazer, Economia Solidária e Secretaria de Políticas para Terceira Idade, dentre outras;
- Estabelecer um cronograma factível de implementação ou ampliação das ações propostas.
- Sugerir indicadores de monitoramento para as ações propostas.
- Fundamentar construções de novos programas e políticas públicas que tenham como finalidade melhorar a qualidade de vida da parcela da população identificada como portadoras de DCNTs.
- Elaborar ações preventivas de cuidado e proteção da saúde e do bem-estar da população predisposta ao desenvolvimento futuro das DCNTs.

1.2 Público-alvo

Este Caderno destina-se primariamente aos gestores e técnicos das Secretaria Municipal de Saúde de Maricá, incluindo coordenadores de programas, gerentes de unidades de saúde e profissionais da Atenção Primária. Secundariamente, visa subsidiar outras secretarias municipais cujas políticas impactam os determinantes sociais da saúde, como Assistência Social, Economia Solidária, Educação, Esportes e Lazer, e Desenvolvimento Econômico.

2. METODOLOGIA DE PRIORIZAÇÃO

A priorização de problemas de saúde é etapa fundamental no planejamento de políticas públicas, permitindo a alocação racional de recursos limitados frente a múltiplas demandas. Neste Caderno, utilizou-se o Método Hanlon modificado, amplamente empregado em planejamento de saúde pública por sua objetividade e capacidade de incorporar múltiplas dimensões na análise.



2.1 Método Hanlon Modificado

O Método Hanlon original foi desenvolvido na década de 1970 para auxiliar gestores de saúde na priorização de problemas. A versão modificada utilizada neste Caderno incorpora cinco dimensões complementares, cada uma pontuada em escala de 1 a 5, permitindo a construção de um escore composto que hierarquiza os problemas de forma objetiva.

O escore final é calculado pela multiplicação das cinco dimensões: $\text{Escore} = M \times G \times V \times T \times F$, onde M representa a Magnitude, G a Gravidade, V a Vulnerabilidade, T a Tendência e F a Factibilidade.

2.2 Critérios de Pontuação

Quadro Metodológico - Critérios de pontuação do Método Hanlon modificado

Fonte: Adaptado de Hanlon (1974)

Dimensão	Definição	Critério 5 (máximo)
Magnitude (M)	Proporção da população afetada	Prevalência >30%
Gravidade (G)	Impacto na morbimortalidade	Alta mortalidade/incapacidade
Vulnerabilidade (V)	Sensibilidade às intervenções	Alta resposta a intervenções
Tendência (T)	Comportamento temporal	Tendência crescente
Factibilidade (F)	Viabilidade técnica e financeira	Alta viabilidade

2.3 Parâmetros Oficiais para Metas em DCNT

As metas propostas neste Caderno foram definidas considerando os parâmetros oficiais estabelecidos por organismos nacionais e internacionais de saúde. Esta abordagem garante alinhamento com as políticas públicas vigentes e permite comparabilidade com outros territórios.

Principais referências utilizadas:

KMD



- Organização Mundial da Saúde (OMS) - Global NCD Targets 2025/2030: Estabelece nove metas voluntárias globais, incluindo redução de 25% na mortalidade prematura por DCNT, redução de 30% no tabagismo, redução de 10% na inatividade física, e contenção do aumento de obesidade e diabetes.

- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT Brasil 2021-2030: Define metas nacionais como manter o tabagismo abaixo de 10%, aumentar o consumo de frutas e hortaliças para 50% ou mais da população, e reduzir a inatividade física para menos de 40%.

- VIGITEL Brasil 2023: Fornece os valores de referência nacional para os principais indicadores, permitindo a comparação entre Maricá e as capitais brasileiras.

- Guia Alimentar para a População Brasileira (2014): Estabelece diretrizes para alimentação saudável, incluindo a recomendação de evitar ou reduzir significativamente o consumo de alimentos ultraprocessados.

O quadro a seguir apresenta a comparação entre os indicadores de Maricá (Inquérito 2024-2025), os valores de referência do VIGITEL 2023, e as metas propostas:

Indicador	Maricá 2024-2025	VIGITEL 2023	Meta OMS/Brasil	Meta Proposta
Obesidade (IMC $\geq$ 30)	33,4%	24,3%	Deter aumento (OMS)	Reduzir para $\leq$ 30%
Excesso de peso	64,2%	61,4%	Deter aumento (OMS)	Reduzir para $\leq$ 62%
Hipertensão arterial	26,2%	26,3%	Redução de 25% (OMS)	Reduzir para $\leq$ 24%
Diabetes mellitus	12,3%	10,2%	Deter aumento (OMS)	Manter $\leq$ 12%
Tabagismo	14,5%	9,3%	$<$ 10% (Plano DCNT Brasil)	Reduzir para $\leq$ 10%
Sedentarismo/Inatividade	43,5%	47,2%	$<$ 40% (Plano DCNT Brasil)	Reduzir para $\leq$ 40%
Consumo insuficiente de frutas	45,8%	66,3%*	$\geq$ 50% consumo regular	Aumentar consumo para $\geq$ 50%
Consumo insuficiente de hortaliças	52,0%	62,8%*	$\geq$ 50% consumo regular	Aumentar consumo para $\geq$ 50%
Consumo de ultraprocessados	48,1%	N/D	Reduzir (Guia Alimentar)	Reduzir para $\leq$ 40%
Consumo abusivo de álcool	$\sim$ 10%	17,1%	Redução de 10% (OMS)	Reduzir para $\leq$ 8%

* Valores do VIGITEL representam consumo insuficiente (não atingem recomendação de 5 ou mais dias por semana).

Fontes: OMS Global NCD Targets 2025; Plano de Ações Estratégicas DCNT Brasil 2021-2030 (MS); VIGITEL Brasil 2023 (MS); Guia Alimentar para a População Brasileira 2014 (MS); Inquérito Epidemiológico DCNT Maricá 2024-2025.



3. MATRIZES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Esta seção apresenta as oito matrizes de políticas públicas desenvolvidas a partir dos dados do Inquérito Epidemiológico de DCNT Maricá 2024-2025.

3.1 Quadro 1 - Matriz de Priorização de Problemas

A Matriz de Priorização hierarquiza os principais problemas identificados no inquérito segundo critérios objetivos. A obesidade emerge como prioridade máxima, combinando a maior magnitude (33,4%) com alta gravidade e vulnerabilidade a intervenções.

Quadro 1 - Matriz de Priorização de Problemas de Saúde, Maricá/RJ, 2026

M=Magnitude; G=Gravidade; V=Vulnerabilidade; T=Tendência; F=Factibilidade

Ranking	Problema Identificado	Prevalência	M	G	V	T	F	Grupo Prioritário	Setor Responsável	IP
1	DCNT em Beneficiários de Programas Sociais	36,7% vs 30,3% (não benef.)	4	5	5	5	5	Beneficiários Mumbuca - RBC, BF, BPC	Saúde + Assistência Social + Ecosol	4.8
2	Obesidade e Excesso de Peso	33,4% obesidade / 64,2% excesso peso	5	5	4	5	4	Mulheres, 40-59 anos, Beneficiários	Saúde + Assistência Social	4.6
3	Consumo Elevado de Ultraprocessados	48,1%	5	4	4	5	5	Jovens 18-39 anos (62,1%)	Saúde + Educação + Agricultura + Pesca + Amar	4.6
4	Hipertensão Arterial	26,2%	5	5	4	5	4	Idosos 60+ (51,6%), Beneficiários	Atenção Primária a Saúde + Políticas para Terceira	4.6



									Idade	
5	Diabetes Mellitus	12,3%	4	5	4	5	4	Idosos 60+ (28,5%), Beneficiários	Atenção Primária a Saúde + Políticas para Terceira Idade	4.4
6	Sedentarismo	43,5%	5	4	4	4	4	Distrito Inoã (53,3%)	Saúde + Esporte e Lazer	4.2
7	Baixo Consumo de Frutas e Hortaliças	45,8% frutas / 52,0% hortaliças	4	3	5	4	5	Distrito Inoã (37,8% frutas)	Saúde + Agricultura + Amar	4.2
8	Tabagismo	14,5%	3	5	3	4	3	Itaipuaçu (15,9%), Ponta Negra (15,4%)	Saúde + Educação	3.6
9	Dislipidemias (Colesterol / Triglicerídeo)	8,2% colesterol / 3,2% triglic.	3	4	3	3	3	Distrito Inoã, Idosos	Atenção Primária a Saúde	3.2
10	Consumo de Alcool	8,9%	2	4	3	4	3	Ponta Negra (10,9%), Jovens	Saúde + Assistência Social + Educação + Secretaria de Juventude e Participação Popular	3.2

3.2 Quadro 2 - Ações Específicas por Problema

O Quadro 2 operacionaliza a priorização em ações concretas, vinculando cada problema a intervenções específicas baseadas em evidências científicas, com prazos e indicadores de monitoramento propostos para avaliação e execução das pastas afins.

Tal detalhamento é imprescindível para instrumentalizar a tomada de decisão dos gestores, estabelecendo um roteiro estratégico com metas mensuráveis voltadas ao enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no cenário epidemiológico de Maricá. A definição dessas diretrizes visa assegurar a resolutividade das ações programadas, permitindo não

KMG



apenas a mitigação dos agravos identificados, mas a implementação de soluções estruturantes que impactem positivamente a qualidade de vida e reduzam a morbimortalidade da população assistida no município.

Quadro 2 - Ações Específicas por Problema de Saúde, Maricá/RJ, 2026-2028

Fonte: Elaboração própria a partir do Inquérito DCNT Maricá 2024-2025

Problema	Evidência do Inquérito	Ação Proposta	Indicador de Monitoramento	Prazo
Obesidade e Excesso de Peso	33,4% (10pp acima média nacional); RP=1,37 para 40-59 anos	Criação ou ampliação de Programas municipais de vigilância nutricional com aferição antropométrica periódica.	% de adultos com IMC ≥ 30 aferido em equipamentos públicos de saúde, especialmente no que tange a saúde primária.	Curto (6 meses)
Obesidade e Excesso de Peso	36,2% em mulheres vs 30,3% em homens (RP=1,17)	Criação ou ampliação de grupos de apoio a mulheres 40-59 anos com priorização em atendimentos nutricionais e de práticas esportivas em horários flexíveis.	Cobertura de mulheres 40-59 em grupos de apoio em políticas de combate a obesidade e excesso de peso junto a Secretaria de Saúde.	Curto (6 meses)
Obesidade e Excesso de Peso	beneficiários com RP=1,09 (IC95%: 1,02-1,17)	Identificação de avaliação nutricional e Integração de educação alimentar ao beneficiários de programas sociais	% de beneficiários com avaliação nutricional	Médio (12 meses)
Obesidade e Excesso de Peso	IMC médio 28,3 kg/m ² ; 64,2% com excesso de peso	Implantação de Academia da Saúde e programas desportivos em todos os distritos com prescrição de exercício	Número de usuários de Academia da Saúde por distrito e cadastrados em programas desportivos.	Médio (12 meses)
Consumo de Ultra processados	48,1% consome regularmente (≥ 2 d/sem)	Campanha de marketing permanente "Bem Viver Alimentar"	% de redução no consumo de ultra processados	Curto (6 meses)
Consumo de Ultra processados	62,1% entre jovens 18-39 anos	Programa de educação alimentar em escolas da rede pública de ensino e palestras nas universidades do Passaporte Universitário com foco em adolescentes e jovens	Número de escolas com programa de educação alimentar	Médio (12 meses)
Consumo de Ultraprocessados	Homogeneidade entre distritos (47,5-48,7%)	Regulamentação municipal da proibição de publicidade de ultraprocessados em espaços públicos	Legislação aprovada e implementada	Médio (12 meses)
Consumo de Ultraprocessados	Homogeneidade entre distritos (47,5-48,7%)	Redução gradual do consumo de	% de redução no consumo de ultra	Médio (12 meses)

KAD



		ultraprocessados em serviços de alimentação contratados pela Prefeitura de Maricá	processados nos ambientes públicos de oferta de alimentos.	
Hipertensão Arterial	26,2% geral; 51,6% em idosos 60+; 30,3% em Inoã	Mutirões de rastreamento de HAS em todos os distritos com foco em Inoã	Nº de casos novos de HAS identificados	Muito Curto (3 meses)
Hipertensão Arterial	29,8% em beneficiários vs 24,3% não beneficiários	Protocolo de acompanhamento intensivo de hipertensos beneficiários	% de hipertensos beneficiários com PA controlada	Curto (6 meses)
Hipertensão Arterial	Gradiente etário: 6,1% -> 29,5% -> 51,6%	Campanha de conscientização de redução do uso de sódio na alimentação e nos estabelecimentos comerciais de gênero alimentício	Nº de estabelecimentos parceiros	Médio (12 meses)
Sedentarismo	Associação com obesidade e DCNT	Prescrição de atividade física como parte do atendimento na APS	% de atendimentos com prescrição de atividade física	Curto (6 meses)
Sedentarismo	Associação com obesidade e DCNT	Ampliação de atendimento da população obesa nas UBS	% de atendimentos com ficha de acompanhamento médico	Curto (6 meses)
Sedentarismo	47,4% na faixa 40-59 anos	Grupos de caminhada orientada com horários matutino e noturno	Nº de participantes em grupos de caminhada na faixa etária com maior prevalência	Médio (12 meses)
Sedentarismo	43,5% da população; 53,3% em Inoã	Implantação prioritária de Academia da Saúde em Inoã	Nº de equipamentos instalados / usuários cadastrados	Médio (12 meses)
Sedentarismo	Associação com obesidade e DCNT	Criação ou ampliação do Programa de Combate à Obesidade	Nº de atendimentos realizados e procedimentos feitos	Longo (18 meses)
DCNT em beneficiários	RBC: 39,1% com DCNT; BPC/LOAS: 63,1%	Capacitação de equipes CRAS para identificação e encaminhamento de beneficiários com DCNT para UBS	Nº de profissionais CRAS capacitados / Encaminhamentos realizados as UBS pelos agentes de campo.	Curto (6 meses)
DCNT em beneficiários	Beneficiários em Inoã: 42,9% da população	Ampliação de grupos de promoção da saúde nos CRAS e UBS com foco em alimentação e atividade física em horários alternativos para atendimento aos trabalhadores	Nº de grupos de promoção da saúde em CRAS e UBS.	Curto (6 meses)
DCNT em beneficiários	36,7% com DCNT vs 30,3% não beneficiários	Criação de Linha de Cuidado DCNT- Assistência Social integrada	Nº de beneficiários com DCNT vinculados a UBS	Médio (12 meses)
Diabetes Mellitus	12,3% geral; 28,5% em idosos; 14,8% em Inoã	Rastreamento de diabetes com glicemia capilar em UBS e	Nº de rastreamentos de diabetes e testes realizados	Curto (6 meses)

5

Kow



Diabetes Mellitus	14,5% em beneficiários vs 11,3% não beneficiários	CRAS Programa de educação em diabetes e testes de glicemia nos territórios de comunidades urbanas	Nº de testes realizados nos territórios de comunidades urbanas	Curto (6 meses)
Diabetes Mellitus	BPC/LOAS: 25,5% com diabetes	Protocolo de identificação de pré-diabéticos	% de pré-diabéticos identificados	Curto (6 meses)
Baixo Consumo de Frutas/Hortaliças	37,8% frutas em Inoã vs 48,0% no Centro	Distribuição de alimentos hortigranjeiros produzidos pelas hortas comunitárias e espaços públicos de produção de alimentos	Quantidade de frutas e hortalças distribuídas	Curto (6 meses)
Baixo Consumo de Frutas/Hortaliças	37,8% frutas em Inoã vs 48,0% no Centro	Feira da Agricultura Familiar em Inoã com preços subsidiados	Nº de feiras da agricultura familiar por distrito	Médio (12 meses)
Baixo Consumo de Frutas/Hortaliças	37,8% frutas em Inoã vs 48,0% no Centro	Criação da Horta Comunitárias de Inoã	Nº de hortas comunitárias criadas	Médio (12 meses)
Baixo Consumo de Frutas/Hortaliças	37,8% frutas em Inoã vs 48,0% no Centro	Ampliação e divulgação do Programa Horta em Casa	Nº de residências atendidas no distrito de Inoã	Médio (12 meses)
Baixo Consumo de Frutas/Hortaliças	45,8% frutas e 52,0% hortalças - abaixo das recomendações	Criação das Hortas comunitárias nos territórios de CRAS, UBS e escolas municipais	Nº de hortas comunitárias implantadas	Longo (18 meses)
Tabagismo	14,5% geral; 15,9% Itaipuaçu; 15,4% Ponta Negra	Grupos de cessação do tabagismo em todas as UBS com atenção especial aos distritos de Itaipuaçu e Ponta Negra.	Nº de grupos de cessação funcionando	Curto (6 meses)
Tabagismo	17,1% entre jovens 18-39 anos	Programa de prevenção nas escolas e universidades integrantes do Passaporte Universitário	Nº de instituições de ensino participantes	Médio (12 meses)
Dislipidemias	10,7% colesterol em Inoã; 16,7% em idosos 60+	Rastreamento de dislipidemias em adultos 40+ anos	Nº de rastreamentos de colesterol realizados	Curto (6 meses)
Consumo de Alcool	10,9% em Ponta Negra; 11,4% entre jovens	Ampliação da fiscalização de vendas ilegais de bebidas alcoólicas para jovens	Nº de autuações de estabelecimentos	Muito Curto (3 meses)
Consumo de Alcool	8,9% consumo frequente (≥ 3 d/sem)	Intervenção breve para uso de álcool nas UBS com acompanhamento médico	Nº de intervenções breves realizadas	Curto (6 meses)
Consumo de Alcool	10,9% em Ponta Negra; 11,4% entre jovens	Campanha de Conscientização dos malefícios do uso do álcool em escolas municipais e grupos de juventude	Nº de encontros	Curto (6 meses)
Consumo de Alcool	10,9% em Ponta	Implementação do	Nº de atendimentos	médio (12 meses)

Karl



	Negra; 11,4% entre jovens	CAPS AD itinerante em Ponta Negra	CAPS AD em Ponta Negra	
--	---------------------------	-----------------------------------	------------------------	--

3.3 Quadro 3 - Perfil Epidemiológico Distrital

O perfil epidemiológico distrital revela heterogeneidades importantes na distribuição das DCNT. Inoã concentra as maiores prevalências, seguido por Ponta Negra, Itaipuaçu e Centro.

Quadro 3 - Perfil Epidemiológico Comparativo entre Distritos, Maricá/RJ, 2024-2025

Fonte: Inquérito DCNT Maricá 2024-2025. Valores em percentual (%)

Indicador	Centro	Inoã	Itaipuaçu	Ponta Negra	Interpretação
População amostral (n)	6.361	2.489	1.692	1.259	Maior concentração populacional
% da amostra total	53,9%	21,1%	14,3%	10,7%	-
Idade média (anos)	46,1	46,6	46,1	45,9	Homogeneidade etária
% Beneficiários prog. sociais	30,6%	42,9%	30,5%	35,1%	Inoã concentra mais beneficiários
— DCNT —					
Hipertensão Arterial (%)	24,8	30,3	26,4	23,7	Inoã – Maior Prioridade
Diabetes Mellitus (%)	12,2	14,8	11,5	11,3	Inoã – Maior Prioridade
Colesterol Elevado (%)	7,6	10,7	8,0	6,9	Inoã – Maior Prioridade
Triglicerídeos Elevados (%)	2,9	3,9	3,6	1,9	Inoã – Maior Prioridade
Pelo menos 1 DCNT (%)	~31%	~38%	~32%	~30%	Inoã com maior carga
— FATORES DE RISCO —					
Ultraprocessados >=2d/sem (%)	48,7	47,5	47,7	48,5	Homogêneo – Problema Estrutural
Sedentarismo (%)	41,5	53,3	41,4	40,6	Inoã – Maior

Handwritten signature



					Prioridade*
Tabagismo (%)	12,8	15,2	15,9	15,4	Itaipuaçu – Maior Prioridade
Alcool >=3d/sem (%)	9,3	7,9	8,3	10,9	Ponta Negra – Maior Prioridade
Refrigerante >=5d/sem (%)	11,2	11,8	11,8	11,5	Homogêneo – Problema Estrutural
— FATORES DE PROTEÇÃO —					
Frutas >=5d/sem (%)	48,0	37,8	47,4	46,6	Inoã – Maior Prioridade*
Hortaliças >=5d/sem (%)	52,1	50,3	52,9	52,5	Homogêneo
Feijão >=5d/sem (%)	72,6	75,3	69,1	71,9	Itaipuaçu – Menor resultado
— OBESIDADE —					
Obesidade (%)	33,6	33,9	31,8	36,1	Ponta Negra – Maior Prioridade
Obesidade Benef. (%)	35,2	38,3	33,1	41,7	Ponta Negra – Maior Prioridade
Obesidade Não Beneficiários (%)	33,0	30,6	31,2	33,1	Homogêneo

3.4 Quadro 4 - Ações Territorializadas por Distrito

O Quadro 4 traduz o perfil epidemiológico em ações territorializadas, com metas específicas para cada distrito conforme sua classificação de risco.

3.4.1 Distrito de Inoã (Risco: ALTO)

Quadro 4A - Ações para Inoã

Classificação: ALTO RISCO

Problema Prioritário	Ação Territorializada	Meta (2 anos)	Indicador
Hipertensão Arterial (30,3%)	UBS de Inoã como polo de	Reduzir HAS para 28%	% HAS controlada / Nº de

Knd



	referência para HAS - rastreamento intensivo		novos casos confirmados
Diabetes Mellitus (14,8%)	Grupos de diabetes com captação ativa via ACS - meta 100% cadastrados	80% diabéticos com HbA1c controlada	% diabéticos com consulta trimestral
Colesterol Elevado (10,7%)	Mutirão de colesterol com exames in loco	100% adultos >40 rastreados	Nº exames realizados / % alterados
Sedentarismo (53,3%)	Implantação prioritária de Academia da saúde e ações de desporto em horários alternativos em Inoã para atender aos trabalhadores	Reduzir sedentarismo para 45%	% população em atividade física
Baixo consumo frutas (37,8%)	Feira da Agricultura Familiar semanal com subsídios e ampliação de hortas comunitárias	Aumentar frutas para 45%	% consumo regular frutas
DCNT em beneficiários (42,9% beneficiários)	Parceria CRAS-UBS para acompanhamento integrado	100% beneficiários com 1 consulta/ano para "check up"	Nº de beneficiários vinculados a UBS vs número de atendimentos de revisão e acompanhamento médico
Obesidade em beneficiários (38,3%)	Programa "Saúde do Trabalhador" - horários alternativos para prática desportiva junto ao acompanhamento médico.	Reduzir obesidade dos beneficiários para 35%.	IMC médio dos beneficiários

3.4.2 Distrito de Ponta Negra (Risco: MODERADO-ALTO)

Quadro 4B - Ações para Ponta Negra

Classificação: MODERADO-ALTO

Problema Prioritário	Ação Territorializada	Meta (2 anos)	Indicador
Consumo de Alcool (10,9%)	CAPS AD itinerante - atendimento descentralizado	Reduzir álcool para 8%	Nº de atendimentos CAPS AD / redução internações
Tabagismo (15,4%)	Ampliação do programa de cessação do tabagismo na UBS	Reduzir tabagismo para 12%	% cessação tabagismo
Obesidade em beneficiários (41,7%)	Programa intensivo para beneficiários obesos	Reduzir obesidade dos beneficiários para 35%	% beneficiários com redução peso acima de 10% do peso ao início do tratamento
Obesidade geral (36,1%)	Academia da saúde com	Reduzir obesidade para 33%	IMC médio população

1400



	horários flexíveis		
Hipertensão Arterial (23,7%)	Manutenção do perfil protetor - consumo de peixe (88,1%)	Manter HAS <24%	% HAS controlada

3.4.3 Distrito de Itaipuaçu (Risco: MODERADO)

Quadro 4C - Ações para Itaipuaçu

Classificação: MODERADO

Problema Prioritário	Ação Territorializada	Meta (2 anos)	Indicador
Tabagismo (15,9%)	Programa de cessação do tabagismo prioritário - grupos semanais nas UBS	Reduzir tabagismo para 12%	N participantes grupos cessação / % cessação
Ultraprocessados (47,7%)	Educação alimentar em escolas e espaços comunitários	Reduzir ultraprocessados para 44%	% redução consumo ultraprocessados
Baixo consumo de feijão (69,1%)	Incentivo ao consumo de feijão - valorização cultural	Aumentar feijão para 72%	% consumo regular de feijão
Hipertensão Arterial (26,4%)	Rastreamento de HAS em pontos de grande circulação	Manter HAS <27%	Nº de rastreamentos HAS realizados
Obesidade (31,8%)	Programa de atividade física nas praças e orla	Manter obesidade <32%	% população em atividade física

3.4.4 Distrito Centro (Risco: MODERADO-BAIXO)

Quadro 4D - Ações para Centro

Classificação: MODERADO-BAIXO

Problema Prioritário	Ação Territorializada	Meta (2 anos)	Indicador
Hipertensão Arterial (24,8%)	Manutenção do rastreamento de HAS na rede de UBS	Manter HAS <25%	Taxa de internação por HAS / % PA controlada
Diabetes Mellitus (12,2%)	Grupos de educação em diabetes nas UBS do Centro	Manter controle de no mínimo 75% dos diabéticos	% diabéticos em grupos educativos
Ultraprocessados (48,7%)	Campanha de redução de ultraprocessados - parcerias comércio local	Reduzir ultraprocessados para 45%	% redução consumo ultraprocessados
Sedentarismo	Fortalecimento dos grupos de caminhada e atividade física existentes	Manter sedentarismo <42%	Nº participantes grupos atividade física e práticas desportivas



Obesidade em beneficiários (35,2%)	Grupos de reeducação alimentar e acompanhamento nutricional nas UBS a partir das indicações do CRAS do Centro	Reduzir obesidade dos beneficiários para 32%	% beneficiários com avaliação nutricional
------------------------------------	---	--	---

3.5 Quadro 5 - Síntese da Priorização Distrital

A síntese consolida a análise distrital e orienta a alocação de recursos entre os territórios, com Inoã recebendo recomendação de 35-40% do orçamento específico para DCNT.

Quadro 5 - Síntese da Priorização e Alocação por Distrito

Fonte: Elaboração própria

Distrito	Ranking de Prioridade	Justificativa epidemiológica	Problemas Prioritários	Estratégia Central	Investimento Relativo Recomendado	Equipamentos Prioritários
INOÃ	1	Maior prevalência de HAS (30,3%), DM (14,8%), colesterol (10,7%), sedentarismo (53,3%); menor consumo de frutas (37,8%); maior concentração de beneficiários (42,9%); diferença de 7,7pp em obesidade entre beneficiários e não beneficiários	1. HAS 2. DM 3. Sedentarismo 4. Baixo consumo frutas 5. DCNT em beneficiários	INTENSIFICACAO - Ações de alta intensidade e cobertura em todos os eixos de DCNT com integração Saúde - Assistência Social. Polo de referência para o município.	ALTO (35-40% dos recursos territorializados)	Academia da Saúde, Feira Agricultura Familiar, Hortas Comunitárias, UBS ampliada, CRAS fortalecido
PONTA NEGRA	2	Maior consumo de álcool (10,9%); maior obesidade em beneficiários (41,7%); obesidade geral elevada (36,1%); tabagismo elevado (15,4%); diferença de 8,6pp em obesidade entre beneficiários e não beneficiários	1. Álcool 2. Obesidade de beneficiários 3. Tabagismo 4. Obesidade geral	FOCALIZACAO - Ações específicas para redução de álcool e tabaco; programa intensivo para beneficiários obesos; CAPS AD itinerante.	MEDIO-ALTO (25-30% dos recursos territorializados)	CAPS AD, Academia da saúde, Grupos de cessação tabagismo
ITAIPUAÇU	3	Maior prevalência	1. Tabagismo 2.	INTERVENCAO	MEDIO (20-	Grupos

Kaw



		de tabagismo (15,9%); menor consumo de feijão (69,1%); perfil misto com fatores de risco e proteção coexistentes; prevalência intermediária de DCNT.	Ultraprocessados 3. Baixo feijão 4. HAS	COMPORTAMENTAL - Foco em cessação do tabagismo e mudança de padrões alimentares; abordagem comunitária.	25% dos recursos territorializados)	cessação tabagismo, Programas educação alimentar em escolas
CENTRO	4	Perfil intermediário; maior população e infraestrutura; melhores indicadores de consumo de frutas e hortaliças; menor prevalência de tabagismo (12,8%); menor sedentarismo relativo (41,5%).	1. Ultraprocessados 2. Manutenção indicadores 3. HAS 4. DM	MANUTENCAO E FORTALECIMENTO - Consolidar ações existentes; expandir cobertura de grupos; monitoramento contínuo.	MEDIO-BAXO (15-20% dos recursos territorializados)	Manutenção e ampliação dos equipamentos existentes

3.6 Quadro 6 - Populações Prioritárias

A identificação de populações prioritárias utilizou modelos de regressão de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) ajustadas. A faixa etária de 40-59 anos apresenta $RP=1,37$ para obesidade.

Quadro 6 - Populações Prioritárias para Intervenções em DCNT

RP = Razão de Prevalência ajustada por regressão de Poisson

Grupo Populacional	Razão de Prevalência (Obesidade)	Prevalência de DCNT	Justificativa para Priorização	Ações Prioritárias para o Grupo	Indicador de Impacto
Adultos 40-59 anos	$RP = 1,37$ (IC95%: 1,27-1,47)	HAS 29,5% / DM 11,8%	Maior RP para obesidade; fase de maior acúmulo de fatores de risco; alta prevalência de HAS e DM; maior capacidade de resposta a intervenções.	1. Busca ativa para rastreamento de HAS/DM/dislipidemia 2. Grupos de reeducação alimentar com horários flexíveis 3. Programa de atividade física com	% com HAS/DM controlados; redução do IMC médio; % em atividade física

Kad



				prescrição medica 4. Avaliação antropométrica anual obrigatória	
Mulheres	RP = 1,17 (IC95%: 1,10-1,26)	N/A	Maior prevalência de obesidade (36,2% vs 30,3%); maior vulnerabilidade social; dupla jornada de trabalho; papel central na alimentação familiar.	1. Grupos exclusivos para mulheres com creche 2. Programa de saúde da mulher integrado a DCNT 3. Oficinas de alimentação saudável acessíveis 4. Academia da saúde com horários para mulheres	% mulheres em grupos; redução prevalência obesidade feminina
Beneficiários de Programas Sociais	RP = 1,09 (IC95%: 1,02-1,17)	36,7% pelo menos 1 DCNT	Associação significativa com obesidade após ajuste multivariado; maior prevalência de todas as DCNT; determinantes sociais compartilhados.	1. Linha de Cuidado DCNT-Assistência Social 2. Educação alimentar no cadastramento 3. Grupos de promoção da saúde em CRAS 4. Busca ativa para vinculação a UBS 5. Oferta direta de alimentos orgânicos e com eficientes índices nutricionais.	% beneficiários com DCNT controlada; vinculação a UBS
Beneficiários BPC/LOAS	N/A - Ver prevalência DCNT	63,1% pelo menos 1 DCNT	Maior prevalência de DCNT (63,1%); população idosa e com deficiência; alta vulnerabilidade; dificuldade de acesso a serviços.	1. Visita domiciliar mensal por ACS/equipe NASF 2. Acompanhamento nutricional domiciliar 3. Articulação com CREAS para casos complexos 4. Monitoramento intensivo de DCNT	% BPC/LOAS com acompanhamento domiciliar; internações evitadas
Beneficiários em Ponta Negra	N/A - 41,7% obesidade (maior)	34,3% pelo menos 1 DCNT	Maior obesidade entre beneficiários do município; diferença de 8,6pp em relação a não	1. Programa intensivo de redução de peso 2. Acompanhamento nutricional mensal	Redução de obesidade em beneficiários de 41,7% para 35%

Kat



			beneficiários.	3. CAPS AD para casos de uso de álcool 4. Academia da saúde prioritária	
Beneficiários em Inoã	N/A - 38,3% obesidade	42,1% pelo menos 1 DCNT	Alta concentração de beneficiários (42,9%); maior prevalência distrital de DCNT.	1. Todas as ações de Inoã intensificadas 2. CRAS como hub de promoção da saúde 3. Feiras subsidiadas de alimentos 4. Academia da saúde em Inoã com horários alternativos 5. Distribuição de alimentos produzidos pelas Hortas Comunitárias	% de beneficiários Inoã com DCNT controlada
Idosos 60+ anos	RP = 1,00 (IC95%: 0,92-1,10) - NS	HAS 51,6% / DM 28,5%	Alta prevalência de DCNT, mas não de obesidade; foco em controle e prevenção de complicações.	1. Controle rigoroso de HAS e DM 2. Prevenção de complicações (pré-diabéticos, AVC) 3. Grupos de convivência com atividade física leve e práticas desportivas acessíveis 4. Vacinas e prevenção de fragilidade	Taxa de complicações; internações por CSAP; mortalidade prematura
Jovens 18-39 anos	Referência	HAS 6,1% / DM 2,3%	Baixa prevalência de DCNT, mas alta de fatores de risco; oportunidade de prevenção primária; formação de hábitos.	1. Educação alimentar em escolas e universidades 2. Prevenção de tabagismo e álcool 3. Incentivo a atividade física (esporte, academia) 4. Campanha contra ultraprocessados	% jovens sem DCNT mantidos; redução consumo ultraprocessados
População sem DCNT (Janela de Oportunidade)	N/A - 68,5% da amostra	0% - Sem DCNT (n=8.086)	68,5% da população ainda sem DCNT; 29,9% já com	1. Rastreamento de fatores de risco modificáveis 2. Programa de	% sem progressão para DCNT em 2 anos; redução fatores de risco;

Kat



			obesidade; alta prevalência de ultraprocessados; janela crítica para prevenção primária.	mudança de estilo de vida 3. Vinculação precoce a grupos de promoção da saúde 4. Monitoramento de progressão para DCNT	ampliação dos fatores de proteção
--	--	--	--	--	-----------------------------------

3.7 Quadro 7 - Integração Saúde-Assistência Social

Beneficiários de programas sociais apresentaram prevalência de DCNT de 36,7% vs 30,3% em não beneficiários (RP=1,09; IC95%: 1,03-1,15). Destaca-se que 63,1% dos beneficiários BPC/LOAS têm pelo menos uma DCNT.

Quadro 7 - Estratégias de Integração Saúde-Assistência Social

Base: Inquérito DCNT Maricá 2024-2025 e diretrizes SUAS/SUS

Eixo de Integração	Ação	Evidência do Inquérito que justifica	Sector Responsável	Prazo	Indicador
Cadastro e Identificação	Cruzamento de bases CadÚnico e e-SUS para identificação de beneficiários com DCNT	36,7% de beneficiários com DCNT vs 30,3% não beneficiários	TI Saúde + TI Assistência Social	Médio (12 meses)	Nº de beneficiários identificados com DCNT / % vinculados a UBS
Cadastro e Identificação	Incluir avaliação de saúde (HAS, DM, obesidade) no cadastramento de programas sociais	Obesidade 36,1% em beneficiários vs 32,1% não beneficiários (RP=1,09)	Assistência Social + Atenção Primária	Médio (12 meses)	% beneficiários com avaliação de saúde no cadastramento
Fluxo de Encaminhamento	Protocolo de referência CRAS -> UBS para beneficiários com suspeita de DCNT	42,9% dos moradores de Inoã são beneficiários - maior concentração	Coordenação APS + Coordenação SUAS	Curto (6 meses)	Nº de encaminhamentos CRAS -> UBS / % efetivados
Fluxo de Encaminhamento	Contra referência UBS -> CRAS	BPC/LOAS com 63,1% de	Coordenação APS + Coordenação	Curto (6 meses)	N contra referências UBS -

g

Kno



	para beneficiários em situação de risco social	prevalência de DCNT - alta vulnerabilidade	SUAS		> CRAS
Ações Conjuntas	Grupos de promoção da saúde nos CRAS (alimentação saudável, atividade física)	46,5% de beneficiários consomem ultraprocessados; 44% frutas (abaixo média)	UBS territoriais + CRAS territoriais	Médio (12 meses)	Nº de grupos funcionando / Nº de participantes
Ações Conjuntas	Feira da Agricultura Familiar com subsídio via programas sociais	Inoã com 37,8% consumo de frutas - menor do município	Agricultura + Amar + Assistência Social	Médio (12 meses)	Nº de feiras realizadas / Nº de famílias beneficiadas / Nº de Produtores Locais
Ações Conjuntas	Condicionalidade de saúde para RBC (consulta anual, acompanhamento de DCNT)	Diferença de prevalência de DCNT persiste após ajuste por idade	Secretaria de Assistência Social + Economia Solidária	Longo (18 meses)	% de beneficiários do RBC com consulta anual realizada
Monitoramento Compartilhado	Painel de indicadores compartilhado Saúde - Assistência Social por território	Heterogeneidade distrital requer monitoramento territorializado	Vigilância em saúde + Vigilância Socioassistencial	Curto (6 meses)	Nº indicadores monitorados / frequência de atualização
Monitoramento Compartilhado	Reuniões mensais de integração das informações entre equipes da Saúde e da Assistência Social	Integração e fundamental para abordagem de determinantes sociais	Coordenação APS + Coordenação CRAS	Imediato	Nº de reuniões realizadas / Nº de casos discutidos
Capacitação de Equipes	Capacitação de equipes CRAS em identificação de sinais de DCNT	CRAS e ponto de contato privilegiado com população vulnerável	Educação Permanente em saúde	Curto (6 meses)	Nº de profissionais CRAS capacitados
Capacitação de Equipes	Capacitação de ACS em determinantes sociais e programas de assistência	ACS e elo entre serviços de saúde e comunidade	Educação Permanente em saúde	Curto (6 meses)	Nº de ACS capacitados



3.8 Quadro 8 - Cronograma de Implementação

O cronograma organiza as ações em três fases: curto prazo (0-6 meses), médio prazo (12-18 meses) e longo prazo (18-36 meses).

3.8.1 Fase 1 - Curto Prazo (0-6 meses)

Fase 1 - Ações de Curto Prazo

Foco: Estruturação e capacitação

Ação Prioritária	Meta Quantitativa	Indicador de Processo	Indicador de Resultado (2 anos)
Protocolos de integração Saúde - Assistência Social	100% dos fluxos estabelecidos	Nº de protocolos publicados / Nº de reuniões	Nº de beneficiários com DCNT vinculados à UBS
Capacitação de equipes CRAS e ACS	100% equipes CRAS e 80% ACS capacitados	Nº de profissionais capacitados / carga horária	Melhoria na identificação precoce de DCNT
Mutirões de rastreamento HAS, DM e dislipidemia (foco Inoã)	5.000 rastreamentos; 80% pop. >40 anos em Inoã	Nº de rastreamentos / Nº de casos novos	Redução de casos não diagnosticados
Grupos de promoção da saúde em CRAS	1 grupo por CRAS; 500 participantes totais	Nº de grupos / Nº de participantes / frequência	Melhora em alimentação e atividade física
Campanha "Bem Viver Alimentar"	Alcance de 70% da população	Nº de peças de comunicação / alcance estimado	Redução de 5-10% no consumo de ultraprocessados

3.8.2 Fase 2 - Médio Prazo (12-18 meses)

Fase 2 - Ações de Médio Prazo

Foco: Implantação de equipamentos

Ação Prioritária	Meta Quantitativa	Indicador de Processo	Indicador de Resultado (2 anos)
Implantação de Academia da saúde em Inoã	1 Academia implantada; 500 usuários / mês	Obra concluída / Nº de usuários cadastrados	Redução de 3-5pp no sedentarismo em Inoã
Feira da Agricultura Familiar em Inoã	4 feiras/mês; 1.000 famílias beneficiadas	Nº de feiras realizadas / volume comercializado	Aumento de 5pp no consumo de frutas em Inoã



Programa de cessação do tabagismo (Itaipuaçu e Ponta Negra)	4 grupos de cessação; 200 participantes; 30% cessação	N grupos / N participantes / taxa cessação	Redução de 3pp no tabagismo
CAPS AD itinerante em Ponta Negra	100 atendimentos/mês; 80% cobertura da demanda	Nº de atendimentos / Nº de encaminhamentos	Redução de 2pp no consumo de álcool
Sistema de monitoramento compartilhado	Painel com 20 indicadores; atualização mensal	Nº de indicadores / frequência atualização	Tomada de decisão baseada em dados

3.8.3 Fase 3 - Longo Prazo (18-36 meses)

Fase 3 - Ações de Longo Prazo

Foco: Consolidação e avaliação

Ação Prioritária	Meta Quantitativa	Indicador de Processo	Indicador de Resultado (2 anos)
Expansão Academia da saúde para outros distritos	1 Academia por distrito (4 total)	Nº de Academias / Nº de usuários total	Redução municipal de 3-5pp no sedentarismo
Condicionalidade de saúde para beneficiários do RBC	70% beneficiários do RBC com consulta anual	% beneficiários com consulta	Melhora no controle de DCNT em beneficiários
Segundo inquérito epidemiológico (avaliação de impacto)	Amostra de 10.000 adultos; comparabilidade com 2024/2025	Nº de entrevistas realizadas / taxa resposta	Avaliação de tendências e impacto das intervenções
Consolidação da Linha de Cuidado DCNT - Assistência Social	100% de beneficiários com DCNT em acompanhamento integrado	% de beneficiários DCNT vinculados	Redução das disparidades entre beneficiários e não beneficiários.



4. CONSIDERAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO

4.1 Governança e Coordenação

Recomenda-se a instituição de um Comitê Municipal de Enfrentamento das DCNT, com representação das áreas técnicas da Saúde (Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde), da Assistência Social, da Educação, Economia Solidária, Políticas para a Terceira Idade, Esporte e Lazer, Agricultura e de outras secretarias pertinentes capitaneadas pela Secretaria Municipal de Governo ou diretamente pelo Gabinete do Prefeito a fim de dar celeridade nas tomadas de decisões.

Este colegiado atuará como o núcleo estratégico de governança, responsável por transpor o modelo de cuidado puramente biomédico para uma abordagem baseada nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). A articulação intersetorial permitirá que o município de Maricá utilize sua infraestrutura singular — como a rede de transporte de tarifa zero e os programas de transferência de renda — como ferramentas ativas de promoção à saúde.

A coordenação deve priorizar o monitoramento sistemático de indicadores através de uma Vigilância de Doenças Crônicas robusta, capaz de identificar vulnerabilidades territoriais e orientar ações integradas. Cabe ao Comitê, ainda, o desenho de fluxos de cuidado que garantam a continuidade assistencial entre a rede básica e a especializada, fomentando políticas de segurança alimentar via agricultura urbana e o incentivo à vida ativa através dos espaços públicos qualificados. Por fim, a governança será pautada pela sustentabilidade das ações, assegurando que o enfrentamento às DCNT seja uma política de Estado perene, alinhada às metas globais de redução de mortalidade prematura e à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos maricaenses.

4.2 Financiamento

As ações propostas demandam recursos financeiros que devem ser previstos no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA) do município. Recomenda-se a criação de uma linha orçamentária específica para o Programa Municipal de DCNT.

Adicionalmente, a sustentabilidade financeira do programa deve ser fortalecida por meio da celebração de acordos de cooperação técnica e financeira com outros entes federativos, instituições de ensino superior e a iniciativa privada. A articulação com universidades possibilita o aporte de conhecimento científico e inovação tecnológica, enquanto parcerias público-privadas

600



podem viabilizar infraestrutura e campanhas de sensibilização. É fundamental, ainda, a prospecção ativa de emendas parlamentares (individuais e de bancada) e o acesso a fundos específicos — como o Fundo Nacional de Saúde e fundos de amparo à pesquisa — para o financiamento de projetos piloto e a elaboração de novas políticas públicas baseadas em evidências, garantindo a perenidade das intervenções independentemente das oscilações do tesouro municipal.

4.3 Monitoramento e Avaliação

O monitoramento contínuo das ações é essencial. Sugere-se um painel de indicadores com atualização trimestral, contemplando indicadores de processo e de resultado. A avaliação de impacto poderá ser realizada mediante repetição do inquérito em 3-5 anos.

Além disso, é imprescindível promover o cruzamento sistemático desses dados com os sistemas de monitoramento e avaliação de outros órgãos municipais, criando uma inteligência governamental integrada. Nesse cenário, os resultados apontados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no território de Maricá — especialmente através das métricas de vigilância alimentar e nutricional das Unidades de Saúde da Família — servem como balizadores fundamentais. A correlação entre as ações do programa e a evolução dos indicadores de saúde da população assistida permitirá validar a eficácia das intervenções, identificar novas demandas territoriais e garantir que a política de segurança alimentar esteja em plena consonância com os diagnósticos clínicos e sociais coletados na ponta.

A handwritten signature in blue ink, located on the right margin of the page.

A handwritten signature in blue ink, located at the bottom left of the page.



5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2024.

HANLON, J.J. An ecologic view of public health. American Journal of Public Health, v. 59, n. 1, p. 4-16, 1969.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

MARICÁ. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Técnico do Inquérito Epidemiológico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus Fatores de Risco e Proteção. Maricá: SMS, 2024.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2030. Geneva: World Health Organization, 2013.

WHO. Noncommunicable diseases: Key facts. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

WHO. Obesity and overweight: Key facts. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

WHO. Physical activity: Key facts. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Uel

J



APÊNDICE - GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

ACS (Agente Comunitário de Saúde): Profissional que integra as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Mora na comunidade onde trabalha e realiza visitas domiciliares, cadastramento de famílias, acompanhamento de grupos prioritários (gestantes, hipertensos, diabéticos) e educação em saúde. É o elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

Atenção Primária à Saúde (APS): Primeiro nível de atenção do sistema de saúde, caracterizado por conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que abrangem promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

BPC/LOAS: Benefício de Prestação Continuada, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, que garante um salário mínimo mensal a idosos e pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade social.

CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas): Serviço especializado do SUS que oferece atendimento a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Realiza acolhimento, acompanhamento clínico, reinserção social e articulação com a rede de saúde. É componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social. Unidade pública estatal de base territorial, que executa serviços de proteção social básica.

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Grupo de doenças que não são causadas por agentes infecciosos, geralmente de longa duração e progressão lenta. Incluem doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas.

ESF: Estratégia Saúde da Família. Modelo de organização da Atenção Primária à Saúde baseado em equipes multiprofissionais com responsabilidade territorial.

Fator de Proteção: Condição, comportamento ou atributo que reduz a probabilidade de ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde.

Fator de Risco: Condição, comportamento ou atributo que aumenta a probabilidade de ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde.

60



HbA1c (Hemoglobina Glicada): Exame laboratorial que mede a média da glicemia (açúcar no sangue) nos últimos 2-3 meses. É o principal indicador para diagnóstico e controle do diabetes. Valores de referência: <5,7% (normal), 5,7-6,4% (pré-diabetes), $\geq 6,5\%$ (diabetes). Meta terapêutica geralmente <7%.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%. Faixa de valores que tem 95% de probabilidade de conter o verdadeiro valor do parâmetro estimado na população.

Método Hanlon: Técnica de priorização em saúde pública que considera múltiplas dimensões (magnitude, gravidade, eficácia, factibilidade) para hierarquizar problemas de saúde.

NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, ampliando a abrangência das ações.

Prevalência: Proporção de indivíduos que apresentam determinada condição de saúde em um momento específico ou período definido.

Prevenção Primária: Ações destinadas a evitar o surgimento de doenças, atuando sobre os fatores de risco antes que a doença se instale.

Prevenção Secundária: Ações de detecção precoce e tratamento oportuno de doenças já instaladas, visando evitar complicações e progressão.

Razão de Prevalência (RP): Medida de associação que compara a prevalência de uma condição entre grupos expostos e não expostos. $RP=1$ indica ausência de associação; $RP>1$ indica associação positiva.

Sedentarismo: Comportamento caracterizado por atividades que envolvem gasto energético muito baixo, como assistir televisão ou ficar sentado por longos períodos.

Ultraprocessados: Alimentos industrializados com múltiplos ingredientes, incluindo aditivos alimentares, formulados para serem hiperpalatáveis. Exemplos: refrigerantes, salgadinhos, biscoitos recheados.

Rio de Janeiro, 20 de outubro de 2025

CARLOS EDUARDO DAS NEVES
DIRETOR DE SERVIÇOS SOCIAIS

ANA PAULA DOS SANTOS FIGUEIRA
DIRETORA EXECUTIVA