

Organizadora:

Denise Petrucci Gigante

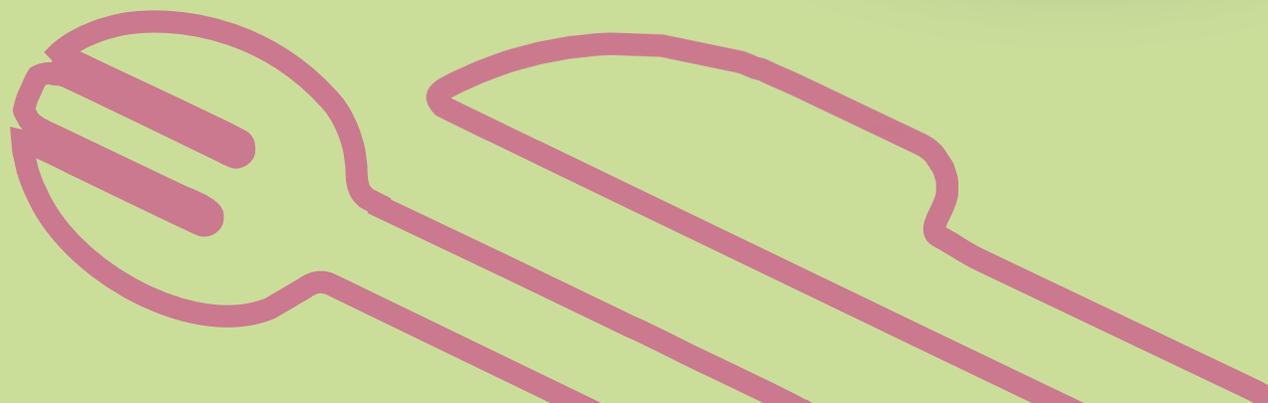


Diagnóstico sobre o enfrentamento e controle da obesidade em municípios do Rio Grande do Sul



ECOSUS

Enfrentamento e controle da
obesidade no âmbito do SUS



**Diagnóstico sobre
o enfrentamento e
controle da obesidade
em municípios do Rio
Grande do Sul**



Reitoria

Reitora: *Isabela Fernandes Andrade*

Vice-Reitora: *Ursula Rosa da Silva*

Chefe de Gabinete: *Aline Ribeiro Paliga*

Pró-Reitora de Ensino: *Maria de Fátima Cássio*

Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação: *Flávio Fernando Demarco*

Pró-Reitor de Extensão e Cultura: *Eraldo dos Santos Pinheiro*

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento: *Paulo Roberto Ferreira Júnior*

Pró-Reitor Administrativo: *Ricardo Hartlebem Peter*

Pró-Reitor de Gestão da Informação e Comunicação: *Julio Carlos Balzano de Mattos*

Pró-Reitora de Assuntos Estudantis: *Rosane Maria dos Santos Brandão*

Pró-Reitora de Gestão de Pessoas: *Taís Ullrich Fonseca*

Conselho Editorial

Presidente do Conselho Editorial: *Ana da Rosa Bandeira*

Representantes das Ciências Agrárias: *Sandra Mara da Encarnação Fiala Rechsteiner* (TITULAR)

Representantes da Área das Ciências Exatas e da Terra: *Eder João Lenardão* (TITULAR), *Daniela Hartwig de Oliveira* e *Aline Joana Rolina Wohlmuth Alves dos Santos*

Representantes da Área das Ciências Biológicas: *Rosângela Ferreira Rodrigues* (TITULAR), *Francieli Moro Stefanello* e *Marla Piumbini Rocha*

Representantes da Área das Engenharias: *Reginaldo da Nóbrega Tavares* (TITULAR), *Cláudio Martin Pereira de Pereira* e *Jairo Valões de Alencar Ramalho*

Representantes da Área das Ciências da Saúde: *Fernanda Capella Rugno* (TITULAR), *Jucimara Baldissarelli* e *Zayanna Christina Lopes Lindoso*

Representantes da Área das Ciências Sociais Aplicadas: *Daniel Lena Marchiori Neto* (TITULAR), *Bruno Rotta Almeida* e *Marislei da Silveira Ribeiro*

Representantes da Área das Ciências Humanas: *Charles Pereira Pennaforte* (TITULAR), *Silvana Schimanski* e *William Daldegan de Freitas*

Representantes da Área das Linguagens e Artes: *Chris de Azevedo Ramil* (TITULAR), *Daniel Soares Duarte* e *Luís Fernando Hering Coelho*



Filiada à ABEU

Rua Benjamin Constant, 1071 - Porto

Pelotas, RS - Brasil

Fone +55 (53)3284.1684

editora.ufpel@gmail.com

Dados de Catalogação na Publicação (CIP) Internacional
Aline Herbstriñh Batista – CRB 10/1737
Coordenação de Bibliotecas - UFPel

D536 Diagnóstico sobre o enfrentamento e controle da obesidade em municípios do Rio Grande do Sul / Denise Petrucci Gigante, organizadora. - Pelotas: Editora da UFPel, 2024. 94 p.

E-book (PDF): 1,1 MB

ISBN: 978-85-60696-41-3

1. Obesidade. 2. Atenção primária à saúde. 3. Programas e políticas de nutrição e alimentação. I. Gigante, Denise Petrucci, org.

CDD: 616.398

Seção de Pré-Produção

Isabel Cochrane

Administrativo

Suelen Aires Böettge

Administrativo

Seção de Produção

Preparação de originais

Eliana Peter Braz

Administrativo

Catálogo

Madelon Schimmelpfennig Lopes

Administrativo

Revisão textual

Anelise Heidrich

Assistente de Revisão

Suelen Aires Böettge

Administrativo

Projeto gráfico e diagramação

Fernanda Figueredo Alves

Carolina Abukawa (Bolsista)

Coordenação de projeto

Ana da Rosa Bandeira

Seção de Pós-Produção

Marisa Helena Consalves de Moura

Administrativo

Eliana Peter Braz

Administrativo

Newton Nyamasege Marube

Administrativo

Projeto Gráfico, Diagramação & Capa

Cíntia Borges

Finalização e Fechamento de Arquivo

Fernanda Figueredo Alves

Organizadora:

Denise Petrucci Gigante

**Diagnóstico sobre
o enfrentamento e
controle da obesidade
em municípios do Rio
Grande do Sul**

APRESENTAÇÃO

O projeto “Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS – ECOSUS”, contemplado na Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018 – Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS e desenvolvido com municípios de três coordenadorias regionais de saúde (CRS) do estado do Rio Grande do Sul, pretende alcançar não somente profissionais e gestores da atenção primária do SUS desses municípios, como espera atingir outros gestores e profissionais de demais municípios brasileiros que, por ventura, possam se beneficiar com os resultados aqui apresentados.

Com o principal objetivo de desenvolver atividades de pesquisa, ensino e extensão, de forma indissociável, relacionadas com a atenção nutricional para o enfrentamento e controle da obesidade junto a municípios de três coordenadorias regionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul (RS), o projeto ECOSUS-RS foi realizado em quatro eixos. Esses eixos incluem: pesquisa e desenvolvimento; formação; avaliação e monitoramento e difusão científica. Assim, o foco deste volume é o primeiro eixo relacionado com pesquisa e desenvolvimento. O eixo de formação que, neste projeto, foi conduzido, por meio de pesquisa-ação, é objeto de outro volume com os resultados dessa pesquisa. Cabe ainda esclarecer que os dois últimos eixos (avaliação e monitoramento e difusão científica) foram transversais aos dois primeiros, estando presentes nos dois volumes.

Este volume é dividido em quatro partes, sendo a primeira destinada a apresentar os estudos conduzidos para fazer o diagnóstico sobre o enfrentamento e controle da obesidade em municípios do Rio Grande do Sul (RS). Na segunda são apresentados os resultados dos diagnósticos de organização da gestão e da atenção nutricional para os municípios selecionados no estado do RS, conforme instrumento proposto pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), do Ministério da Saúde, para ser aplicado em todos os estados brasileiros que participaram das Chamadas números 26/2018 e 28/2019. O terceiro capítulo apresenta os resultados referentes ao diagnóstico da população adscrita a Estratégias de Saúde da Família (ESF) de dois municípios do estado do RS. Por fim, nas considerações finais é feita a discussão desses resultados.

A equipe ECOSUS deseja a todos uma ótima leitura.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	<u>8</u>
2 DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DA ATENÇÃO NUTRICIONAL	<u>16</u>
2.1 CARACTERÍSTICAS DOS RESPONDENTES	<u>19</u>
2.2 ARRANJO INSTITUCIONAL	<u>23</u>
2.3 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA	<u>30</u>
2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE	<u>33</u>
2.5 ANÁLISE DO TERRITÓRIO	<u>36</u>
2.6 CUIDADO PARA SOBREPESO E OBESIDADE.....	<u>40</u>
2.7 INSTRUMENTOS E FERRAMENTAS DE APOIO À ATENÇÃO NUTRICIONAL	<u>53</u>
2.8 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO RELACIONADOS AO CUIDADO	<u>57</u>
3 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO ADSCRITA	<u>60</u>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	<u>67</u>
3.2 SITUAÇÃO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE	<u>72</u>
3.3 HÁBITOS E CONHECIMENTO SOBRE ALIMENTAÇÃO	<u>76</u>
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	<u>79</u>
5 REFERÊNCIAS	<u>88</u>

Em 2017, em todo o mundo, fatores relacionados com alimentação foram responsáveis por 11 milhões de mortes ou 22% do total da mortalidade e 255 milhões (15% do total) dos anos de vida perdidos por incapacidade em adultos. A elevada ingestão de sódio e o baixo consumo de cereais integrais e de frutas foram os principais fatores relacionados a essas mortes e aos anos perdidos por incapacidade (GBD 2017 Diet Collaborators, 2019). No Brasil, o consumo de frutas, legumes e verduras e o conteúdo em fibras na alimentação apresentaram redução na comparação dos dois inquéritos de consumo de abrangência nacional, no período entre 2008-2009 e 2017-2018, enquanto a ingestão de sódio manteve-se constante, com prevalência de 54% acima da ingestão máxima tolerável (Brasil, 2020b). Além disso, 60% da população adulta brasileira apresenta excesso de peso, a obesidade atingiu 23% dos homens e 30% das mulheres, a hipertensão arterial foi referida por 39% e o diabetes por 16% da população acima de 18 anos investigada na última Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019 (PNS-2019) (Brasil, 2020b). Assim, a APS, como porta de entrada do SUS e considerada como um local privilegiado para as ações de alimentação e nutrição (Pimentel *et al.*, 2013), levou a CGAN/MS, por meio do CNPq, a financiar estudos e pesquisas direcionados ao enfrentamento da obesidade no âmbito da APS, como aconteceu nas Chamadas 26/2018 e 28/2019.

A formação e a qualificação de profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde – SUS – em alimentação e nutrição constitui-se uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN. Porém, os desafios enfrentados nas últimas duas décadas de implementação da PNAN ainda estão bastante presentes em estados e municípios de todo o país, especialmente nesse momento de crise sanitária e econômica que o país atravessa (Recine *et al.*, 2021).

O diagnóstico da organização da gestão e da atenção nutricional foi proposto no edital da Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018. Em maio de 2019, durante o Seminário “Marco Zero”, foi discutido o primeiro objetivo do eixo pesquisa e desenvolvimento dessa Chamada e, a partir da apresentação do instrumento pré-elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), decidiu-se pela remodelagem de ambos e, com isso, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN) ficou responsável pela coordenação de um grupo de trabalho (GT) constituído por representantes das propostas do Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pernambuco e Piauí para elaboração dos novos instrumentos a serem utilizados em todos os estados e Distrito Federal.

Após a realização do Seminário “Marco Zero”, a CGAN, junto com o GT, definiu a amostra de municípios brasileiros e dos serviços de saúde desses municípios, nos quais seria aplicado, respectivamente, o diagnóstico de gestão e o de atenção nutricional. No entanto, ficou a critério dos coordenadores a decisão sobre a inclusão ou não de todos os municípios, nas propostas que não envolviam a totalidade do estado.

A população alvo deste projeto eram 110 municípios de três CRS do estado do Rio Grande do Sul (RS) e a amostra nacional selecionou 57 municípios e 169 unidades básicas de saúde (UBS) dessas três CRS. A relação dos municípios e o número de UBS selecionadas em cada município é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 | Municípios e número de unidades básicas de saúde (UBS) selecionadas para aplicação do instrumento ao gestor e aos profissionais de saúde lotados nessas

CRS	Município	Número de UBS
6^a	Almirante Tamandaré do Sul	1
3^a	Arroio do Padre	1
3^a	Arroio Grande	2
6^a	Arvorezinha	1
6^a	Barros Cassal	1
6^a	Cacique Doble	2
6^a	Camargo	1
3^a	Canguçu	3
3^a	Capão do Leão	1
6^a	Carazinho	5
6^a	Casca	1
3^a	Cerrito	2
15^a	Cerro Grande	1
3^a	Chuí	1
6^a	Ciríaco	1

CRS	Município	Número de UBS
15^a	Constantina	1
6^a	Coqueiros do Sul	2
3^a	Cristal	2
6^a	Espumoso	1
6^a	Fontoura Xavier	3
6^a	Gentil	1
3^a	Herval	1
6^a	Ibiaçá	3
6^a	Itapuca	1
3^a	Jaguarão	2
6^a	Lagoa dos Três Cantos	1
6^a	Lagoa Vermelha	1
6^a	Lagoão	1
6^a	Machadinho	1
6^a	Marau	2
6^a	Mormaço	2

CRS	Município	Número de UBS
3ª	Morro Redondo	1
6ª	Muliterno	1
6ª	Não-Me-Toque	1
15ª	Palmeira das Missões	5
6ª	Passo Fundo	24
3ª	Pelotas	24
3ª	Piratini	2
6ª	Pontão	1
15ª	Redentora	2
3ª	Rio Grande	23
15ª	Ronda Alta	1
15ª	Sagrada Família	2
6ª	Sananduva	2
3ª	Santa Vitória do Palmar	2
3ª	Santana da Boa Vista	1
6ª	Santo Antônio do Planalto	1

CRS	Município	Número de UBS
3ª	São José do Norte	3
3ª	São Lourenço do Sul	8
15ª	Sarandi	1
6ª	Soledade	6
6ª	Tapejara	4
6ª	Tapera	1
15ª	Trindade do Sul	1
6ª	Vanini	1
6ª	Vila Lângaro	1
6ª	Vila Maria	1

Os instrumentos eram questionários eletrônicos semiestruturados e autoaplicáveis dirigidos aos gestores e aos profissionais de saúde de âmbito municipal. Em relação ao momento de aplicação, a equipe do projeto decidiu, ainda em 2019, que os instrumentos seriam aplicados durante os Encontros Formativos que constituem o eixo de formação. Porém, como a remodelagem dos instrumentos foi concluída em 2020 e os Encontros Formativos para os municípios de uma das CRS haviam sido realizados em 2019, esperava-se que o diagnóstico pudesse ser conduzido em 2020 com os municípios das outras duas CRS, cujos Encontros Formativos estavam planejados para serem realizados ao longo daquele ano. Dessa forma, a aplicação dos instrumentos com profissionais e gestores dos municípios da CRS para os quais os Encontros Formativos aconteceram no segundo semestre de 2019, seria realizado no segundo semestre de 2020, quando atividades de avaliação e monitoramento do I Encontro Formativo seria realizada.

Entretanto, todas as atividades planejadas para o ano de 2020 precisaram ser suspensas em função da pandemia do novo coronavírus, a covid-19. Assim, a decisão de não ter iniciado a aplicação dos instrumentos do diagnóstico foi tomada pela equipe, após contato com a Secretaria Estadual de Saúde, algumas secretarias municipais e/ou CRS, considerando as dificuldades que se apresentaram durante o ano de 2020, em decorrência da pandemia e da realização das eleições municipais.

A situação de emergência sanitária vivenciada pelos municípios ao longo de 2020 e a possibilidade de mudança de gestão nas secretarias municipais de saúde foram decisivas para que, em 2021, se optasse pela realização do diagnóstico da gestão e do cuidado nutricional, planejando a aplicação dos instrumentos com encaminhamento dos *links* para preenchimento dos questionários nos municípios da 3ª CRS e, ainda, agendando visita a esses municípios para confirmar a participação na pesquisa e na submissão do instrumento, além de realizar *in loco* avaliação da participação dos Encontros Formativos realizados em 2019.

Ainda em 2020 esperava-se que os encontros para os municípios da 6ª e 15ª CRS poderiam ser realizados de forma presencial no segundo semestre de 2021 e, portanto, pretendia-se disponibilizar computadores e reservar horário no I Encontro Formativo Presencial para que gestores e profissionais de saúde das UBS selecionadas pudessem preencher os instrumentos. Entretanto, a situação da pandemia nos primeiros meses de 2021 impossi-

bilitou, mais uma vez, a execução dessas atividades, como haviam sido planejadas. Dessa forma, ao longo de 2021, as atividades do projeto continuaram sendo realizadas de forma não presencial e, no primeiro semestre de 2021, iniciou-se a aplicação dos instrumentos para o diagnóstico da gestão e do cuidado nutricional.

O instrumento da gestão poderia ser respondido pela coordenação ou referência municipal em alimentação e nutrição, da atenção básica ou primária em saúde, ou ainda de vigilância em saúde, além disso, incluiu pouco mais de 50 questões, que poderiam chegar a quase 80, dependendo das opções de resposta. Essas questões foram distribuídas em cinco blocos, sendo que os dois primeiros tratavam da identificação do município e do respondente, enquanto os outros três estavam relacionados ao arranjo institucional e governança municipal das ações de alimentação e nutrição, incluindo gestão orçamentária/financeira e educação permanente.

Para o diagnóstico do cuidado nutricional, o número de questões variou de um pouco mais de 50 até quase 100, conforme as opções de resposta, podendo ser respondido por qualquer profissional de saúde de nível superior que atuasse na UBS selecionada.

Havia *link* para acesso ao questionário conforme o porte do município, de acordo com o número de habitantes, mas todos os instrumentos de diagnóstico do cuidado nutricional continham dez blocos. A identificação do município, da UBS e do respondente constituíam os três primeiros blocos e o quarto incluiu questões relacionadas à análise do território. O cuidado para sobrepeso e obesidade era objeto dos demais blocos que abordavam: coordenação e longitudinalidade; implementação da linha de cuidado; organização do cuidado; formação de profissionais para o cuidado; instrumentos e ferramentas de apoio à atenção nutricional e monitoramento e avaliação relacionados ao cuidado com as pessoas com sobrepeso e obesidade.

DENISE PETRUCCI GIGANTE
ANA LUISA SANT'ANNA ALVES
GICELE COSTA MINTEM
GREISSE VIERO DA SILVA LEAL

Entre abril e setembro de 2021, 28 gestores responderam o instrumento, sendo que dois deles (Pinheiro Machado e Turucu) preencheram de forma voluntária, uma vez que não haviam sido selecionados para a amostra do RS. Dessa amostra, o diagnóstico foi respondido por 45,6% gestores (n=26) dos municípios selecionados. Para descrever os resultados do diagnóstico da gestão, estão sendo utilizadas as informações do total de respondentes (n=28). Nesse mesmo período, 99 profissionais de saúde responderam o instrumento de diagnóstico da atenção nutricional, sendo que quatro deles desempenhavam atividades em UBS não selecionadas para compor a amostra. Assim, das 169 UBS e 57 municípios selecionadas para a amostra desse diagnóstico, as respostas foram obtidas para 56,2% (n=95) das UBS e 56,1% (n=32) dos municípios (Quadro 2). Como no diagnóstico da gestão, os resultados do diagnóstico da atenção nutricional incluem as informações obtidas de todos os profissionais de saúde entrevistados (n=99), acrescentando aqueles que responderam de forma voluntária, uma vez que se trata de uma análise descritiva que deve retornar às UBS e aos municípios envolvidos.

Ao comparar com os municípios para os quais foram obtidos os resultados do diagnóstico de gestão (n=26), os profissionais de saúde das UBS selecionadas responderam o instrumento de diagnóstico da atenção nutricional em 18 municípios, restando oito para os quais somente o diagnóstico de gestão foi realizado. Por outro lado, em 14 dos municípios selecionados para constituírem a amostra do RS, apenas o diagnóstico da atenção nutricional foi realizado.

No Quadro 2, observa-se que para a maioria dos municípios contatados (26 ou 81,3%), o diagnóstico da atenção nutricional foi obtido para a totalidade das UBS selecionadas para a amostra. Por outro lado, em municípios de maior porte como Carazinho, Cerrito, Palmeira das Missões, Pelotas, Rio Grande e São Lourenço do Sul, os percentuais das UBS incluídas variaram de 25 a 71%.

Quadro 2 | Número de unidades básicas de saúde (UBS) incluídas e percentual (%) em relação ao total de selecionadas para aplicação do instrumento de atenção nutricional.

Município	Número de UBS	
	n	%
Barros Cassal	1	100
Carazinho	3	60
Casca	1	100
Cerrito	1	50
Cerro Grande	1	100
Ciríaco	1	100
Espumoso	1	100
Fontoura Xavier	3	100
Gentil	1	100
Herval	1	100
Itapuca	1	100
Lagoa dos Três Cantos	1	100
Lagoa Vermelha	1	100
Lagoão	1	100
Machadinho	1	100

Município	Número de UBS	
	n	%
Não-Me-Toque	1	100
Palmeira das Missões	3	60
Passo Fundo	24	100
Pelotas	17	71
Piratini	2	100
Rio Grande	10	43
Ronda Alta	1	100
Sagrada Família	2	100
Sananduva	2	100
Santo Antônio do Planalto	1	100
São Lourenço do Sul	2	25
Soledade	6	100
Tapera	1	100
Trindade do Sul	1	100
Vanini	1	100
Vila Lângaro	1	100
Vila Maria	1	100

2.1 Características dos respondentes

Na Tabela 1, observa-se que a maioria dos respondentes era do sexo feminino, porém, a proporção de homens que respondeu o diagnóstico de gestão foi quatro vezes maior que essa mesma proporção que respondeu o diagnóstico da atenção nutricional, sugerindo a predominância do sexo masculino entre os gestores ao comparar com os profissionais de saúde. A quase totalidade dos gestores declarou-se com cor de pele branca, enquanto um deles não declarou sua cor ou raça. Já entre os profissionais de saúde também houve a predominância daqueles que se declararam como brancos, sendo que a cor de pele preta ou parda foi referida por 6% dos respondentes e um deles declarou-se como amarelo.

A idade dos gestores variou de 25 a 66 anos, com média de 39 e mediana de 37 anos, enquanto a idade dos profissionais de saúde variou de 24 a 67 anos, com média de 40 e mediana de 38 anos (dados não apresentados em tabela). Porém, enquanto a maioria tinha entre 35 e 44 anos de idade, um entre quatro gestores tinham menos de 35 anos e apenas 19% estavam com 45 anos ou mais de idade (Tabela 1).

O instrumento de gestão foi preenchido por secretários de saúde de 10 municípios, por coordenadores ou por referências em alimentação e nutrição em oito, por coordenadores ou referências em atenção básica ou atenção primária à saúde de seis municípios e a opção outro cargo foi selecionada para os outros quatro municípios (dados não apresentados em tabela).

O nutricionista foi o profissional que mais respondeu o questionário de diagnóstico de gestão, mas a maioria (n=8) era coordenador da área de alimentação e nutrição. Entre os secretários, um era enfermeiro, outro era técnico de enfermagem e os demais referiram profissão fora da área da saúde. Os outros cinco enfermeiros eram coordenadores da atenção básica, sendo que o grupo que referiu outra profissão, a maioria (n=8) era secretário de saúde que não tinha formação nessa área (dados não apresentados em tabela). Já o instrumento da atenção nutricional foi respondido principalmente pelos profissionais da enfermagem, seguido dos nutricionistas e, ainda, dois médicos e um assistente social. Um

administrador e um bacharel em direito foram os outros profissionais que responderam o diagnóstico de atenção nutricional.

A maioria dos gestores estava há menos de cinco anos na função, sendo 43% há menos de dois. Por outro lado, a maioria dos profissionais de saúde que preencheram o instrumento de atenção nutricional estava na função há mais de cinco anos e 38% há mais de 10 anos. Mais de 70% daqueles que responderam os dois instrumentos eram servidores públicos (Tabela 1).

Ainda como características dos respondentes não apresentadas em tabela constatou-se que metade dos profissionais que responderam o instrumento da atenção nutricional (n=50) atuava em unidades de saúde da família, em UBS (n=45) ou em núcleos de apoio à saúde da família (n=4). Apenas 10% dos gestores (n=3) e dos profissionais de saúde (n=10) participaram dos encontros formativos.

Tabela 1 | Características dos respondentes dos diagnósticos de gestão e da atenção nutricional.

Variável	Gestão		Número de UBS	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	8	28,6	6	6,1
Feminino	20	71,4	93	93,9
Cor da pele				
Amarela	-	-	1	1,0
Branca	27	96,4	92	92,9
Preta ou parda	-	-	6	6,1
Não declarou	1	3,6	-	-
Idade				
Até 35 anos	7	25,9	30	31,6
35 a 44 anos	15	55,6	36	37,9
45 anos ou mais	5	18,5	29	30,5
Profissão				
Enfermagem	7	25,0	64	64,7
Medicina	-	-	2	2,0

Variável	Gestão		Número de UBS	
	n	%	n	%
Nutrição	10	35,7	30	30,3
Serviço social	-	-	1	1,0
Outra	11	39,3	2	2,0
Tempo de serviço				
Até 2 anos	12	42,9	24	24,2
2 a 4 anos	6	21,4	21	21,2
5 a 9 anos	5	17,9	16	16,2
10 anos e mais	5	17,9	38	38,4
Vínculo				
Servidor público	20	71,4	77	77,8
CLT/contrato/CC	8	28,6	22	22,2

2.2 Arranjo institucional

Aspectos relacionados à organização da área de alimentação e nutrição nos municípios, cujos gestores preencheram o instrumento diagnóstico, são apresentados na Tabela 2. Enquanto 11 (39%) relataram a existência de Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição (CMAN) junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), outros sete referiram a existência de um responsável técnico para a área, totalizando 18 municípios (64%) com pelo menos um nutricionista como responsável técnico neste setor.

A área de alimentação e nutrição nos municípios é constituída por uma diversidade de profissionais de saúde, porém, em mais da metade (n=15), não havia mais do que um profissional atuando nessa área. Embora a CMAN estivesse presente em 11 municípios, a coordenação aparecia no organograma da SMS em apenas três, sempre vinculada ao departamento de atenção básica. Além disso, somente em dois municípios havia cargo remunerado para o coordenador. A existência dessa coordenação variou de 5 até 20 anos, desde que foi criada junto à SMS (dados não apresentados em tabela).

Na Tabela 2, observa-se que, enquanto a maioria dos municípios (16 ou 57%) inclui ações de alimentação e nutrição no plano municipal de saúde, essas ações são apresentadas em pouco mais de um terço dos relatórios de gestão (10 ou 36%). Além disso, somente cinco gestores (18%) referiram a existência de uma política municipal de alimentação e nutrição, sendo que essa política é regulamentada em apenas um desses municípios (dado não apresentado na tabela).

Embora a maioria dos respondentes (22 ou 79%) refere autonomia do setor de alimentação e nutrição na proposição de projetos, programas e ações para o município, pelo menos parcialmente, apenas oito gestores (29%) referiram a participação da área de alimentação e nutrição em processos decisórios da SMS. E ainda, participações em comissões como bipartite ou regional, câmaras técnicas e comissão intersetorial do conselho de saúde são ainda mais baixas, referidas por no máximo cinco gestores (Tabela 2).

Cabe destacar que a falta de profissionais ou a não existência de um responsável foram

os motivos mais frequentemente citados para a menor autonomia do setor de alimentação e nutrição (dado não apresentado em tabela).

A elaboração dos protocolos, guias ou manuais de atenção básica foi referida para metade dos municípios (14 ou 50%), sendo que em apenas dois deles o tema de alimentação e nutrição é incluído sempre, enquanto nos demais aparece eventualmente (n=10), não aparece (n=1) ou o respondente não soube informar (n=1). Já na atenção especializada, apenas quatro respondentes (14%) relataram a elaboração de protocolos, guias ou manuais e o tema de alimentação apareceu eventualmente em três municípios e nem foi incluído no outro (Tabela 2).

A Tabela 2 também mostra que os sistemas de informação mais utilizados pelos municípios para apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição são o e-Gestor, o sistema de gestão do Programa Bolsa Família (PBF), o sistema de informação em saúde para a atenção básica/atenção primária em saúde (e-SUS AB/SISAB) e, em menor proporção, o sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan).

A disponibilidade de canais para orientação ou esclarecimento de dúvidas foi informada por apenas um dos quatro e, ainda, uma menor proporção (21%) de municípios relatou a disponibilidade de canal para recebimento de denúncia de violação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). A participação do setor de alimentação e nutrição em reunião do Conselho Municipal de Saúde no ano anterior a entrevista, seja para apresentar a situação alimentar e nutricional da população, de forma a contribuir com a tomada de decisão deste conselho, seja para propor ações de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas no município, foi referida por apenas cinco gestores (Tabela 2).

A relação dos municípios com as referências técnicas foi pouco frequente, especialmente com a referência federal, uma vez que apenas dois gestores referiram essa relação. Também chama atenção a falta de articulação, dentro do próprio município, entre os setores de alimentação e nutrição com meio ambiente, cultura, poder legislativo, agricultura e desenvolvimento agrário. Por outro lado, um maior número de gestores referiu articulação do setor de alimentação e nutrição com educação e assistência social e, em mais da metade dos municípios, não há articulação sequer com o setor de segurança alimentar e nutricional. Ao relacionar as ações desenvolvidas de forma intersetorial, as mais

frequentemente citadas foram educação alimentar e nutricional, controle e prevenção do sobrepeso e obesidade e acompanhamento de usuários do programa bolsa família (PBF) referidas por três de cada quatro gestores.

Por outro lado, a promoção da alimentação adequada e saudável e a vigilância alimentar e nutricional que também deveriam ser desenvolvidas de forma intersetorial acontecem dessa forma, em menos da metade dos municípios (Tabela 2). Ainda na Tabela 2, observa-se que somente a alimentação escolar é o equipamento público de segurança alimentar e nutricional, existente em mais da metade dos municípios.

Tabela 2 | Arranjo institucional da área de alimentação e nutrição em amostra de municípios do Rio Grande do Sul (n=28).

Variável	n	%
Coordenação geral de alimentação e nutrição	11	39,3
Responsável Técnico na SMS	18	64,3
Ações da área no plano municipal de saúde	16	57,1
Ações da área no relatório de gestão	10	35,7
Política municipal de alimentação e nutrição	5	17,9
Autonomia da área na proposição de projetos	22	78,6
Participação da área		
Processos decisórios da SMS	8	28,6
Comissão intergestores bipartite	1	3,6
Comissão intergestores regional	4	14,3
Câmara técnica	1	3,6
Comissão intersetorial do conselho de saúde	5	17,9
Tema da área em protocolo, guia ou manual		
Atenção básica	12	42,9
Atenção especializada	3	10,7
Responsável no processo de dispensação de fórmula	14	50,0

Variável	n	%
Protocolo de terapia nutricional	7	25,0
Sistema de informação		
e-Gestor	27	96,4
e-SUS AB	25	89,3
Programa Bolsa Família	25	89,3
SISVAN	19	67,9
Canais de orientação ou esclarecimento	7	25,0
Canal de denúncia da violação do DHAA	6	21,4
Participação no CMS no último ano		
Apresentação da situação alimentar e nutricional	5	17,9
Proposta de ação	5	17,9
Relação com a referência técnica estadual	9	32,1
Relação com a referência técnica federal	2	7,1
Articulação com outros setores		
Agricultura/desenvolvimento agrário	5	17,9
Assistência social	19	67,9

Variável	n	%
Cultura	3	10,7
Educação	22	78,6
Meio ambiente	2	7,1
Segurança alimentar e nutricional	11	39,3
Poder legislativo local	4	14,3
Sociedade civil	4	14,3
Ações desenvolvidas de forma intersetorial		
Educação alimentar e nutricional	22	78,6
Promoção da alimentação adequada e saudável	2	7,1
Controle e prevenção da desnutrição	11	39,3
Controle e prevenção das doenças carenciais	4	14,3
Controle e prevenção de sobrepeso e obesidade	4	14,3
Controle e prevenção de DCNT	19	67,9
Vigilância alimentar e nutricional	13	46,4
Acompanhamento de usuários do PBF	21	75,0
Programa Saúde na Escola	20	71,4

Variável	n	%
Equipamentos públicos de SAN		
Banco de alimentos	1	3,6
Centrais de recebimento de agricultura familiar	7	25,0
Cozinha comunitária	1	3,6
Feiras ou mercados públicos	3	10,7
Restaurante popular	1	3,6
Alimentação escolar	16	57,1
Refeição hospitalar	8	28,6
Unidade assistencial	10	35,7
Unidade prisional	1	3,6

2.3 Gestão orçamentária e financeira

O pouco envolvimento dos gestores da área de alimentação e nutrição com a gestão orçamentária e financeira do município é observado na Tabela 3. Em menos de um terço dos municípios há acompanhamento da gestão de recursos ou participação nos processos licitatórios pela área de alimentação e nutrição. Apenas o Programa Crescer Saudável foi referido como fonte de recurso para a área pela maioria (57%) dos gestores que responderam ao instrumento.

Cabe destacar que a maioria dos municípios incluídos nessa amostra são de pequeno porte, explicando a baixa proporção dos que referiram receber o Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN).

Apenas um gestor referiu receber apoio financeiro do estado e cinco informaram a disponibilidade de receita própria do município para a área. Também chama atenção que nem metade dos municípios investiram recursos para a área de alimentação e nutrição no último ano. O apoio financeiro para diagnóstico, prevenção e controle de sobrepeso, obesidade e DCNT foi mantido no último ano em cerca de um terço dos municípios avaliados e menores proporções referiram esse apoio para desnutrição (21%) e doenças carenciais (18%). A aquisição e a manutenção de equipamentos foi o apoio financeiro mais referido (46%), seguido dos incentivos para avaliação antropométrica ou chamada nutricional e para promoção da alimentação adequada e saudável, ambos referidos por 36% dos gestores. Por outro lado, apenas em dois municípios foi relatado o apoio financeiro para a formação de trabalhadores (Tabela 3).

Tabela 3 | Gestão orçamentária e financeira da área de alimentação e nutrição em amostra de municípios do Rio Grande do Sul (n=28).

Variável	n	%
Acompanha gestão orçamentária e financeira	8	28,6
Participa dos processos licitatórios	9	32,1
Recebe repasse financeiro		
Assistência farmacêutica	12	42,9
Crescer saudável	16	57,1
Fundo da alimentação e nutrição	4	14,3
Vigilância alimentar e nutricional	5	17,9
Apoio estadual	1	3,6
Receita própria	5	17,9
Recurso para diagnóstico, prevenção e controle		
Sobrepeso, obesidade e DCNT	12	42,9
Desnutrição	3	10,7
Carência nutricional	5	17,9
Recebe apoio financeiro		
Avaliação antropométrica/chamada nutricional	10	35,7
Avaliação do consumo alimentar	3	10,7

Variável	n	%
Aquisição de material educativo	6	21,4
Aquisição e manutenção de equipamentos	13	46,4
Estruturação de sistemas de informação	9	32,1
Formação de trabalhadores	2	7,1
Promoção da alimentação adequada e saudável	10	35,7

2.4 Educação permanente

É possível constatar que, embora a maioria dos gestores tenha referido o incentivo à educação permanente ou continuada, não é possível perceber o claro envolvimento dos municípios, já que poucos gestores referiram as estratégias que poderiam ser mais apoiadas pela gestão e as mais citadas foram a formação à distância (39%) e a participação em eventos (36%) que, por sua vez, dependem mais de ações e do envolvimento individual do próprio profissional de saúde (Tabela 4).

Ainda na Tabela 4, observa-se que pouco mais de um terço dos gestores referiram a participação da área de alimentação e nutrição na formação em serviço cujo tema seja obesidade, DCNT ou promoção de alimentação adequada e saudável (PAAS), mas a maioria deles considerou a formação de trabalhadores suficiente na prevenção e no cuidado do sobrepeso, obesidade e DCNT e PAAS.

A capacidade de liderança e articulação e a utilização dos sistemas de informação também foram citadas como formação suficiente pela maioria dos gestores e exatamente a metade deles referiu suficiência na formação em VAN, indicadores que podem ajudar a explicar a falta de apoio às estratégias de educação permanente com maior envolvimento dos serviços.

Tabela 4 | Educação permanente para profissionais na prevenção e controle do sobrepeso e obesidade em amostra de municípios do Rio Grande do Sul (n=28).

Variável	n	%
Incentivo para educação permanente ou continuada	17	60,7
Estratégias de formação utilizadas		
Curso de formação em escola técnica do SUS	2	7,1
Educação permanente em serviço	9	32,1
Formação à distância pelo telessaúde	7	25,0
Formação à distância pelo UnaSUS	11	39,3
Incentivo para cursar pós-graduação	5	17,9
Incentivo para participar de evento	10	35,7
Roda de conversa com especialista	8	28,6
Participação da área na formação em serviço cuja temática seja obesidade, DCNT ou PAAS		
Desde o planejamento até a execução do curso	8	28,6
Somente na execução	2	7,1
Suficiência na formação de gestores e profissionais		
Capacidade de liderança e articulação	16	57,1
Prevenção e cuidado da desnutrição	11	39,3

Variável	n	%
Prevenção e cuidado das carências nutricionais	11	39,3
Prevenção e cuidado do sobrepeso, obesidade e DCNT	17	60,7
Promoção da alimentação adequada e saudável	16	57,1
Utilização dos sistemas de informação	19	67,9
Vigilância alimentar e nutricional	14	50,0

2.5 Análise do território

No instrumento aplicado aos profissionais de saúde é possível constatar que nem metade desses profissionais (n=42) referiram a realização de diagnóstico do território no âmbito da atenção nutricional (Tabela 5), e ainda poucos respondentes relataram a utilização de dados do Sisvan até mesmo para análise do estado nutricional dos usuários do território (18%), menos ainda para os dados de consumo alimentar (13%).

A demanda observada nas visitas domiciliares para conhecer a situação nutricional do território foi a mais frequentemente referida (27%). A realização de pesquisa de campo para conhecer o território foi referida por apenas cinco profissionais e ainda 16% relataram a escuta de demanda da população como fonte de dados. Ainda na Tabela 5, observa-se que apenas 13 profissionais referiram que a equipe de saúde faz discussão sobre os resultados encontrados no processo de vigilância alimentar e nutricional (VAN) e que o compartilhamento desses dados com a gestão municipal, o coordenador da área e os profissionais de saúde que atuam em outros setores foram os mais frequentemente citados, chamando atenção que apenas 3% dos profissionais entrevistados referiram compartilhar os dados de VAN com os conselhos municipais de saúde ou de segurança alimentar e nutricional e 4% com os nutricionistas da alimentação escolar.

Menos da metade dos entrevistados (n=40) referiram a existência de mapa de saúde do território e nas situações em que há o mapeamento. As doenças crônicas, a vulnerabilidade social, o sobrepeso e a obesidade e a desnutrição são prioridades em mais de 70% daquelas unidades em que há mapa de saúde do território no âmbito da atenção nutricional. Em relação à disponibilidade de equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional no mapa de saúde do território, escola, creche e serviços de proteção social foram os mais frequentemente citados, enquanto a existência de banco de alimentos, restaurante popular, cozinha e horta comunitárias foram citados por no máximo 7% dos profissionais que preencheram o instrumento. A seleção e a priorização dos problemas no âmbito da atenção nutricional foi o único indicador da análise do território referido por mais da metade dos profissionais, no entanto, a discussão

desses problemas envolve o diálogo, especialmente, com a equipe interna da unidade de saúde e, em menores proporções, com o conselho municipal de saúde, as lideranças locais e a equipe de NASF.

Tabela 5 | Análise do território das unidades de saúde dos municípios selecionadas na amostra do Rio Grande do Sul (n=99).

Variável	n	%
Diagnóstico do território	42	42,4
Fonte de dados do território		
Consumo alimentar pelo SISVAN/SISAB/E-SUS	13	13,1
Estado nutricional pelo SISVAN/SISAB/E-SUS	18	18,2
Demanda observada em visita domiciliar	27	27,3
Escuta de demanda da população	16	16,2
Pesquisa de campo	5	5,1
Discussão na equipe sobre VAN	13	13,1
Compartilhamento de dados de VAN		
Gestão municipal de saúde	9	9,1
Coordenação da área	10	10,1
Gestão de atenção básica	6	6,1
Conselho Municipal de Saúde	3	3,0

Variável	n	%
Conselho Municipal de SAN	3	3,0
Usuários em grupos de atendimento	8	8,1
Nutricionistas da alimentação escolar	4	4,0
Profissionais que atuam em outras áreas	11	11,1
Mapeamento	40	40,4
Prioridades com base no mapeamento		
Vulnerabilidade social	35	35,4
Doenças crônicas	38	38,4
Sobrepeso e obesidade	32	32,3
Desnutrição	29	29,3
Equipamentos públicos de SAN no mapa de saúde		
Área de agricultura familiar ou orgânica próxima	23	23,2
Cozinha comunitária	4	4,0
Restaurante popular	4	4,0
Banco de alimentos	3	3,0
Horta comunitária	7	7,1

Variável	n	%
Feiras livres	17	17,2
Comercialização de agricultura familiar ou orgânica	19	19,2
Academia de Saúde	16	16,2
Espaço público de lazer	28	28,3
Centro de Conveniência	19	19,2
Creche	31	31,3
Proteção social	30	30,3
Escola	39	39,4
Diálogo para seleção e priorização de demandas da área Participantes do diálogo	53	53,5
Conselho municipal de saúde	26	26,3
Lideranças locais	24	24,2
Equipe interna da unidade	53	53,5
Equipe do NASF	22	22,2

2.6 Cuidado para sobrepeso e obesidade

Ao analisar a coordenação do cuidado da obesidade e a longitudinalidade nas unidades de saúde, observa-se na Tabela 6 que cerca de um a cada quatro profissionais referiram a existência de uma comissão intergestores da rede de atenção à saúde (RAS), sendo a gestão municipal a representação mais frequentemente incluída nessa comissão.

Os serviços de RAS para pessoas com sobrepeso e obesidade mais citados pelos profissionais foram a unidade básica de saúde, a farmácia, o hospital e serviço de urgência e emergência, enquanto o NASF e academia da saúde foram os menos citados, indicando o menor acesso para serviços mais voltados à prevenção e maior acesso aos serviços para o tratamento do sobrepeso e da obesidade ou de outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associadas.

Quanto às estratégias para organização do cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade, a estratificação de risco, o uso de protocolos da atenção básica e a gestão de lista de espera foram as mais frequentes, sendo citadas por dois a cada três profissionais, enquanto a linha de cuidado e o projeto terapêutico singular foram menos frequentes e citados por cerca de um a cada quatro profissionais.

Em relação às estratégias de tratamento, o cuidado nutricional e psicológico, a abordagem familiar e o diagnóstico precoce foram referidos por mais de 70% dos profissionais que responderam o instrumento de atenção nutricional. No entanto, chama atenção que mais da metade dos profissionais refere o tratamento cirúrgico como estratégia do cuidado, bem como o tratamento medicamentoso foi referido por cerca de dois a cada três profissionais, sugerindo que os profissionais estariam identificando a necessidade de estratégias de tratamento para casos com maior gravidade.

Em relação à continuidade do cuidado, somente a confirmação de consulta e a participação do usuário na definição do horário e da frequência das consultas foram as estratégias citadas por mais da metade dos profissionais. Quanto aos recursos disponíveis para serem utilizados na organização do cuidado da obesidade, somente aqueles

provenientes do Programa Saúde na Escola (PSE) foram citados por quase 70% dos profissionais, com o Programa Crescer Saudável sendo o segundo mais citado por 39% dos profissionais.

Considerando que a maioria dos profissionais que responderam esse instrumento eram de municípios de menor porte, isso pode explicar que somente nove profissionais referiram a disponibilidade de recurso do FAN na coordenação do cuidado da obesidade (Tabela 6).

Tabela 6 | Coordenação de cuidado da obesidade e longitudinalidade nas unidades de saúde dos municípios selecionadas na amostra do Rio Grande do Sul (n=99).

Variável	n	%
Comissão intergestores da rede de atenção à saúde (RAS)	26	26,3
Composição da comissão		
Gestão municipal	21	21,2
Gestão estadual	9	9,1
Gestão federal	5	5,1
Prestador de serviço	16	16,2
Controle social	14	14,1
Serviços da RAS para usuários com SP e obesidade		
UBS/USF	93	93,9
NASF	27	27,3
Academia da saúde	34	34,3
Farmácia básica	71	71,7
Hospital	65	65,7
Atenção especializada	44	44,4
Atenção domiciliar	40	40,4

Variável	n	%
Urgência e emergência	65	65,7
Estratégias para organização do cuidado em SP e obesidade		
Estratificação de risco	65	65,7
Referência e contrarreferência	51	51,5
Gestão de caso	55	55,6
Gestão de lista de espera	64	64,7
Linha de cuidado	25	25,3
Projeto terapêutico singular	24	24,2
Central de regulação	54	54,6
Uso de protocolos na atenção básica	65	65,7
Uso de protocolos na atenção especializada	42	42,4
Estratégias de tratamento		
Abordagem familiar	70	70,7
Cuidado nutricional	87	87,9
Cuidado psicológico	72	72,7
Diagnóstico precoce	70	70,7

Variável	n	%
Práticas integrativas e complementares	43	43,4
Promoção de atividade física	63	63,6
Cirúrgico	57	57,6
Medicamentoso	64	64,7
Ações para a continuidade do cuidado		
Horário estendido	15	15,2
Busca ativa de faltoso	43	43,4
Confirmação de consulta	54	54,6
Cronograma fixo de atendimento	43	43,4
Participação do usuário na definição de horário e frequência	53	53,5
Recursos utilizados na organização do cuidado		
FAN	9	9,1
AB/APS	29	29,3
Vigilância e promoção da saúde	17	17,2
PMAQ	24	24,2
Programa academia da saúde	34	34,3

Variável	n	%
Programa saúde na escola	68	68,7
Programa crescer saudável	39	39,4
NASF	19	19,2
VAN	19	19,2

No que se refere à implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade, apenas um a cada três profissionais referiram a existência de um plano de organização da linha de cuidado, e uma menor proporção (27%) dos profissionais que responderam o instrumento de atenção nutricional relatou a existência da própria linha de cuidado no município em que atuam (Tabela 7).

No que se refere às ações adotadas no cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade, as mais frequentemente citadas foram a aferição de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal e o acesso regular aos exames solicitados. Por outro lado, a avaliação da composição corporal e do consumo alimentar foram as menos citadas. E, em relação aos equipamentos adequados para as pessoas com sobrepeso e obesidade, o esfigmomanômetro foi o mais citado, por oito a cada dez profissionais, enquanto outros equipamentos como cadeira, balança, mesa de exame, maca de transferência e veículo adaptado foram referidos por menos de 30% dos profissionais.

Nas situações em que as pessoas com obesidade necessitavam de indicação cirúrgica o que os profissionais citaram com maior frequência foram a indicação para buscar serviço especializado e, em segundo lugar, a referência para esse tipo de serviço. Por outro lado, o retorno de contrarreferência foi referido somente por um a cada três profissionais. A existência de fila de espera monitorada para pessoas com indicação cirúrgica, o acesso a medicamentos e a suplementos nutricionais para essas pessoas também foram referidos por poucos profissionais (Tabela 7).

Tabela 7 | Implementação da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade em municípios selecionadas na amostra do Rio Grande do Sul (n=99).

Variável	n	%
Plano de organização da linha de cuidado	33	33,3
Realização de diagnóstico para definição do plano	18	18,2
Existe coordenador responsável pelo plano de organização	13	13,1
Existe a linha de cuidado organizada na região de saúde	27	27,3
Ações adotadas no cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade		
Aferição de peso e altura e cálculo de IMC (SISVAN, e-SUS)	84	84,9
Avaliação de pregas cutâneas ou circunferências	38	38,4
Avaliação por bioimpedância	13	13,1
Avaliação do consumo alimentar (SISVAN, e-SUS)	39	39,4
Diagnóstico precoce pelo acompanhamento nutricional	71	71,7
Acesso regular aos exames solicitados	87	87,9
Sistema de apoio da UBS para realização de exames	56	56,6
Equipamento adequado para pessoas com sobrepeso e obesidade		
Cadeira	26	26,3
Balança	27	27,3
Mesa de exame	24	24,2

Variável	n	%
Cadeira de rodas	32	32,3
Aparelho de pressão	80	80,8
Maca de transferência	12	12,1
Largura de portas, corredores e rampas	74	74,8
Barra de segurança	40	40,4
Banheiro adequado	66	66,7
Veículo adaptado	10	10,1
Espaço para atividades educativas em grupo	47	47,5
Espaço para práticas corporais	30	30,3
Ações para pessoas com indicação cirúrgica		
Indicação para buscar serviço especializado	82	82,8
Referência para atenção especializada	79	79,8
Recebe contrarreferência	33	33,3
Acompanha até a realização da cirurgia	59	59,6
Acompanha após a cirurgia	64	64,7
Realiza ações intra e intersetoriais	42	42,4

Variável	n	%
Lista de espera monitorada para pessoas com indicação cirúrgica	42	42,4
Acesso a medicamentos para pessoas com indicação cirúrgica	30	30,3
Suplementos nutricionais para pessoas submetidas a cirurgia	20	20,2

Em relação à organização do cuidado, o atendimento individual para pessoas com sobrepeso e obesidade, três a cada quatro profissionais referiram este tipo de atendimento nas unidades em que atuam, sendo as mulheres adultas aquelas que mais procuram este serviço por demanda espontânea (Tabela 8).

A captação de pessoas com sobrepeso e obesidade por meio de avaliação nutricional do Programa Bolsa Família, por encaminhamento de outros setores ou serviços e pelo PSE, também foram referidos por mais da metade dos profissionais que completaram o questionário de atenção nutricional. Entre as atividades realizadas no cuidado nutricional, as que foram referidas por pelo menos metade dos profissionais foram: orientação direcionada por nutricionista, avaliação antropométrica periódica, escuta qualificada, orientação alimentar e de prática corporal por qualquer profissional, pactuação de metas e resultados com usuário e orientações para promoção da saúde, sendo esta última referida por sete de cada dez profissionais (Tabela 8).

Ainda na organização do cuidado, somente as ações de educação permanente em promoção da alimentação adequada e saudável e prevenção, controle e tratamento de sobrepeso e obesidade foram referidas por mais da metade dos profissionais. Por outro lado, a existência de espaços destinados a encontros multiprofissionais para discussão de casos de pessoas com sobrepeso ou obesidade foi citado por apenas 9% dos profissionais (Tabela 8).

Tabela 8 | Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade em municípios selecionadas na amostra do Rio Grande do Sul (n=99).

Variável	n	%
Atendimento individual para pessoas com sobrepeso e obesidade	74	74,8
Público com maior demanda para esse atendimento		
Gestante adolescente	17	17,2
Gestante adulta	38	38,4
Nutriz/puérpera	16	16,2
Criança menor de 2 anos	18	18,2
Criança de 2 a 4 anos	15	15,2
Criança de 5 a 9 anos	24	24,2
Adolescente	29	29,3
Mulher adulta	60	60,6
Homem adulto	49	49,5
Mulher idosa	41	41,4
Homem idoso	36	36,4
Público com maior demanda para esse atendimento		
Atividade de promoção de saúde na comunidade	43	43,4

Variável	n	%
Avaliação nutricional do PBF	58	58,6
Busca ativa	31	31,3
Demanda espontânea	74	74,8
Encaminhamento de outros pontos de atenção	58	58,6
Encaminhamento de outros setores públicos (educação, AS)	50	50,5
Grupos de promoção da saúde da UBS	32	32,3
Polo de academia da saúde	14	14,1
Programa saúde na escola	53	53,5
Atividades no cuidado individual		
Suporte psicológico	45	45,5
Orientação direcionada por nutricionista	56	56,6
Acompanhamento domiciliar	47	47,5
Avaliação antropométrica periódica	57	57,6
Avaliação periódica do consumo alimentar	27	27,3
Cuidado compartilhado multidisciplinar	49	49,5
Elaboração de projeto terapêutico singular	19	19,2

Variável	n	%
Escuta qualificada	57	57,6
Oferta de práticas corporais e atividade física	25	25,3
Oferta de práticas integrativas complementares de saúde	28	28,3
Orientação alimentar por qualquer profissional	66	66,7
Orientação de prática corporal por qualquer profissional	61	61,6
Outras orientações para promoção da saúde	70	70,7
Pactuação de metas e resultados com o usuário	53	53,5
Tratamento medicamentoso	43	43,4
Abordagem familiar de pessoas com sobrepeso e obesidade	47	47,5
Atividade em grupos de pessoas com sobrepeso e obesidade	21	21,2
Acompanhamento dos resultados das atividades em grupo	16	16,2
Ações comunitárias de prevenção do sobrepeso e obesidade	47	47,5
Acompanhamento dos resultados alcançados na comunidade	14	14,1
Ações individuais de PAAS	44	44,4
Ações em grupo de PAAS	32	32,3
Ações comunitárias de PAAS	40	40,4

Variável	n	%
Espaços destinados a encontros multiprofissionais para discussão de casos de pessoas com sobrepeso ou obesidade	9	9,1
Ações de educação permanente em PAAS e prevenção, controle e tratamento de sobrepeso e obesidade	53	53,5
Profissionais de saúde responsáveis pelo acolhimento de pessoas com sobrepeso e obesidade são capacitados quanto aos aspectos relacionados com alimentação e nutrição	21	21,2

2.7 Instrumentos e ferramentas de apoio à atenção nutricional

Na Tabela 9, observa-se que os Cadernos de Atenção Básica (números 12, 35 e 38) foram os instrumentos de apoio à atenção nutricional referidos por mais da metade dos profissionais que responderam os questionários. Os dez passos para uma alimentação saudável de crianças e o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) também estavam disponíveis em mais da metade das unidades nas quais esses profissionais atuavam. Por outro lado, os documentos “Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade” e “Na cozinha com as frutas, legumes e verduras” foram os menos frequentemente referidos pelos profissionais como disponíveis nas unidades. Esses mesmos documentos, além do “Alimentação cardioprotetora” e “Desmitificando dúvidas sobre alimentação e nutrição” foram aqueles mais citados como desconhecidos pelos profissionais que responderam o instrumento diagnóstico da atenção nutricional.

Chama atenção a pouca referência sobre dificuldades na utilização do GAPB, sendo que a mais frequentemente citada (27%) foi o fato do guia ser pouco conhecido por profissionais de saúde. Em relação a outras referências utilizadas pelos profissionais no cuidado de pessoas com obesidade, as orientações obtidas na formação acadêmica foi a mais frequentemente citada, enquanto as informações obtidas na internet foram as menos utilizadas pelos profissionais que responderam o instrumento de atenção nutricional (Tabela 9).

Tabela 9 | Instrumentos e ferramentas de apoio à atenção nutricional em municípios selecionadas na amostra do Rio Grande do Sul (n =99).

Variável	n	%
Publicações do MS utilizadas para orientar o trabalho		
Alimentação cardioprotetora	27	27,3
Alimentos regionais brasileiros	31	31,3
Caderno de atenção básica no. 12	52	52,5
Caderno de atenção básica no. 35	62	62,6
Caderno de atenção básica no. 38	56	56,7
Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição	24	24,2
Dez passos para uma alimentação saudável para crianças	59	59,6
Diretrizes para o cuidado de doenças crônicas na RAS	34	34,3
Guia alimentar para a população brasileira	64	64,7
Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos	17	17,2
Matriz de ações de alimentação e nutrição	17	17,2
Na cozinha com as frutas, legumes e verduras	16	16,2
Orientação para avaliação de marcadores de consumo	27	27,3
Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade	15	15,2

Variável	n	%
Desconhece as publicações do MS		
Alimentação cardioprotetora	48	48,5
Alimentos regionais brasileiros	35	35,4
Caderno de atenção básica no. 12	11	11,1
Caderno de atenção básica no. 35	12	12,1
Caderno de atenção básica no. 38	14	14,1
Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição	45	45,5
Dez passos para uma alimentação saudável para crianças	12	12,1
Diretrizes para o cuidado de doenças crônicas na RAS	31	31,3
Guia alimentar para a população brasileira	11	11,1
Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos	42	42,4
Matriz de ações de alimentação e nutrição	40	40,4
Na cozinha com as frutas, legumes e verduras	46	46,5
Orientação para avaliação de marcadores de consumo	30	30,3
Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade	48	48,5

Variável	n	%
Resistência na adoção da nova classificação		
Abordagem difícil	2	2,0
Não se adequa a realidade da população	9	9,1
Pouco conhecido pelos profissionais	27	27,3
Resistência na adoção da nova classificação	1	1,0
Outras referências no cuidado de pessoas com obesidade		
Livros didáticos e/ou publicações científicas	63	63,6
Informações obtidas com outros profissionais de saúde	74	74,8
Informações obtidas na internet	31	31,3
Orientações obtidas na formação acadêmica	85	85,6
Diretrizes e consensos de sociedades brasileiras	73	73,4
Pirâmide ou outro ícone para orientação alimentar	62	62,6

2.8 Monitoramento e avaliação relacionados ao cuidado

Em relação aos processos de monitoramento e avaliação relacionados ao cuidado com as pessoas com sobrepeso e obesidade, os resultados mostram a baixa frequência de processos coletivos de avaliação dos resultados referida pelos profissionais (16%), também demonstra que um a cada três profissionais citaram a realização de VAN pela equipe de saúde, sendo o monitoramento de dados antropométricos e a avaliação do estado nutricional de escolares as ferramentas de VAN mais frequentemente utilizadas pelas equipes de monitoramento (Tabela 10).

Três a cada quatro profissionais que completaram o instrumento de diagnóstico da atenção nutricional referiram que as informações do Sisvan eram utilizadas na tomada de decisão. A reavaliação do cuidado nutricional individualizado, a reorientação do trabalho da equipe e o planejamento e gestão das ações de alimentação e nutrição na unidade foram referidos por mais de 40% dos profissionais como níveis de tomada de decisão que utilizavam os dados do Sisvan. Por outro lado, níveis relacionados ao planejamento e à definição de prioridades de ações intersetoriais e os conselhos municipais de saúde ou de segurança alimentar e nutricional foram menos frequentemente citados como níveis de tomada de decisão que utilizavam dados do Sisvan.

Além disso, apenas 6% dos profissionais referiram a existência de algum mecanismo de avaliação da satisfação dos usuários em relação ao serviço de saúde nos quais eles atuavam (Tabela 10).

Tabela 10 | Processos de monitoramento e avaliação relacionados ao cuidado com as pessoas com sobrepeso e obesidade em municípios selecionadas na amostra do Rio Grande do Sul (n=99).

Variável	n	%
Há processos coletivos de avaliação dos resultados alcançados no cuidado de pessoas com sobrepeso ou obesidade	16	16,2
Equipe realiza VAN	33	33,3
Ferramentas de VAN utilizadas pela equipe para monitoramento		
Atualização do SISVANweb	16	16,2
Avaliação do estado nutricional de escolares	27	27,3
Mapas de evolução nutricional	12	12,1
Monitoramento de dados antropométricos	30	30,3
Monitoramento de dados de consumo alimentar	17	17,2
Relatório da situação nutricional dos usuários	14	14,1
Informações do SISVAN são utilizadas para tomada de decisão	75	75,8
Níveis de tomada de decisão que utiliza dados do SISVAN		
CMS ou COMSEA	18	18,2
Secretaria de Educação para influir na alimentação escolar	32	32,3
Planejamento e definição de prioridades de ações intersetoriais	14	14,1
Planejamento e gestão da APS no município	38	38,4

Variável	n	%
Planejamento da atenção especializada no município	18	18,2
Planejamento e gestão da APS na UBS	39	39,4
Planejamento e gestão de ações de A&N na UBS	45	45,5
Reorientação das estratégias de planejamento	34	34,3
Reorientação das estratégias de coordenação	28	28,3
Reorientação do trabalho da equipe da UBS	47	47,5
Reavaliação do cuidado nutricional individualizado	48	48,5
Há mecanismo de avaliação de satisfação dos usuários	6	6,1

 [Voltar ao sumário](#)

GICELE COSTA MINTEM
JUCELI SOARES SALLABERRY
DANIELA PAINI
DENISE PETRUCCI GIGANTE

A obesidade é uma doença crônica complexa, multifatorial, definida como acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, sendo usualmente classificada pelo índice de massa corporal (IMC), resultante da divisão do peso, em quilogramas, dividido por altura em metros quadrados (kg/m^2), e definida por valores $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ (OMS, 2000).

Nos últimos 50 anos, a prevalência da obesidade vem aumentando significativamente em todo o mundo, resultando em um sério problema de saúde pública (OMS, 2000; Yanovski, 2018; Risk Factor Collaboration, 2017). Desde 1980, essa prevalência dobrou em mais de 70 países e aumentou continuamente na maioria dos outros (GBD 2015 Obesity Collaborators *et al.*, 2017). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (Brasil, 2020) destacam que a frequência de excesso de peso em adultos foi de 58%, sendo ligeiramente maior nos homens (59%) do que nas mulheres (56%), enquanto a prevalência da obesidade foi de 22%, semelhante entre mulheres (23%) e homens (20%) (Brasil, 2021b).

O excesso de peso (sobrepeso e a obesidade) tem sido descrito como o principal fator de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, acidente vascular cerebral hemorrágico (AVC), dislipidemia, doenças cardiovasculares, hipertensão e cânceres (Guh *et al.*, 2009), colaborando assim para o declínio da qualidade de vida e da expectativa de vida (Bluher, 2019). As causas da obesidade são multifatoriais, sendo os determinantes mais comuns: os sociodemográficos, os comportamentais, os genéticos e viver em ambiente obesogênico (Endalifer; Diress, 2020).

Sabe-se ainda que há uma relação entre o consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) e a prevalência da obesidade (Silva *et al.*, 2018), uma recente revisão sistemática relacionou o alto consumo de AUP a um risco aumentado de desenvolver excesso de peso/obesidade e maior risco de mortalidade, doenças cardiovasculares e depressão (Pagliai *et al.*, 2021).

Portanto, é de extrema importância compreender as diferenças e tendências regionais da prevalência da obesidade, a fim de diagnosticar e identificar quais estratégias de intervenção são mais promissoras (Blucher, 2019). À vista disso, foi realizado este diagnóstico com a população adscrita à Estratégias de Saúde da Família (ESF) dos municípios de Palmeira das Missões e Pelotas.

O presente estudo fez parte de uma pesquisa mais abrangente, intitulada “Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS”, que está inserido no estudo nacional: Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS (Ecosus), realizado em 22 estados do país, por meio de financiamento do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

No estado do RS, participaram do estudo três Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) (3ª, 6ª e 15ª), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade de Passo Fundo (UPF), Universidade de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Prefeitura Municipal de Pelotas e Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS) que buscaram avaliar questões sobre a saúde, a alimentação e as políticas de enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS para, assim, descrever o perfil de saúde da população adulta residente em territórios adstritos às unidades de saúde com ESF da área urbana dos municípios.

O estudo observacional teve delineamento transversal e foi realizado com adultos de idade entre 19 a 59 anos dos municípios de Pelotas (3ª CRS) e Palmeira das Missões (15ª CRS). Indivíduos adultos institucionalizados em asilos, hospitais e presídios, porém, aqueles com incapacidade física e/ou mental para responder ao questionário foram excluídos do estudo.

Para calcular o tamanho da amostra nos dois municípios foi levado em consideração um dos objetivos do estudo maior que avaliou os estágios de mudança de comportamento alimentar: para estudar associação, estimou-se uma população para a relação entre o estágio de pré-contemplação (com uma prevalência estimada em torno de 10% para a população como um todo) e o nível de renda familiar, considerando o mais elevado quintil

de renda como o grupo não exposto, no qual a prevalência no estágio de pré-contemplação seria em torno de 8%, uma razão de prevalência de 2, uma razão de exposto/não exposto de 4, nível de confiança de 95% e poder de 80%. Assim, chegou-se a uma população para cada município de 809 indivíduos que, ao acrescentar 30% para controle de possíveis fatores de confusão, a amostra deveria incluir 1052 pessoas com 20 a 59 anos. Além disso, para estimar a amostra necessária para estudar a prevalência dos desfechos, utilizou-se o nível de confiança de 95% com acréscimo de 10% para perdas e recusas.

O processo amostral foi realizado em múltiplos estágios para a seleção dos indivíduos. No primeiro, foi feito um sorteio aleatório das nove unidades ESF pela relação das 37 unidades da zona urbana do município de Pelotas, tendo em vista que o outro município do estudo, Palmeira das Missões, possui nove unidades na zona urbana. Definidos os territórios das nove unidades, foram identificados os mapas com suas delimitações territoriais junto à coordenação da ESF. Através dos dados de população adscrita atendida, foi calculado o percentual para cada unidade e, a partir disso, assumindo dois adultos por domicílio, fez-se um cálculo de que seriam necessários 700 domicílios entrevistados, divididos proporcionalmente para cada território.

Diante disso, deu-se início ao mapeamento das casas dos participantes para sorteio, através de uma seleção amostral sistemática, em que o número de “pulos” da cidade de Pelotas (27) e Palmeira das Missões (9) diferiram um do outro devido ao tamanho da população adscrita atendida.

No município de Pelotas, o início do mapeamento das casas a serem sorteadas sempre se dava de costas para a ESF, contando 27 casas à esquerda da unidade, em que o domicílio 27 era o primeiro a ser identificado. Após o mapeamento do primeiro domicílio, admitiu-se o “pulo” de 27 casas, ou seja, a partir da 27ª casa, contava-se 27 e essa era sorteada e, assim, sucessivamente. O mesmo procedimento foi realizado em Palmeira das Missões. Cabe ressaltar que o retorno sempre se dava pela direita da unidade, assim, concluindo o mapeamento.

A previsão do período de coleta de dados em Pelotas era de dezembro de 2019 a julho de 2020 e de janeiro a julho de 2020 em Palmeira das Missões. Porém, devido a pandemia de covid-19, o estudo foi interrompido em março de 2020, impossibilitando a continuidade.

de nesses municípios e o início em Passo Fundo (6ª CRS), o terceiro município que seria incluído ao estudo.

Para a coleta de dados, foram recrutadas seis entrevistadoras do sexo feminino no município de Pelotas e três para o município de Palmeira das Missões, todas com ensino superior completo, previamente treinadas com aplicação de questionários pilotos e reuniões para ajustes de dúvidas, orientações sobre a abordagem com os entrevistados, bem como para a aplicação dos instrumentos, preenchimento do relatório de campo no em um drive organizado para isso, mapeamento e utilização do manual do campo.

Ao chegar no território selecionado para o estudo, os entrevistadores deveriam estar com uniforme, crachá, material impresso de apoio ao questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e caneta, além de um dispositivo móvel com um aplicativo contendo o questionário a ser aplicado. Com o mapeamento e a identificação dos domicílios selecionados, o entrevistador se apresentava para identificar as pessoas adultas que fariam parte do estudo e agendava a entrevista, caso não fosse possível fazer naquele momento. O questionário utilizado contabilizou 26 páginas, resultando em 177 perguntas fechadas divididas em quatorze blocos individuais e um questionário domiciliar, o qual abordava as condições socioeconômicas do domicílio em 26 questões. A aplicação do questionário teve duração média de 50 minutos e foi considerado como perda aquele indivíduo não localizado em pelo menos cinco visitas ao domicílio, em dias e horários diferentes.

As questões e os instrumentos utilizados nessa pesquisa foram agrupados em blocos que foram organizados de acordo com os diversos temas de interesse do estudo. O questionário somente foi aplicado ao indivíduo após o aceite em participar do estudo e assinatura do TCLE. Para aplicação das perguntas contidas nos blocos, foi utilizado o dispositivo móvel e uma versão impressa foi preparada e disponibilizada para as entrevistadoras, no caso de problemas técnicos com os dispositivos móveis. Alguns blocos do questionário foram aplicados utilizando um “caderno de réguas” composto por escalas impressas correspondentes a determinado conteúdo e que auxiliavam o indivíduo na escolha da resposta mais adequada.

As variáveis coletadas foram divididas em blocos, e estão descritas abaixo:

BLOCO A (identificação): apresentação da entrevistadora, identificação do adulto, data e horário do início da entrevista, telefone e endereço e sexo do(a) participante;

BLOCO B: acesso e utilização dos serviços de saúde nos territórios adstritos através de um conjunto de questões propostas no *PCAtool-Brasil Versão Adulto*, adaptada por Oliveira, a partir dos três primeiros atributos do questionário (A – grau de afiliação; B - acesso/ utilização; C - acesso/acessibilidade) (Oliveira *et al.*, 2013), informações socioeconômicas e sobre o histórico de saúde;

BLOCO C: sete questões com base no Guia Alimentar para a População Brasileira (Reis; Jaime, 2019), com o intuito de avaliar o conhecimento sobre alimentação saudável;

BLOCO D: estágios de mudança de comportamento. Quatro domínios de comportamento alimentar (tamanho e quantidade das porções, frutas e vegetais, quantidade de gordura e prática de atividade física) em um questionário de 38 questões (Cattai, *et al.*, 2010);

BLOCO E: presença de fatores de risco comportamentais de fumo e álcool, perguntas baseadas na Coorte de Pelotas;

BLOCO F: atividade física e percepção dos indivíduos para a prática de atividade física também com base na Coorte de Pelotas;

BLOCO G: ambiente construído e percepção dos indivíduos para a prática de caminhada ou de utilização de bicicleta (Sallis, *et al.*, 2010);

BLOCO H: práticas de alimentação saudável da população alvo - *The Eating Motivation Survey* (TEMS) – que investiga determinantes das motivações para comer e escolhas alimentares (Morais, *et al.*, 2017);

BLOCO I: práticas de alimentação saudável da população alvo, utilizando como instrumento os Marcadores de consumo alimentar do SISVAN (Brasil, 2015);

BLOCO J: GAPB: Guia alimentar de bolso (Gabe, *et al.*, 2018). Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sobre alimentação saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB);

BLOCO K: orientação sobre questões de saúde nos últimos 12 meses de algum profissional da saúde, base na Coorte de Pelotas;

BLOCO L: motivações e barreiras para possíveis mudanças de comportamento em saúde (Bastin, *et al.*, 2019);

BLOCO M: percepção corporal do entrevistado através da identificação da imagem corporal - Silhueta de *Stunkard* (Stunkard, *et al.*, 1983);

BLOCO N: estado nutricional definido pela relação entre o peso e a altura autorreferidos e classificado de acordo com o IMC (OMS, 2000).

O presente diagnóstico descreve os blocos B, C, J, M e N, sendo que os demais resultados serão objetos de outras publicações.

Do bloco B foram utilizadas as variáveis socioeconômicas, como o(a) entrevistado(a) considerava a sua saúde e a presença de morbidade, conforme diagnóstico de profissional de saúde. No que se refere ao bloco C, para avaliar o conhecimento sobre o GAPB, foram utilizadas sete questões do instrumento proposto por Reis e colaboradores (Reis, *et al.*, 2019), com opções de resposta “certo”, “errado” e “não sei”. A partir das respostas, foi calculada a soma total de acertos de cada participante. Considerando a resposta “não sei” como errada e a amplitude dessa soma variando entre zero e sete, a variável foi dicotomizada em: “elevado conhecimento” (percentil ≥ 75) e “baixo conhecimento” (percentil < 75).

Acerca do bloco J, sobre o guia de bolso, optou-se por descrever os resultados de quatro questões (utilização de açúcar em chá e café; consumo habitual de refrigerante; e sucos industrializados; consumo de frutas no desjejum), uma vez que resultados da aplicação do instrumento completo são objeto de artigo científico em elaboração.

As questões dos blocos M e N são descritas pela percepção da imagem corporal e classificação do estado nutricional. A percepção foi avaliada por meio de nove figuras masculinas e femininas, variando o tamanho de 1 (menor) a 9 (maior). O(A) entrevistado(a) deveria escolher o desenho que mais se parecia com ele e com o qual mais gostaria de se parecer. A percepção da imagem corporal foi calculada pela diferença entre os valores correspondentes às figuras escolhidas e definida como: satisfação, quando não havia di-

ferença no número escolhido para a figura que mais se assemelhava com o entrevistado e para aquela que o entrevistado gostaria de se parecer; insatisfação por déficit, quando a diferença entre a que se parecia e a que gostaria de parecer fosse negativa; e insatisfação por excesso de peso, quando essa diferença era positiva. O estado nutricional foi classificado como baixo peso (IMC < 18,5kg/m²), eutrofia (IMC ≥ 18,5 e < 25kg/m²), sobrepeso (IMC ≥ 25 e < 30kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30kg/m²).

A coleta de dados foi realizada nos domicílios, por entrevistadoras com idade superior a 18 anos e treinadas para a aplicação de questionário padronizado, utilizando o *software* RedCap®, o qual foi obtido em parceria com a Universidade de *Vanderbilt* (localizada em *Nashville, Tennessee*, nos Estados Unidos). Trata-se de um *software* livre, uma plataforma digital através do *smartphone* que funciona em modos *on-line* e *off-line* e permite a importação e a exportação de dados e a transferência de dados para o pacote estatístico *Stata* versão 13® (*Stata Corp. College Station, Estados Unidos*), onde foram realizadas as análises.

Essas análises incluíram a descrição da amostra por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e dicotômicas; e média e desvio padrão (DP) para as variáveis contínuas, utilizando testes estatísticos adequados para esses tipos de variáveis, quando necessária a comparação por categorias da variável a ser descrita, e com resultados para o grupo todo e separadamente para os municípios de Palmeira das Missões e Pelotas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, com nº 3.166.109, de acordo com os requisitos da Resolução do CNS nº466/12.24. A participação dos indivíduos no estudo foi voluntária, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3.1 Caracterização da população estudada

Dos 371 questionários respondidos, 232 indivíduos eram residentes na cidade de Pelotas e 139 em Palmeira das Missões, localizadas no RS/Brasil.

Na Tabela 1, observa-se que a maioria da população estudada era do sexo feminino, especialmente em PM, onde 80% dos entrevistados eram mulheres, em Pelotas, esse percentual foi de 62%. A idade variou de 19 a 59 anos, com média de 41 anos (DP 11,8) em todos os entrevistados, mas observa-se que, em Palmeira das Missões, há menor proporção de pessoas entrevistadas com idade entre 19 e 29 anos e maior na faixa de 50 a 59 anos, ao contrário do que foi observado em Pelotas, onde a distribuição foi similar por década de idade, como observado para o grupo todo dos dois municípios.

Cerca de 60% dos entrevistados consideraram-se com cor de pele branca, com isso, chama-se atenção que, enquanto em Palmeira das Missões 26% se denominaram como pardos e 5% como negros, essas proporções se invertem em Pelotas, onde 29% se denominaram como negros e 15% como pardos, município este com menor proporção de entrevistados que se consideraram brancos. A maioria dos entrevistados viviam com companheiro(a), e pouco mais de um terço dos entrevistados estavam trabalhando no momento da entrevista e tinham carteira assinada, com proporções semelhantes dessas duas características nos dois municípios. Chama atenção a pequena proporção de pessoas que estavam desempregadas em Palmeira das Missões. Um de cada cinco entrevistados nos dois municípios são considerados como população economicamente inativa (estudantes, do lar e aposentados) (Tabela 1).

A média de moradores por domicílio foi de 3,4 pessoas (DP 1,5), com amplitude de um a nove moradores. Essas médias foram um pouco mais elevadas em Pelotas do que em Palmeira das Missões, e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) pelo teste de comparação de médias de *Mann Whitney*. Na Tabela 1, observa-se que, enquanto em Pelotas predominaram os domicílios com quatro ou mais moradores (43,8%), em Palmeira das Missões a maior proporção foi encontrada para, no máximo, duas pessoas morando

juntas (36,2%). Em relação à escolaridade, em Pelotas, a maioria dos entrevistados tinha apenas o ensino fundamental e ainda três deles referiram nenhuma escolaridade. Já em Palmeira das Missões, embora a maior proporção de entrevistados tivesse ensino fundamental, todos tinham algum grau de escolaridade e ainda as proporções daqueles com ensino médio e superior eram maiores do que em Pelotas, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,09$). Considerando os dois municípios, cerca de 45% tinham dez anos ou mais de estudo.

A renda familiar variou de R\$42 a R\$22.000, com média de R\$3.219 (\pm R\$2.636). Ao distribuir a renda familiar por tercil, observa-se que a média dos entrevistados do menor tercil de renda foi de R\$1.416, enquanto para os entrevistados do tercil superior a média foi de R\$6.004 (Tabela 1). Ao comparar os dois municípios, observa-se diferenças maiores nas médias dos tercís de renda intermediária (com média em Palmeira das Missões de R\$3.141 \pm 640 e em Pelotas de R\$2.447 \pm 296) ou superior (média em Palmeira das Missões de R\$7.140 \pm 3.530 e em Pelotas de R\$4.979 \pm 2469), sugerindo maior renda familiar para os entrevistados de Palmeira das Missões ($p=0,002$).

Tabela 1 | Características demográficas e socioeconômicas da população estudada em dois municípios do Rio Grande do Sul. Palmeiras das Missões (PM) e Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020 (n = 371).

Variável	PM (n=139)		Pelotas (n=232)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	111	79,9	144	62,1	255	68,7
Feminino	28	20,1	88	37,9	116	31,3
Idade (anos)						
19 a 29	22	15,8	65	28,0	87	23,4
30 a 39	28	20,1	51	22,0	79	21,3
40 a 49	39	28,1	63	27,2	102	27,5
50 a 59	50	36,0	53	22,8	103	27,8
Cor da pele autorreferida						
Branca	94	67,6	128	55,2	222	59,8
Preta	7	5,0	67	28,9	74	19,9
Parda	36	25,9	34	14,6	70	18,9
Amarela	2	1,4	3	1,3	5	1,4

Variável	PM (n=139)		Pelotas (n=232)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Situação conjugal						
Com companheiro	93	66,9	157	67,7	250	67,4
Sem companheiro	46	33,1	75	32,3	121	32,6
Situação ocupacional						
Carteira assinada	51	36,7	87	37,5	138	37,2
Autônomo	50	36,0	69	29,7	119	32,1
Desempregado	5	3,6	33	14,2	38	10,2
Outros (estudante/ do lar/aposentados)	33	23,7	43	18,6	76	20,5
Nº moradores por domicílio^a						
até 2	50	36,2	44	19,5	94	25,8
3	48	34,8	83	36,7	131	36,0
4 ou mais	40	29,0	99	43,8	139	38,2
Escolaridade^b						
Nenhuma	-	-	3	1,3	3	0,8
Fundamental	65	47,8	136	58,6	201	54,6

Variável	PM (n=139)		Pelotas (n=232)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Média	59	43,4	78	33,6	137	37,2
Superior	12	8,8	15	6,5	27	7,4
Tercil de renda familiar^{a c}						
Primeiro	47	1.432	74	1.351	121	1.416
Segundo	45	3.141	73	2.447	118	2.703
Terceiro	46	7.140	76	4.979	122	6.004
^a Falta de informação para um entrevistado de Palmeira das Missões. ^b Não há informação sobre escolaridade para três entrevistados de Palmeira das Missões. ^c Não há informação de renda para nove entrevistados de Pelotas.						

3.2 Situação de nutrição e saúde

No que se refere ao estado nutricional, na Tabela 2, observa-se que duas de cada três pessoas entrevistadas apresentavam excesso de peso, sendo aproximadamente um terço (32,1%) com obesidade e outro terço (34,6%) com sobrepeso. Do total de entrevistados, apenas cerca de 20% estavam satisfeitos com a sua imagem corporal, sendo que, para mais de dois terços (70,5%), essa insatisfação era por desejar ter um corpo menor do que aquele o qual a pessoa identificava como mais semelhante com a sua própria imagem corporal. Chama a atenção que a satisfação com a imagem corporal foi um pouco maior nos entrevistados de Pelotas do que de Palmeira das Missões, sendo que a insatisfação por excesso foi 10 pontos percentuais mais elevada em Palmeira das Missões, enquanto a insatisfação por déficit foi duas vezes e meia maior em Pelotas, quando comparada aos entrevistados de Palmeira das Missões ($p=0,04$).

Na Tabela 2, também se observa que dois de cada três entrevistados (65,5%) consideravam a sua saúde pelo menos boa, sendo que 9% do total considerava excelente. Essas proporções foram discretamente mais elevadas em Pelotas do que em Palmeira das Missões, sem diferença significativa ($p=0,11$). Por outro lado, a prevalência de considerar a saúde como ruim foi bem maior em Palmeira das Missões (7,2%) do que em Pelotas (3%). Em relação à presença de morbidade, confirmada por diagnóstico médico, prevalências mais elevadas foram observadas para hipertensão arterial sistêmica (31%), dor crônica de coluna (27%), depressão (19%) e hipercolesterolemia (16%). Enquanto essa última e as duas primeiras mostraram prevalências mais altas em Palmeira das Missões, com diferença significativa apenas para dor crônica de coluna ($p=0,04$), depressão foi 10 pontos percentuais mais frequente em Pelotas do que em Palmeira ($p=0,02$). Prevalências de 11% foram observadas para asma, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e outra doença crônica para o grupo todo, sendo que em Pelotas esses três grupos de morbidade foram mais prevalentes, com diferença significativa somente para outra doença crônica ($p=0,03$). Artrite ou reumatismo, diabetes *mellitus*, doença cardiovascular (DCV) e doença mental mostraram prevalências entre 5 e 9% no grupo todo, sendo que as duas primeiras foram discretamente mais frequentes em Palmeira das Missões, enquanto DCV e doença mental mostraram prevalências bem mais altas em Pelotas, com diferença apenas para

doença mental ($p=0,02$). Por fim, doença de pulmão (4%), AVC ou derrame (3%), câncer (3%) e insuficiência renal crônica (2%) foram as morbidades menos prevalentes. Enquanto em Pelotas, as prevalências de doença de pulmão, AVC ou derrame e câncer foram mais elevadas, a prevalência de insuficiência renal crônica foi discretamente mais alta em Palmeira das Missões, sem que essas diferenças fossem estatisticamente significativas.

Tabela 2 | Situação de nutrição e saúde da população estudada em dois municípios do Rio Grande do Sul. Palmeiras das Missões (PM) e Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020 (n = 371).

Variável	PM (n=139)		Pelotas (n=232)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estado nutricional^a						
Baixo peso	3	2,2	2	0,9	5	1,4
Eutrofia	44	32,3	72	31,6	116	31,9
Sobrepeso	50	36,8	76	33,3	126	34,6
Obesidade	39	28,7	78	34,2	117	32,1
Percepção da imagem corporal						
Insatisfeito déficit peso	7	5,0	29	12,5	36	9,8
Insatisfeito por excesso	107	18,0	154	66,7	261	70,5
Satisfeito	25	77,0	48	20,8	73	19,7
Como considera a saúde						
Excelente	11	7,9	22	9,5	33	8,9
Muito boa	13	9,4	25	10,8	38	10,2
Boa	60	43,1	112	48,3	172	46,4
Regular	45	32,4	66	28,4	111	29,9

Variável	PM (n=139)		Pelotas (n=232)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ruim	10	7,2	7	3,0	17	4,6
Diagnóstico médico						
HAS	45	32,4	69	29,7	114	30,7
DM	11	7,9	14	6,0	25	6,7
Hipercolesterolemia	28	20,1	33	14,3	61	16,5
DCV	7	5,0	19	8,2	26	7,0
AVC ou derrame	2	1,4	9	3,9	11	3,0
Asma	14	10,1	28	12,1	42	11,3
Artrite/reumatismo	13	9,4	19	8,2	32	8,6
Dor crônica coluna	46	33,1	54	23,3	100	27,0
DORT	12	8,6	30	12,9	42	11,3
Depressão	18	13,0	54	23,3	72	19,4
Doença mental	3	2,2	18	7,8	21	5,
Doença pulmão	3	2,2	11	4,7	14	3,8
Câncer	4	2,9	8	3,4	12	3,2
IRC	3	2,2	4	1,7	7	1,9
Outra doença crônica	9	6,5	32	13,9	41	11,1

Variável	PM (n=139)		Pelotas (n=232)		Total	
	n	%	n	%	n	%
HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus; DCV: doença cardiovascular; AVC: acidente vascular cerebral; DORT: distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho; IRC: insuficiência renal crônica. ^a Falta de informação para três entrevistados de Palmeira das Missões e quatro de Pelotas.						

3.3 Hábitos e conhecimento sobre alimentação

Na Tabela 3, observa-se que duas de cada três pessoas entrevistadas tinham o hábito de sempre adicionar açúcar no chá ou no café, proporção essa significativamente maior ($p=0,04$) entre os moradores de Pelotas se comparados com os de Palmeira das Missões. Para o consumo de frutas no café da manhã, apenas 12% do total de entrevistados referiu sempre ter esse hábito, por outro lado, a maioria (54%) respondeu não ter esse hábito; essa proporção também foi maior em Pelotas, sugerindo que nessa população há hábitos de alimentação menos saudáveis em relação à adição de açúcar e o consumo de frutas do que entre os moradores de Palmeira das Missões. Esse último resultado é também reforçado pelo consumo de bebida açucarada, como suco industrializado e refrigerante, para o qual os moradores de Pelotas referiram sempre consumir esses tipos de bebida pelo menos duas vezes mais do que os entrevistados de Palmeira das Missões.

No que se refere ao conhecimento sobre alimentação, cerca de 80% das pessoas entrevistadas foram classificadas com baixo conhecimento a respeito do Guia Alimentar para a população brasileira, não havendo diferença significativa entre os municípios ($p=0,35$). Reforçando esse resultado, cerca de dois entre cada três entrevistados (68%) acreditavam que a barra de cereal e o biscoito integral industrializado seriam boas opções de lanches; e apenas um pouco mais da metade (52%) entendia que alimentos *in natura*, ou minimamente processados, deveriam constituir a base para uma alimentação saudável. Por outro lado, uma maior proporção (61%) da população entrevistada concordava que os empanados de frango, mesmo que assados, não deveriam ser substitutos da carne de frango e não houve diferença nesses resultados por município (Tabela 3).

Tabela 3 | Hábitos e conhecimento sobre alimentação na população estudada em dois municípios do Rio Grande do Sul. Palmeiras das Missões (PM) e Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020 (n = 371).

Variável	PM (n=139)		Pelotas (n=232)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Adiciona açúcar no chá/café^a						
Nunca	31	22,5	36	15,6	67	18,2
Raramente	13	9,4	10	4,3	23	6,2
Muitas vezes	15	10,9	21	9,1	36	9,8
Sempre	79	57,2	164	71,0	243	65,8
Fruta no desjejum^b						
Nunca	54	38,8	146	63,2	200	54,1
Raramente	40	28,8	46	19,9	86	23,2
Muitas vezes	23	16,6	17	7,4	40	10,8
Sempre	22	15,8	22	9,5	44	11,9
Suco industrializado^b						
Nunca	33	23,7	48	20,8	81	21,9
Raramente	53	38,1	53	22,9	106	28,7
Muitas vezes	34	24,5	60	26,0	94	25,4
Sempre	19	13,7	70	30,3	89	24,0

Variável	PM (n=139)		Pelotas (n=232)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Refrigerante ^b						
Nunca	29	20,9	30	13,0	59	16,0
Raramente	57	41,0	86	37,2	143	38,6
Muitas vezes	35	25,2	56	24,2	91	24,6
Sempre	18	13,0	59	25,6	77	20,8
Conhecimento sobre GAPB						
Elevado	26	18,7	53	22,8	79	21,3
Baixo	113	81,3	179	77,2	292	78,7
Crenças ou cultura						
Barra cereal e biscoito integral opção de alimentação	93	66,9	160	69,0	253	68,2
Alimento in natura é saudável	67	48,2	124	53,4	191	51,5
Não consumir nuggets e substituir por frango assado	79	56,8	146	62,9	225	60,6
GAPB: guia alimentar para população brasileira ^a Falta de informação para um entrevistado de Palmeira das Missões e outro de Pelotas. ^b Falta de informação para um entrevistado de Pelotas.						

4| CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que foi lançada a Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018 – Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS, mudanças podem ser observadas no perfil de saúde e nutrição da população brasileira, bem como nas políticas públicas voltadas para a área de alimentação e nutrição. Mudanças que aconteceram no país, desde 2017, com influências nas políticas de saúde e nutrição (Mattos, 2021), a pandemia de covid-19 e o aumento da insegurança alimentar e nutricional (Brasil, 2020a), ainda mais impactada pela pandemia (Vigisan, 2021), precisam ser consideradas por gestores das três esferas de governo, bem como pelos profissionais de saúde, especialmente aqueles que estão na porta de entrada do sistema de saúde.

Ações de profissionais da saúde da APS podem ter influência em mudanças políticas de nível macro, como tem sido observado em movimentos em defesa do clima. Esses movimentos podem contribuir para que decisões políticas em favor da promoção de uma alimentação adequada e saudável sejam estimuladas em todos os níveis, porém, a proximidade que esses profissionais têm com a população favorece que intervenções de educação alimentar e nutricional possam ser desenvolvidas com vistas ao empoderamento de pessoas e de comunidades na busca de soluções para as questões relacionadas aos problemas nutricionais. Nesse sentido, conhecer o perfil dos profissionais que atuam na APS pode contribuir para a formação e a qualificação em nutrição como direito humano, com ações locais no setor saúde e educação, levando em consideração os aspectos relativos à equidade, ou seja, com recursos e atenção à população mais vulnerável. Da mesma forma, é importante conhecer os gestores que serão capazes de propor as ações direcionadas àqueles que mais necessitam delas.

A caracterização dos respondentes nos municípios do RS mostra que a maioria eram mulheres, tanto entre os gestores (71%) como entre os profissionais de saúde (94%), assim como foi também observado em estudo conduzido com 1323 profissionais do SUS que atuavam em atenção primária e secundária de todo o país, no qual 90% eram mulheres (Lopes *et al.*, 2021). Porém, chama atenção no presente estudo, a proporção de homens

que respondeu o diagnóstico da gestão (29%) foi quase cinco vezes maior que a proporção de profissionais de saúde do sexo masculino (6%) que respondeu o diagnóstico da atenção nutricional, indicando a maior participação dos homens em posições de liderança. Da mesma forma, um predomínio de pessoas que se autodeclararam como brancas foi observado entre os gestores (96%), mas também entre os profissionais de saúde (93%).

A distribuição etária dos respondentes sugere que os gestores eram mais jovens que os profissionais de saúde e a maioria daqueles que preencheram o diagnóstico de gestão e o da atenção nutricional eram profissionais da enfermagem ou da nutrição, porém, quase 40% dos gestores não tinham formação na área da saúde.

Ao comparar a média de idade dos profissionais de saúde que responderam o instrumento aplicado nos municípios do RS em relação aos profissionais brasileiros (Lopes *et al.*, 2021), constata-se que esses últimos eram mais jovens. Em nível nacional, a maior proporção de nutricionistas respondeu o instrumento aplicado (45% eram nutricionistas, 38% enfermeiros e 17% outros profissionais), enquanto no presente estudo, a maioria dos profissionais respondentes eram enfermeiros (65%), nutricionistas (65%) e outros profissionais (5%).

Ainda no presente estudo, foi possível observar que, entre os gestores, o tempo de atuação no setor era menor do que o tempo de serviço dos profissionais de saúde e que, pelo menos um de cada cinco que responderam ao questionário, não eram servidores públicos. Estes resultados indicam um perfil característico de gestores e profissionais de saúde, podendo demonstrar pouco envolvimento em ações de nutrição. Em uma revisão sistemática que incluiu estudos de diversos países, foram encontrados resultados consistentes de que temas relacionados com nutrição eram insuficientemente incorporados na educação médica, independente do ano de formação ou do local ou país onde o estudo foi conduzido. Os autores dessa revisão concluíram que a deficiência na formação afetava o conhecimento, a habilidade e a confiança na implementação de ações de nutrição (Crowley *et al.*, 2019).

Ao analisar o arranjo institucional da área de alimentação e nutrição nos municípios cujos gestores responderam ao questionário, percebe-se baixo protagonismo demonstrado pela pouca participação da área junto da gestão, com uma política municipal de

alimentação e nutrição presente em apenas 5 dos 28 municípios avaliados. Também chama atenção que, embora a maioria dos gestores tenha referido a utilização dos sistemas de informação para apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição, esses mesmos sistemas foram citados como fonte de dados para a análise do estado nutricional no território por apenas 18% dos profissionais de saúde que responderam o diagnóstico da atenção nutricional. Considerando que esses sistemas são estratégicos para a qualificação da atenção às pessoas com obesidade na APS, os resultados aqui encontrados demonstram que ainda não há uma organização do cuidado baseada nos sistemas de informação (Brasil, 2021a).

Diversas ações intersetoriais fundamentais para a abordagem integral da obesidade e DCNT (Brasil, 2011) foram citadas por mais da metade dos gestores, mas percebe-se que a articulação do setor de alimentação e nutrição ocorre principalmente com educação e assistência social, o que talvez possa ser explicado pela vinculação com programas como Saúde na Escola (Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007) e Bolsa Família, atualmente Auxílio Brasil Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021). Percebe-se ainda a pouca vinculação da alimentação e nutrição com setores como meio ambiente, cultura, câmara de vereadores e sociedade civil.

Como uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a cooperação e a articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) requer, além de uma articulação intersetorial, equipamentos que possam garantir o direito humano à alimentação adequada e saudável (Brasil, 2013). Entretanto, apenas a alimentação escolar foi citada por mais da metade dos gestores que responderam o instrumento nos municípios do RS, como equipamento público de SAN.

Outras duas diretrizes da PNAN incluem o financiamento como fundamental na gestão das ações de alimentação e nutrição e a educação permanente necessária na qualificação da força de trabalho (Brasil, 2013). Entretanto, no instrumento aplicado aos gestores no presente estudo, percebe-se a escassa participação da área de alimentação e nutrição na gestão dos recursos financeiros e que os maiores incentivos para educação permanente não eram promovidos pela gestão municipal, já que a suficiência na formação em relação a algumas demandas da área de alimentação e nutrição era considerada por mais da metade dos gestores que responderam o instrumento. A falta de treinamento de pro-

fissionais de saúde para avaliação e aconselhamento nutricional e para prevenção e tratamento de má nutrição e doenças relacionadas tem sido considerada como uma limitação na APS (Kraef *et al.*, 2020). Assim, o treinamento de profissionais de saúde; a habilidade para trabalhar de forma interdisciplinar; a remuneração adequada para ações de promoção e prevenção; e a coleta de informações relacionadas com avaliação nutricional e consumo alimentar são algumas das ações para melhorar a intervenção nutricional na APS.

Embora o reconhecimento do território, com análise da situação de saúde e VAN, seja um eixo estratégico para a implementação da atenção voltada aos indivíduos com obesidade (Brasil, 2021a), os resultados do diagnóstico da atenção nutricional com os profissionais de saúde das UBS selecionadas nos municípios do RS mostram que bem menos da metade desses profissionais utiliza, discute ou compartilha esses dados, sendo que a seleção e a priorização de demandas da área é feita através do diálogo de mais da metade da equipe interna da unidade. Da mesma forma que foi observado no diagnóstico de gestão, os equipamentos públicos de SAN foram pouco citados pelos profissionais de saúde, sendo os mais citados, a creche, a escola e o centro de proteção social. Embora esses sejam locais onde as ações de educação alimentar e nutricional possam ser fortalecidas, outros locais, como por exemplo os restaurantes populares, também poderiam ser considerados de forma a contribuir na equidade de acesso e no empoderamento de pessoas e da comunidade em geral, através de ações voltadas para o cuidado nutricional e a garantia do direito à alimentação adequada e saudável.

No manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS do SUS, são apresentados os eixos estratégicos para a coordenação do cuidado, a longitudinalidade, a implementação da linha de cuidado e a organização da atenção voltada aos indivíduos com sobrepeso e obesidade (Brasil, 2021a). A análise conduzida com os profissionais de saúde do RS sugere a implementação incipiente desses atributos da APS, com a existência de uma comissão de intergestores da RAS, referida por cerca de um quarto desses profissionais. Além disso, um plano de organização para a implementação da linha de cuidado para a atenção das pessoas com sobrepeso e obesidade aparece em um terço das respostas.

Devido a nem todos os municípios disporem de equipamentos necessários à atenção de pessoas com sobrepeso e obesidade e também pelo desconhecimento ou não utili-

zação de publicações do MS relacionadas ao tema, esses resultados acabam sendo ainda mais reforçados. Embora o atendimento individual tenha sido referido por três de cada quatro profissionais, apenas 9% referiram a existência de espaços destinados a encontros multiprofissionais para discussão de casos de pessoas com sobrepeso ou obesidade, além disso, 21% informaram que há capacitação em alimentação e nutrição aos profissionais responsáveis pelo acolhimento dessas pessoas. Esses resultados estão de acordo com aqueles encontrados no estudo conduzido com profissionais de saúde brasileiros no qual houve concordância, para 57% dos profissionais entrevistados, de que a falta de apoio gerencial ou administrativo é uma barreira para o manejo da obesidade no SUS. Além disso, 75% dos profissionais concordaram que obstáculos na comunicação com outros pontos de atenção também podem ser considerados como uma dificuldade nesse processo de trabalho (Lopes *et al.*, 2021).

Nos municípios selecionados para constituírem a amostra do RS, constata-se ainda que os processos de monitoramento e avaliação relacionados ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade são também incipientes, com apenas 16% dos profissionais referindo processos coletivos de avaliação dos resultados alcançados nesse cuidado. Enquanto um terço dos profissionais tenha referido que a VAN é realizada pela equipe de saúde, a utilização desses dados para monitoramento e avaliação é ainda menos frequente. E, embora a utilização de informações do Sisvan tenha sido referida por três de cada quatro profissionais, os níveis de tomada de decisão desses dados ocorrem, principalmente na UBS, com reavaliação do cuidado nutricional individualizado, reorientação do trabalho em equipe e no planejamento e gestão de ações de alimentação e nutrição, internamente na UBS. Por fim, apenas 6 dos 99 profissionais de saúde que responderam ao instrumento de diagnóstico da atenção nutricional referiram algum mecanismo de avaliação da satisfação do usuário na UBS, indicando a falta de processos de avaliação interna relacionados ao cuidado com as pessoas com sobrepeso e obesidade em municípios selecionados no RS.

Assim, os resultados aqui apresentados demonstram a importância de alcançar gestores, equipes e profissionais de saúde que atuam na APS, de forma a melhor estruturar esse nível de atenção, seja na qualificação seja na disponibilidade de recursos materiais e humanos que possibilitem a implementação de ações voltadas ao cuidado das pessoas

com sobrepeso ou obesidade, especialmente aquelas relacionadas com a atenção nutricional, com abordagens individuais ou coletivas capazes de alcançar toda população que necessita desse cuidado, desde a atenção básica, mas com possibilidade de ser atendida em outros níveis de atenção e de retornar à APS, de forma a garantir a promoção da saúde e a prevenção de doenças para toda a população. Recomendações que buscam fortalecer a qualificação e a efetividade desse cuidado estão disponíveis no Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da APS do SUS (Brasil, 2021a).

No diagnóstico conduzido com a população adscrita às UBS de Pelotas e Palmeira das Missões, foi possível caracterizar essa população nesses dois municípios. Entre os entrevistados, a maioria era constituída por mulheres (69%), semelhante ao que foi encontrado na PNS-2019, investigação que avaliou os serviços prestados no âmbito da APS no Brasil, na qual 70% das pessoas de 18 anos ou mais utilizaram algum desses serviços nos seis meses anteriores à data da entrevista (Brasil, 2020a). Enquanto no presente estudo a maioria dos entrevistados se autodeclarou com cor de pele branca (60%), 61% da população adulta que utilizou os serviços de APS era preta ou parda, entre os adultos de Pelotas e Palmeira das Missões, esse percentual foi de 39%. Nessas duas cidades, a proporção de pessoas entrevistadas com idade entre 40 e 59 anos foi de 55%, sendo um pouco maior que a proporção de pessoas adultas, nessa mesma faixa etária (36%), que utilizaram algum serviço da APS nos últimos seis meses, no estudo conduzido em nível nacional. A proporção de entrevistados que vivia com um(a) companheiro(a) no presente estudo foi 67%, enquanto na PNS-2019 essa proporção foi de 65% (Brasil, 2020a).

Enquanto a maioria dos usuários da APS (54%) em nível nacional (BRASIL, 2020a) era constituída por pessoas não ocupadas no momento da entrevista, cerca de dois terços dos entrevistados no presente estudo estavam trabalhando com carteira assinada (37%) ou como autônomo (32%), o que também indica que o rendimento domiciliar da população adscrita às UBS de Pelotas e de Palmeira das Missões foi mais elevado que na PNS-2019, na qual 65% dos usuários da APS tinha renda per capita inferior a um salário mínimo na época de entrevista (Brasil, 2020a).

Ao analisar o estado nutricional da população adulta brasileira avaliada na PNS-2019 (Brasil, 2020a), a prevalência de baixo peso encontrada foi de 1,6%, enquanto no presente estudo essa prevalência foi de 1,4%, estando ambas abaixo do limite de 5% esperado na

população, para indivíduos constitucionalmente magros. Para excesso de peso, as prevalências encontradas foram de 60% para a população brasileira avaliada na PNS-2019 e de 67% em Pelotas e Palmeira das Missões.

No presente estudo, observa-se que as prevalências daqueles que se autodeclaravam com saúde boa/muito boa/excelente em Pelotas e Palmeira das Missões foi de 65,5% e semelhante ao que foi encontrado em nível nacional para toda a população estudada na PNS em 2019 (66,1%) e em 2013 (66,2%) (Brasil, 2020b). Proporções semelhantes daqueles que consideravam a sua saúde como regular ou ruim também foram encontradas nos dois municípios do RS (29,9% para regular e 4,6% para ruim) e na PNS-2019 (28,1% e 5,8%, respectivamente). Cabe destacar que entre os usuários da APS no Brasil, a proporção daqueles que consideraram a sua saúde como boa ou muito boa foi de 50,1% e, consequentemente, a outra metade considerou a sua saúde como regular, ruim ou muito ruim (Brasil, 2020b).

No que se refere ao diagnóstico médico de algumas morbidades crônicas, as mais frequentemente citadas em Pelotas e Palmeira das Missões foram hipertensão arterial (31%) e dor crônica de coluna (27%), assim como também observado na população incluída na PNS-2019, com prevalências de 24% e 22%, respectivamente (Brasil, 2020b). No entanto, ao considerar os usuários da APS em nível nacional, a prevalência de hipertensão arterial autorreferida foi de 39% (BRASIL, 2020a). Prevalências semelhantes entre o presente estudo e toda população avaliada na PNS-2019 são observadas para diabetes (6,7% e 7,7%, respectivamente), hipercolesterolemia (16,5% e 14,6%), doença cardiovascular (7,0% e 5,3%, sendo que na região sul essa prevalência foi de 6,2%), AVC (3,0% e 2,0%), câncer (3,2% e 2,6% ou 3,5% considerando apenas a região sul) e insuficiência renal crônica (1,9% e 1,5%, respectivamente, no presente estudo e na PNS-2019). Prevalências de asma, DORT e depressão foram bem mais elevadas no presente estudo (11,3%, 11,3% e 19,4%, respectivamente) do que na PNS-2019 (5,3%, 2,5% e 10,2%, respectivamente), embora, considerando apenas a região sul, as prevalências de asma (6,2%) e de depressão (15,2%) foram mais elevadas do que quando considerados os dados em nível nacional. Ainda considerando a população com representatividade nacional e usuária da APS (Brasil, 2020a), outras morbidades mais frequentemente autorreferidas foram diabetes (16%), depressão (15%), doença do coração (8%), asma (6%) e doença crônica de pulmão (2%).

Ao avaliar hábitos e conhecimento sobre alimentação na população estudada nos dois municípios do RS, percebe-se que três de quatro entrevistados adicionavam açúcar no café ou no chá na maioria das vezes ou sempre. Na amostra representativa da população brasileira, incluída na última pesquisa de orçamento familiar (POF 2017-2018), foi encontrada uma frequência de 85% de uso de açúcar para adoçar bebidas e alimentos (Brasil, 2020b). Enquanto mais da metade da população incluída no presente estudo referiu não consumir frutas no café da manhã, a participação das frutas relativa ao total de calorias determinado pelo consumo alimentar pessoal dos brasileiros foi de 3,1% (Brasil, 2020b). Além disso, apenas 13% dessa população atendeu o consumo recomendado de frutas e hortaliças, conforme a POF 2017-2018 (Brasil, 2020b). Também foi constatado que quase metade dos entrevistados no presente estudo consumiram suco industrializado (49,4%) ou refrigerante (45,4%) muitas vezes ou desde sempre. Na PNS-2019, foi considerado consumo regular quando o entrevistado referiu beber refrigerante pelo menos cinco dias na semana, com isso, 9% dos brasileiros com 18 anos ou mais de idade consumiam refrigerantes regularmente e essa proporção foi duas vezes maior entre aqueles com idade até 24 anos (18%) (BRASIL, 2020b). Cabe destacar que os dados da POF 2017-2018 mostraram redução na frequência de consumo de refrigerantes em relação à POF 2008-2009, passando de 23% para 15%, respectivamente. E essa redução foi observada em todos os grupos, mas de forma mais acentuada entre aqueles entrevistados pertencentes ao quarto de renda mais elevada (Brasil, 2020b).

Resultados do presente estudo ainda chamam atenção para a baixa proporção de entrevistados que tinham algum conhecimento das principais recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014) e, quando questionados sobre algumas informações específicas de hábitos de alimentação saudável, percebe-se que dois de cada três entrevistados consideravam alimentos ultraprocessados como barra de cereal e biscoito integral como boas opções de alimentação, cerca de metade dos entrevistados referiram que alimento in natura é considerada uma alimentação saudável e 60% referiram o frango assado como um alimento mais saudável que uma carne ultraprocessada, como um nugget. Os resultados da PNS-2019 mostraram que, no Brasil, 14% das pessoas com 18 anos ou mais de idade consumiam cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados, sendo que na região sul essa proporção foi de 20% (Brasil, 2020b).

Recentemente, foi publicada uma matriz de ações de alimentação e nutrição na APS, sendo uma proposta para organização de ações essenciais para os cuidados em A&N na APS, com o propósito de fornecer bases que apoiem a estruturação destes cuidados nos diversos territórios cobertos pela APS no Brasil (Brasil, 2022a). A primeira matriz foi proposta com o objetivo de sistematizar e organizar as ações nos municípios com base na PNAN, publicada em 1999, e assim ser um instrumento de avaliação das práticas na atenção básica (Brasil, 2009). Desde então, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a PNAN foram atualizadas e as ações de alimentação e nutrição na atenção básica passaram por um período de estruturação e publicização dos instrumentos de referência. Com a matriz não se pretende instituir um modelo pronto a ser replicado igualmente em todos os municípios, mas a forma de organização e propostas de recomendações de práticas cuidado em alimentação e nutrição na APS estão disponíveis a gestores e profissionais de saúde que irão encontrar neste documento (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_nutricao_aps.pdf) elementos que poderão ajudar a garantir uma melhor oferta de cuidados em alimentação e nutrição para a população sob sua responsabilidade, enquanto parte da atenção integral à saúde. Outro documento, também publicado recentemente, apresenta 35 recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na APS (Brasil, 2022b). Além destes, há publicações do Ministério da Saúde, das universidades e materiais produzidos pelos projetos que acompanham a Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018 que precisam chegar aos municípios brasileiros de forma a contribuir na implementação de ações de atenção nutricional na APS. Assim, espera-se que os resultados aqui apresentados alcancem gestores e profissionais de saúde, podendo contribuir nos processos de trabalho e na valorização do cuidado e da atenção nutricional para a população dos territórios sob suas responsabilidades.

 [Voltar ao sumário](#)

5| REFERÊNCIAS

BASTIN, Anne; ROMAIN, Ahmed Jérôme; MARLEAU, Jacques; BAILLOT, Aurélie. Health behaviours, intentions and barriers to change among obesity classes I, II and III. *Clinical obesity*, v. 9, n. e12287, 2019.

BLUHER, Matthias. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology*, Londres, v. 15, n. 5, p. 288-298, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2ª. ed., 1ª. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1ª. ed., 1ª. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde [versão preliminar] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde no Brasil [versão preliminar] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Ministério da Saúde – Rio de Janeiro. IBGE, 2020a.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Ministério da Saúde – Rio de Janeiro. IBGE, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso

e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c.

CATTAL, Glauco Barnez; HINTZE, Luzia Jaeger; NARDO JUNIOR, Nelson. Validação interna do questionário de estágio de prontidão para mudança do comportamento alimentar e de atividade física. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 28, n. 2, 194-199, 2010.

CROWLEY, Jennifer; BALL, Lauren; HIDDINK, Gerrit Jan. Nutrition in medical education: a systematic review. *Lancet Planetary Health*. Londres, v. 3, n. 9, e379-e389, 2019.

ENDALIFER, Melese Linger; DIRESS, Gedefaw. Epidemiology, predisposing factors, biomarkers, and prevention mechanism of obesity: a systematic review. *Journal of Obesity*, Londres, v. 2020, n. 6134362, 2020. GBD 2015 OBESITY COLLABORATORS. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 377, n. 1, p. 13-27, 2017.

GBD 2017 DIET COLLABORATORS. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, Londres, v. 393, n. 10184, p. 1958-1972, 2019.

GUH, Daphne; ZHANG, Wei; BANSBACK, Nick; AMARSI, Zubin; BIRMINGHAM, Laird; ANIS, Aslam. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, Washington, v. 92, n. 88, 2009.

KRAEF, Christian; WOOD, Benjamin; VON PHILIPSBORN, Peter; SINGH, Sudhvir; PETERSON, Stefan Swartling; KALLESTRUP Per. Primary health care and nutrition. *Bulletin World Health Organization*, Genebra, v. 98, n. 12, p. 886-893, 2020.

LOPES, Mariana; FREITAS, Patrícia; CARVALHO, Maria; FERREIRA, Nathália; CAMPOS, Suellen; MENEZES, Mariana; LOPES, Aline. Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. *Family Practice*, Oxford, v. 38, n. 1, p. 4-10, 2021.

MATTOS, Ruben Araújo. As políticas nacionais de alimentação e nutrição e as trajetórias institucionais dos direitos à saúde e à alimentação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. e00149120, 2021.

MORAES, Jéssica Maria Muniz; ALVARENGA, Marle dos Santos. Adaptação transcultural e validade aparente e de conteúdo da versão reduzida da The Eating Motivation Survey (TEMS) para o Português do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. e00010317, 2017.

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. *Lancet*, Londres, v. 390, n. 10113, p. 2627–2642, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Obesidade: Prevenindo e Gerenciando a Epidemia Global: Relatório de uma Consulta da OMS. Série de Relatórios Técnicos da OMS 894.* Organização Mundial da Saúde; Genebra, Suíça: 2000.

PAGLIAI, Giuditta; DINU, Monica; MADARENA, Maria Pia; BONACCIO, Marialaura; IACOVIELLO, Licia; SOFI, Francesco. Consumption of ultra-processed foods and health status: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition*, Cambridge, v. 125, n. 3, p. 308-318, 2021.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

PIMENTEL, Viviane Rangel de Muros; SOUZA, Maria Fátima de; RICARDI, Luciani Martins; HAMANN, Edgar Merchan. Food and nutrition in primary health care and health promotion: the importance of a dialogue. *Demetra Alimentação Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 487-498, 2013.

RECINE, Elisabetta; BANDEIRA, Luisete; PEREIRA, Tatiane Nunes; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro. Brazilian National Food and Nutrition Policy: celebrating 20 years of implementation. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição: celebrando 20 anos de implementação*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 37, n. e00194521, 2021.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR (REDE PENSSAN). VIGISAN: Inquérito Nacional sobre insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Rede Penssan, 2021. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

REIS, Lígia Cardoso dos; JAIME, Patrícia Constante. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do guia alimentar na atenção básica. *Demetra Alimentação Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. e39140, 2019.

RIMES-DIAS, Karina Abibi; COSTA, Janaína Calu, CANELLA, Daniela Silva. Obesity and health service utilization in Brazil: data from the National Health Survey. *BMC Public Health*. Washington, v. 22, n. 1474, 2022.

SALLIS, James; KERR, Jacqueline; CARLSON, Jordan; NORMAN, Gregory; SAELENS, Brian; DURANT, Nefertiti; AINSWORTH, Barbara. Evaluating a brief self-report measure of neighborhood environments for physical activity research and surveillance: Physical Activity Neighborhood Environment Scale (PANES). *Journal of Physical Activity and Health*, Hanover, v. 7, n. 4, p. 533-540, 2010.

SILVA, Fernanda Marcelina; GIATTI, Luana; FIGUEIREDO, Roberta Carvalho; MOLINA, Maria del Carmen Bisi; CARDOSO, Letícia de Oliveira; DUNCAN, Bruce Bartholow; BARRETO, Sandhi Maria. Consumption of ultra-processed food and obesity: cross sectional results from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort (2008–2010). *Public Health Nutrition*, Cambridge, v. 21, n. 12, p. 2271–2279, 2018.

STUNKARD, WIECHERT, Meike; HOLZAPFEL, Christina. Nutrition Concepts for the Treatment of Obesity in Adults. *Nutrients*, Basel, v. 14, n. 1, p. 169, 2022.

YANOVSKI, Jack. Obesity: Trends in underweight and obesity — scale of the problem. *Nature Reviews Endocrinology*, Londres, v. 14, p. 5-6, 2018.
Rev. Endocrinol, v. 14, p. 5-6., 2018.



Autoras:

Denise Petrucci Gigante

Gicele Costa Mintem

Juceli Soares Sallaberry

Daniela Paini

Greisse Viero da Silva Leal

Ana Luisa Sant'anna Alves