



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Rafaela Souza

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA
OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Florianópolis

2024

Rafaela Souza

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA
OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde

Orientadora: Prof^ª. Josimari Telino de Lacerda, Dra.

Coorientadora: Prof^ª. Patrícia Maria de Oliveira Machado, Dra.

Florianópolis

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Rafaela

Avaliação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na atenção primária à saúde / Rafaela Souza ; orientadora, Josimari Telino de Lacerda, coorientadora, Patrícia Maria de Oliveira Machado, 2024.

253 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Programas e Políticas de Alimentação e Nutrição. 3. Avaliação em Saúde. 4. Atenção Primária em Saúde. 5. Obesidade. I. Lacerda, Josimari Telino de. II. Machado, Patrícia Maria de Oliveira. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Rafaela Souza

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA
OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado em 08 de dezembro de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª. Ana Carolina Feldenheimer da Silva, Dr^ª.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Prof^ª. Claudia Flemming Colussi, Dr^ª.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Mick Lennon Machado, Dr.

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Prof^ª. Marta Inez Machado Verdi, Dr^ª.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prof^ª. Josimari Telino de Lacerda, Dr^ª
Orientadora

Florianópolis, 2024

Ao meu pai, Arlindo N. Souza (*in memoriam*),
que deve estar muito feliz, vendo
mais uma filha no caminho para tornar-se
Doutora. Essa conquista é especialmente
para você. Te amo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, pelo dom da Vida, pelas oportunidades e por me permitir seguir em busca dos meus sonhos.

Aos meus pais **Italina e Arlindo** (*in memoriam*), por todo amor, por serem a base e o alicerce sob o qual eu construí o meu caráter, por ensinarem os verdadeiros valores da vida e por priorizarem a educação. Em meio a tantas dificuldades, minha irmã e eu sempre tivemos incentivo e todo apoio necessário para que pudéssemos realizar a nossa formação. Amo vocês para todo o sempre!

A minha irmã **Tamires**, por ser o meu maior exemplo de força, dedicação e empenho, por ser o meu primeiro e melhor exemplo na carreira acadêmica. A você dedico tudo o que sou e o que conquistei. Agradeço ao meu cunhado **Maurício** por também incentivar e participar de cada conquista; e por juntos proporcionarem o melhor presente que eu poderia ganhar na vida: minha sobrinha e afilhada **Agatha** que é o nosso mundo colorido.

Ao meu parceiro de vida **Vinícius**, por ser lar e refúgio onde eu posso me abrigar. Por me mostrar que é possível viver um amor leve, tranquilo e feliz, com muita cumplicidade, respeito e amizade. Obrigada pelo companheirismo de todos os dias e pelos sonhos e realizações compartilhados. Agradeço também por ser meu consultor para assuntos de tecnologias e revisor de abstract. Amo você!

A minha orientadora **Josimari**, acima de tudo pela amizade construída, por abrir as portas da sua casa e me acolher nos momentos em que mais precisei. Você acompanhou todos os passos da minha trajetória no doutorado, acompanhou a minha evolução, tropeços e conquistas. Você é uma inspiração pra mim enquanto mulher, pesquisadora, professora, militante e sanitarista. Obrigada pela orientação de excelência. Espero estar sempre por perto para aprender contigo cada dia mais.

Agradeço imensamente à minha coorientadora e amiga **Patrícia**, por estar sempre presente e atenta à escrita, com uma postura acolhedora e descontraída, mas com exigência para o trabalho ser sempre melhor. Nenhuma palavra poderá expressar toda a gratidão a ti. Te admiro demais. Obrigada por tudo que já vivenciamos e por tudo o que ainda virá, frutos de nossos trabalhos.

À professora **Cristina Calvo**, por me acolher em meados de 2017 enquanto eu ainda era aluna de mestrado em outra instituição e cheguei na UFSC para uma vivência acadêmica. Obrigada por me introduzir ao mundo da pesquisa avaliativa, por me estender a mão e não

soltar mais, desde então. Obrigada também por me permitir fazer parte da equipe do Núcleo Telessaúde UFSC, sinto muito orgulho em fazer parte deste projeto!

À equipe do **Núcleo Telessaúde UFSC** pela acolhida, pela amizade, pelos aprendizados diários e pelo apoio nesta reta final do doutorado. Em especial, à amiga e colega **Bárbara Telino** pelo companheirismo.

Às amigas que o doutorado proporcionou, **Larissa Weber, Joyce Ribeiro, Ana Caroline, Marina Jacobs e Fernanda Lange** por todos os momentos felizes, pelos almoços e encontros em família. Obrigada por me permitirem fazer parte de suas vidas e pelos laços de amizade construídos. Amo vocês!

Ao **Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS)**, pelas discussões e reflexões que apoiaram a construção desta tese. Agradeço, principalmente, à amiga **Gabriella Medeiros** e às professoras **Claudia Flemming Colussi, Daniela Alba Nickel e Sônia Natal** pelos aprendizados maravilhosos.

Aos docentes do **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, em especial à **Marta Verdi**, por todos os aprendizados, obrigada pela competência e dedicação em defesa da universidade pública de qualidade e do Sistema Único de Saúde.

Aos **servidores técnicos-administrativos em educação** do Centro de Ciências da Saúde da UFSC, pelo trabalho que desempenham, principalmente à **Maria Júlia das Chagas** pela competência e pelo comprometimento com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Aos **profissionais de saúde** e aos **gestores** que participaram desta pesquisa e que apresentaram a realidade da atenção nutricional no âmbito da APS em cada município catarinense. Esta tese traz importantes contribuições e reflexões que servirão de subsídios para melhorias na estrutura e no processo de trabalho das equipes de saúde.

Aos membros da **família Siqueira e Petrolini**, minha família em Florianópolis, pelo amor e pela acolhida. Obrigada pela torcida e pela compreensão nos momentos de ausência.

Agradeço, por fim, à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** e ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pela concessão de bolsas no início do doutorado.

RESUMO

A obesidade tornou-se um importante problema de saúde pública, atingindo todos os países do mundo, todas as faixas etárias e estratos sociais. É considerada uma doença e também fator de risco para uma série de doenças e agravos não transmissíveis (DANT). A atenção nutricional é fundamental para o enfrentamento da obesidade, pois engloba ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e controle dos agravos nutricionais de forma articulada com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) do tipo abrangente ou integral como referência. A atenção nutricional faz parte do processo de trabalho das equipes, sendo de responsabilidade da gestão. Este estudo teve como objetivo avaliar a implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade no contexto da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada em duas etapas: 1) Proposta de um modelo avaliativo da Atenção Nutricional na APS para o enfrentamento da obesidade, a partir da adaptação do modelo de Machado e Lacerda (2023). Foi utilizada a metodologia “Framework para Avaliação de Programas em Saúde Pública”, desenvolvida pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC). A partir da revisão de literatura e análise documental realizou-se a modelagem do objeto por meio do Modelo Teórico, Modelo Lógico e Matriz de Análise e Julgamento (MAJ). O modelo avaliativo foi submetido a consenso entre especialistas. 2) Avaliação do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade em Santa Catarina e análise de associação das características de contexto, com base no modelo proposto na etapa anterior. Foram utilizados dados secundários de domínio público disponíveis em sites oficiais e banco de dados de pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde sobre a organização, gestão e o cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS nos anos 2019 e 2020, em municípios brasileiros. O modelo avaliativo desenvolvido foi validado com 90% de concordância pelos especialistas e é composto pelas dimensões de Gestão e Assistência, com 7 subdimensões, 24 indicadores e 60 medidas. O grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS em Santa Catarina foi considerado incipiente em 76,4% das unidades básicas de saúde (UBS) analisadas, intermediário em 18,2% e avançado em 5,4%. Os melhores resultados foram nas UBS localizadas nos municípios de grande porte, que fazem parte das macrorregiões de saúde da Grande Florianópolis e Sul, e com maior cobertura de estratégia de saúde da família. Identificou-se que as equipes realizam atividades de promoção à saúde e ações de vigilância alimentar e nutricional, ofertam atenção interdisciplinar e multiprofissional e contam com profissionais qualificados. No entanto, apresentaram importantes deficiências em relação à infraestrutura, condições para o acesso à saúde, fluxos e padronização da atenção, apropriação do território e organização do cuidado à pessoa com obesidade, indicando a realização de ações de saúde focalizadas e desarticuladas da RAS, além de grandes desafios a serem superados pela gestão municipal com relação às ações de alimentação e nutrição.

Palavras-chave: Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Obesidade.

ABSTRACT

Obesity has become a significant public health concern, affecting all countries worldwide, all age and social groups. It is considered both a disease and a risk factor for various non-communicable diseases (NCDs). Nutritional care is crucial for addressing obesity, encompassing health promotion, prevention, treatment, and control of nutritional issues in coordination with the Health Care Network (RAS), with comprehensive or integral Primary Health Care (PHC) as a reference. Nutritional care is an integral part of the work carried out by healthcare teams and falls under the responsibility of management. This study aimed to evaluate the implementation of Nutritional Care for combating obesity within the context of Primary Health Care in Santa Catarina. The research consisted of two key phases: The development of an evaluative model for Nutritional Care within PHC to address obesity, based on the adaptation of Machado and Lacerda (2023) model. The "Framework for Program Evaluation in Public Health" methodology developed by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) was utilized. Through literature review and document analysis, the object was modeled through a Theoretical Model, Logical Model, and an Analysis and Judgment Matrix (MAJ). The evaluative model was then subjected to expert consensus. Application of the evaluative model to determine the degree of Nutritional Care implementation for obesity management in Santa Catarina and to analyze the contextual characteristics based on the level of implementation. Public domain secondary data from official websites and research databases conducted by the Ministry of Health concerning the organization, management, and care provided to individuals with overweight and obesity in PHC in the years 2019 and 2020, in Brazilian municipalities, were utilized. The developed evaluative model achieved a validation rate of 90% agreement among experts. It comprises dimensions of Management and Care, with 7 subdimensions, 24 indicators, and 60 measures. The degree of implementation of Nutritional Care for addressing obesity in PHC in Santa Catarina was considered incipient in 76.4% of the analyzed Basic Health Units (UBS), intermediate in 18.2%, and advanced in 5.4%. The most promising results were observed in UBS located in larger municipalities, which are part of the health macroregions of Greater Florianópolis and the South and exhibited a higher coverage of the Family Health Strategy. It was identified that healthcare teams engage in health promotion activities, nutritional surveillance, offer interdisciplinary and multiprofessional care, and are staffed with qualified professionals. However, significant shortcomings were evident in terms of infrastructure, healthcare accessibility, care standardization, territorial engagement, and the organization of care for individuals with obesity. This indicates the presence of fragmented and disjointed healthcare actions within the Health Care Network and highlights the significant challenges that municipal management needs to address concerning nutrition and food-related actions.

Keywords: Nutrition Programs and Policies; Primary Health Care; Health Evaluation; Obesity.

LISTA DE FIGURAS

Tese

Figura 1 - Fatores determinantes da obesidade	21
Figura 2 – Linha do tempo sobre as principais referências técnicas e normativas do Ministério da Saúde para o enfrentamento da obesidade APS	55
Figura 3 - Fluxograma de seleção dos artigos	57
Figura 4 - Framework para Avaliação de Programas em Saúde Pública	69

Primeiro artigo

Figura 1 – Esquematização da seleção dos estudos	90
--	----

Segundo artigo

Figura 1 - Modelo Teórico da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS	129
Figura 2 - Modelo Lógico da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS	131

Terceiro Artigo

Figura 1 - Modelo Teórico da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS	142
---	-----

LISTA DE QUADROS

Tese

Quadro 1 - Classificação do estado nutricional em adultos de acordo com o IMC	20
Quadro 2 - Pilares do MT aplicados no cuidado ao indivíduo com obesidade	28
Quadro 3 – Resumo das intervenções no enfrentamento da obesidade	34
Quadro 4 - Principais objetivos e metas globais que abordaram o enfrentamento da obesidade	37
Quadro 5 - Tipos de ações desenvolvidas para a alimentação saudável entre as nações analisadas pelo <i>Global Nutrition Policy Review 2016-2017</i>	40
Quadro 6 – Ações de Alimentação e Nutrição para o enfrentamento da obesidade desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde	49
Quadro 7 - Descrição dos artigos analisados sobre avaliação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS	61
Quadro 8 - Referências técnicas e normativas do Ministério da Saúde sobre o enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde utilizados para construção do modelo avaliativo	71
Quadro 9 - Distribuição das UBS em Santa Catarina segundo estrato populacional, amostra e participação na pesquisa	76

Primeiro Artigo

Quadro 1 – Descrição geral dos artigos selecionados na scoping review	91
Quadro 2 – Descrição das intervenções encontradas nos artigos selecionados na scoping review.	99

Segundo artigo

Quadro 1 - Síntese da matriz avaliativa com o percentual de concordância dos especialistas	134
--	-----

Terceiro artigo

Quadro 1 - Distribuição das UBS em Santa Catarina segundo estrato populacional, amostra e participação na pesquisa	144
Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2023.	146
Quadro 3 - Matriz de julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2023	153

LISTA DE TABELAS

Tese

- Tabela 1 – Distribuição de unidades de saúde avaliadas para implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, segundo os indicadores, subdimensões e dimensões com juízo de valor (n=631). Dados da pesquisa, 2023. 154
- Tabela 2 - Distribuição das UBS de acordo com o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS e variáveis de contexto (n=631). Dados da pesquisa, 2023. 155

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A&N – Alimentação e Nutrição

AB – Atenção Básica

AMA - American Medical Association

APS – Atenção Primária à Saúde

BDTD – Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CGAN – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DANT - Doenças e Agravos Não transmissíveis

DCNT – Doenças Crônicas Não transmissíveis

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada

EAN – Educação Alimentar e Nutricional

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO - Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

JV – Juízo de Valor

MAJ – Matriz de Análise e Julgamento

ML – Modelo Lógico

MT – Modelo Teórico

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PM – Pontuação Máxima

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNSAN – Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PO – Pontuação Observada

POF - Pesquisa de orçamentos familiares

PSE – Programa Saúde na Escola

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SC - Santa Catarina

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 CONCEITO E DETERMINANTES DA OBESIDADE.....	20
3.2 INTERVENÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE: PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS	25
3.3 POLÍTICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE	36
3.4 A ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NA APS.....	43
3.5 ESTUDOS AVALIATIVOS SOBRE O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NA APS.....	56
3.4.1 Análise descritiva dos estudos selecionados	58
4 METODOLOGIA.....	67
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	67
4.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	68
4.3 PROPOSTA DE UM MODELO AVALIATIVO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NA APS PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE.....	68
4.3.1 Formação de um grupo de interessados	69
4.3.2 Descrição da intervenção	70
4.3.3 Focalização do Projeto de Avaliação	72
4.3.4 Reunião e avaliação das evidências.....	73
4.3.5 Justificativa das conclusões	74
4.3.6 Compartilhamento das lições aprendidas	74
4.4 AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM SANTA CATARINA.....	75
4.4.1 Análise do Grau de Implantação.....	76

4.4.2 Análise do contexto.....	77
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	79
5 RESULTADOS	80
ARTIGO 1	81
ARTIGO 2.....	121
ARTIGO 3.....	139
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
REFERÊNCIAS	166
APÊNDICES.....	184
APÊNDICE A – ESTRATÉGIAS DE BUSCA ELABORADAS A PARTIR DO PROTOCOLO DA BU/UFSC	184
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .	191
APÊNDICE C – MODELO AVALIATIVO.....	194
DIMENSÃO 1 – GESTÃO	200
APÊNDICE D – SÍNTESE DA MATRIZ AVALIATIVA.....	217
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..	227
ANEXOS	229
ANEXO A - RESULTADO DA CHAMADA CNPQ/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018	229
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - 3.822.183	235
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - 4.451.510.....	239
ANEXO D – DIRETRIZES PARA AUTORES PERIÓDICOS	241

APRESENTAÇÃO

A definição do objeto de estudo deste trabalho – atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na Atenção Primária em Saúde (APS) - foi motivada pela minha formação de nutricionista com especialização pelo Programa de Residência Multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família.

Após ingressar no doutorado em Saúde Coletiva, a aproximação com o tema ocorreu de forma mais evidente durante a minha participação em um projeto desenvolvido em Santa Catarina (SC) pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) e coordenado pela minha orientadora Josimari, em resposta a uma demanda do Ministério da Saúde (MS), através da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), sobre o enfrentamento da obesidade. A CGAN lançou em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 - Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS (ANEXO A) para selecionar grupos de trabalho em todos os estados brasileiros.

A tese está organizada em seis tópicos. Na introdução é apresentado o objeto de estudo, os marcos teóricos que conduzem o trabalho e também a justificativa para o seu desenvolvimento. Em seguida, são apresentados os objetivos do estudo e a revisão de literatura dividida em quatro seções: as intervenções baseadas em evidências para o enfrentamento da obesidade; as políticas, programas e ações de saúde pública sobre o enfrentamento da obesidade; a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS; e os estudos avaliativos relacionados ao tema.

Na metodologia são apresentados os procedimentos realizados para o desenvolvimento do trabalho, seguindo as etapas de adaptação e a aplicação do modelo avaliativo. Os resultados são apresentados no formato de três artigos científicos, seguindo recomendação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. A tese encerra-se com a apresentação das considerações finais e, na sequência, são apresentadas as referências, apêndices e anexos utilizados no decorrer do texto.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os processos de globalização, urbanização, desenvolvimento tecnológico e envelhecimento populacional, levaram a uma mudança no perfil alimentar e nutricional da população, fazendo com que a prevalência de obesidade aumentasse gradativamente em todos os países do mundo (Hall *et al.*, 2019; Popkin, 2017; Popkin; Adair; Ng, 2012). Entre 1975 e 2016, a prevalência de obesidade quase triplicou em todas as faixas etárias (Abarca-Gómez *et al.*, 2017; Arora *et al.*, 2019; WHO, 2018a).

Em 2016, estimou-se que 44% dos adultos (mais de 2 bilhões de pessoas) em todo o mundo apresentavam sobrepeso ou obesidade, a grande maioria (70%) vivendo em países de renda baixa ou média (Shekar; Popkin, 2020). Neste mesmo período, na América Latina e no Caribe, quase um quarto da população adulta apresentava obesidade, com predomínio entre as mulheres (27,9%). A estimativa é de que dos 105 milhões de indivíduos adultos latino-americanos e caribenhos que conviviam com obesidade naquele ano, 62 milhões eram mulheres (FAO *et al.*, 2019).

No Brasil, a obesidade também transformou o perfil nutricional da população. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a prevalência de obesidade na população adulta aumentou de 9,6% para 22,8% em homens e de 14,5% para 30,2% em mulheres, comparando com a pesquisa de orçamentos familiares (POF) realizada em 2002-2003 (IBGE, 2020).

A obesidade não é um problema restrito à população adulta. Cerca de 340 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos, e aproximadamente 40 milhões de crianças menores de 5 anos em todo o mundo, apresentavam sobrepeso ou obesidade em 2016 (Abarca-Gómez *et al.*, 2017). A prevalência de obesidade infantil triplicou na América Latina e Caribe entre os anos de 1975 e 2016, aumentando de 4 para 12 milhões de crianças entre 5 e 9 anos, o que equivale a 15,4% da população nesta faixa etária (FAO *et al.*, 2019). Entre os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, a prevalência de obesidade também aumentou significativamente no período de 1990 a 2016 (3,3% para 10,3%), chegando a mais de 11 milhões de adolescentes na região (FAO *et al.*, 2019). No Brasil, segundo a PNS de 2019, os adolescentes com idade entre 15 a 17 anos apresentavam prevalência de obesidade de 8% para as meninas e 5,4% para os meninos (IBGE, 2020). Neste mesmo período, entre as crianças menores de 2 anos, a obesidade atingiu 7,9% e nas crianças de 2 a 4 anos de idade, a prevalência foi de 6,5% (Brasil, 2019a).

O panorama epidemiológico apresentado coloca a obesidade como um importante problema de saúde pública que afeta negativamente a saúde física e psicológica do indivíduo e também a sociedade como um todo. A obesidade é fator de risco para outras doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de cânceres, estando associada a maiores índices de mortalidade (Bray; Kim; Wilding, 2017; Contaldo *et al.*, 2020; Kyle; Dhurandhar; Allison, 2016).

Conceitualmente, a obesidade pode ser definida como uma doença crônica e complexa, em que a gordura corporal excessiva é prejudicial à saúde, aumentando o risco para outras doenças a longo prazo e diminuindo a expectativa de vida. Ela está associada à interação de um amplo espectro de fatores causais como influências biológicas, determinantes sociais da saúde, práticas e crenças socioculturais, efeitos ambientais, políticas públicas e fatores psicológicos (Campbell-Scherer *et al.*, 2020; Hawkes *et al.*, 2020).

As pessoas com obesidade enfrentam preconceito e frequentemente são estigmatizadas pela sociedade que impõe padrões de beleza associados a corpos magros e julgamentos a respeito de irresponsabilidade pessoal, falta de força de vontade e culpa. Até mesmo as campanhas de saúde pública que enfatizam o papel majoritariamente individual e as escolhas de "estilo de vida saudável" são estigmatizantes, e reproduzidas pelos profissionais de saúde no cuidado ao indivíduo com obesidade. Importante destacar que esse discurso não contribui com a adesão ao tratamento, nem para a mudança da situação de saúde (Kirk *et al.*, 2020; Paim; Kovalski, 2020; Rubino *et al.*, 2020).

Para os sistemas de saúde, a obesidade acarreta diretamente no aumento dos gastos em saúde, causando um grande impacto econômico (Shekar; Popkin, 2020). No Brasil, considerando gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos, os custos diretos atribuíveis à obesidade totalizaram R\$371 milhões, em 2018. Com a incorporação dos custos da obesidade como fator de risco principal para hipertensão e diabetes, os custos totais atribuíveis ao agravo aumentam para R\$1,39 bilhão (Nilson *et al.*, 2020).

No âmbito do SUS, diversas ações e normativas criadas ao longo dos últimos anos reafirmam a necessidade da organização dos serviços de saúde de maneira que responda às demandas das condições crônicas, incluindo a obesidade. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) prevê estratégias para o enfrentamento dos agravos nutricionais, por meio de ações de reabilitação, prevenção, promoção e intersetoriais, sendo a APS o componente central para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2013a, 2016).

A estruturação da atenção nutricional é fundamental para o enfrentamento da obesidade, pois engloba as ações individuais, coletivas e ambientais que devem ser desenvolvidas, levando em consideração o caráter complexo deste agravo e a interação entre os seus determinantes. Pelo alto grau de capilaridade e pelo vínculo estabelecido entre a população adscrita e o território, a APS possibilita compreender a dinâmica social mais próxima da realidade, ofertando cuidados integrados e articulados de maneira multiprofissional (WHO; UNICEF, 2018). Nesse contexto, a APS tem sido considerada o locus privilegiado para o fortalecimento da capacidade de gestão das ações de alimentação e nutrição (A&N) para o enfrentamento da obesidade (Brasil, 2014a, 2016; Burlandy *et al.*, 2020; Campbell-Scherer *et al.*, 2020; Canuto *et al.*, 2020; Hill; Wyatt, 2002; Semlitsch *et al.*, 2019).

Todavia, o enfrentamento da obesidade na APS ainda apresenta importantes desafios pela continuidade de intervenções individuais pautadas no modelo de APS focalizada e seletiva e que foi amplamente difundido pelos organismos internacionais durante a década de 80 (Giovanella; De Mendonça, 2012; Starfield, 2002). Essas intervenções baseiam-se em práticas assistenciais biologicistas e curativistas com baixa efetividade, impondo dificuldades na implementação da atenção integral e provocando reflexões sobre os caminhos para a inovação das práticas de cuidado (Fertonani *et al.*, 2015). Além disso, muitos estabelecimentos de saúde estão inadequadamente estruturados e equipados para acolher indivíduos com obesidade (Rubino *et al.*, 2020).

Por essa razão, o modelo de APS do tipo abrangente ou integral, defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária, mostra-se mais efetivo. Esse modelo de assistência à saúde é caracterizado por ações de prevenção, promoção, cura e a reabilitação; cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. Baseia-se nos determinantes sociais da saúde, na intersetorialidade, no uso de tecnologias apropriadas e no uso eficiente dos recursos (Giovanella; De Mendonça, 2012; Starfield, 2002).

Considera-se fundamental um olhar atento sobre a temática obesidade para compreender, avaliar e propor alternativas de mudança no modelo de assistência ao indivíduo com obesidade na APS. Ainda, é imperativo identificar e reverter recomendações e políticas de saúde que promovam o estigma baseado no peso, pois estas impactam na formação e na prática profissional dos serviços de saúde (Paim; Kovaleski, 2020; Rubino *et al.*, 2020).

A partir de uma análise de estudos avaliativos sobre a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, identificou-se que as pesquisas estão focadas em avaliar

a efetividade das intervenções sob a ótica da clínica, levando em consideração, principalmente, mudanças nas medidas antropométricas e de consumo alimentar. Também é evidente um maior número de estudos voltados à população infantil (Chen *et al.*, 2015; Gadsby *et al.*, 2020; Jester *et al.*, 2018; Lew *et al.*, 2019; Sepúlveda *et al.*, 2020; Woolford *et al.*, 2022). Poucos estudos têm priorizado a avaliação dos componentes de responsabilidade da gestão, e quando isso ocorre, está voltado para avaliação da disponibilidade de equipamentos, insumos e documentos (Brandão *et al.*, 2020).

Os desafios da APS para o enfrentamento da obesidade passam pelo provimento de condições adequadas para que as equipes de saúde consigam desenvolver a atenção nutricional. Estas condições devem ser garantidas como responsabilidade da gestão, que deve implantar uma atenção nutricional capaz de responder às demandas e necessidades relacionadas à obesidade e seus fatores correlacionados.

O estado de SC é reconhecido por apresentar serviços de APS bem estruturados e com bom desempenho nas avaliações realizadas pelo MS. Processos avaliativos em SC iniciaram em 2007, a partir da proposição e aplicação de um modelo de avaliação da gestão da Atenção Básica dos municípios catarinenses, pelo NEPAS, e que foram assumidos institucionalmente pela gestão estadual. Com ampla participação dos municípios nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o estado foi destaque com bom desempenho das equipes de saúde. Faz-se necessário aprofundar esse recorte e verificar como a gestão nos municípios catarinenses tem organizado a APS para enfrentar o problema da obesidade e se estruturado para prover as condições necessárias ao desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição.

A partir do exposto, justifica-se a realização deste estudo no intuito de avaliar a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade nos serviços de APS, no âmbito do SUS. Espera-se que o constructo da avaliação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS do tipo abrangente ou integral possa subsidiar gestores e profissionais da saúde na elaboração de estratégias efetivas para reduzir as prevalências de obesidade.

Nesse sentido, **as perguntas de pesquisa** que orientam essa tese são: *Qual o grau de implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade no contexto da Atenção Primária em Saúde em Santa Catarina? Quais fatores de contexto influenciam a sua implantação?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade no contexto da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar um modelo de avaliação da Atenção Nutricional na APS para o enfrentamento da obesidade.
- Determinar o grau de implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade, no âmbito da APS em Santa Catarina.
- Verificar a associação entre o grau de implantação e características de contexto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONCEITO E DETERMINANTES DA OBESIDADE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a classificação do estado nutricional é realizada por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão do peso em quilogramas pela altura em metros quadrados (kg/m^2) (WHO, 1995). De acordo com esta classificação, indivíduos adultos com IMC entre 25 e 29,9 kg/m^2 apresentam sobrepeso; e os indivíduos adultos com $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ apresentam obesidade, podendo ser categorizada em diferentes graus, conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 - Classificação do estado nutricional em adultos de acordo com o IMC

IMC (Kg/m^2)	Classificação
<18,5	Magreza
18,5 - 24,9	Eutrofia
25,0 - 29,9	Sobrepeso
30,0 - 34,9	Obesidade grau I
35 - 39,9	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Fonte: WHO, 1995; 2000

No entanto, há ressalva para a utilização do IMC de forma isolada para o diagnóstico clínico da obesidade, em virtude das seguintes características deste método: a) não analisar separadamente a gordura e a massa muscular corporal; b) não indicar a distribuição da gordura corporal; c) não distinguir quanto a sexo e etnia; d) ser menos acurado em alguns grupos específicos (idosos, etnia asiática, indígena, entre outros). Deve ser feita uma avaliação criteriosa do resultado do IMC, sendo recomendada a utilização de outros métodos antropométricos associados, como as medidas das circunferências e as pregas cutâneas para análise da adiposidade entre diferentes indivíduos e populações (WHO, 1995, 2000).

É importante destacar que o sobrepeso está relacionado ao aumento exclusivo do peso, caracterizado como uma situação de risco nutricional que poderá evoluir para obesidade, não sendo considerado, portanto, uma doença. Assim, o sobrepeso será abordado no decorrer desta tese, sob o referencial teórico da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), levando em

consideração a importância das ações para o monitoramento e diagnóstico precoce da obesidade na população.

A obesidade pode ser definida como uma doença crônica e complexa tanto em sua etiologia quanto em sua fisiopatologia, em que a gordura corporal excessiva possui relação com complicações metabólicas, aumentando o risco para outras doenças a longo prazo e diminuindo a expectativa de vida dos indivíduos (Campbell-Scherer *et al.*, 2020; Hawkes *et al.*, 2020).

Apesar das fortes evidências sobre a relação da obesidade com as complicações metabólicas, somente em 2013, após um longo processo de debate técnico e científico, a American Medical Association (AMA) concluiu que a obesidade é uma doença crônica urgente e de alta complexidade. Após o parecer da AMA, outras entidades internacionais, incluindo a OMS, também reconheceram a obesidade como uma doença crônica e o Código Internacional de Doenças - o CID, incluiu a obesidade como uma doença específica (Kyle; Dhurandhar; Allison, 2016).

Sabe-se que há uma interação entre os diversos fatores que exercem influência sobre a obesidade, como os sociais e econômicos, ambientais, comportamentais, culturais, genéticos, biológicos e psicológicos, os quais afetam fortemente o equilíbrio energético e a concentração de gordura corporal (Campbell-Scherer *et al.*, 2020; Hawkes *et al.*, 2020; Hill, 2006; Neto *et al.*, 2007).

Figura 1 - Fatores determinantes da obesidade



Fonte: Elaborado pela autora.

PAAS= Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Conforme demonstrado na figura 1, o modelo causal da obesidade está relacionado a um amplo espectro de fatores determinantes. Este capítulo não se propõe a esgotar tais aspectos, mas apresentar de forma sintética as principais evidências, com ênfase aos determinantes sociais da obesidade.

Em estados de desequilíbrio energético, onde a ingestão de alimentos excede o gasto de energia, a energia em excesso é convertida em gordura e armazenada no tecido adiposo (Neeland *et al.*, 2019). Esse desequilíbrio energético gera hiperplasia e hipertrofia dos adipócitos, os quais elevam a síntese de adipocinas (citocinas) pró-inflamatórias (TNF- α , IL-6, IL-8, IL-1) e diminuem a expressão das adipocinas anti-inflamatórias (IL-10 e AdipoQ), caracterizando a obesidade como uma inflamação crônica, tornando-a por si só, uma doença (Ellulu *et al.*, 2017).

A expressão de citocinas inflamatórias causa grande impacto em diversas funções corporais e ocasiona o desenvolvimento de doenças crônicas associadas à obesidade, como as doenças cardiovasculares (DCV), resistência à insulina, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e câncer (Ellulu *et al.*, 2017).

Além disso, na obesidade, as redes neuronais responsáveis pelo controle da fome e da saciedade mostram-se alteradas. Esse controle é complexo e envolve a integração do sistema nervoso central com sinais do intestino, tecido adiposo e outros órgãos para influenciar a alimentação homeostática (regulação do hipotálamo sobre a ingestão e o gasto de energia) e hedônica - baseada nos sentimentos de recompensa e prazer associados a ver, cheirar ou comer alimentos. Os indivíduos com obesidade apresentam o controle da fome e da saciedade comprometido, afetando principalmente na tomada de decisões, inibição de resposta em relação à saciedade e aspectos cognitivos (Cserjési *et al.*, 2009; Lau; Wharton, 2020).

Os fatores genéticos podem influenciar a forma como os indivíduos regulam a fome, a saciedade e o metabolismo energético (Fall; Mendelson; Speliotes, 2017). A partir da etiologia genética, podem ser consideradas duas categorias principais de obesidade: a monogênica e a poligênica. A obesidade monogênica, como o próprio nome sugere, é resultado de alterações em um único gene, provocando o surgimento precoce da doença (Albuquerque *et al.*, 2015). A obesidade poligênica é considerada a mais comum, porém de caráter complexo. Esta complexidade diz respeito à ação conjunta de diversas variantes genéticas, as quais sofrem influência constante do ambiente (Fonseca, 2019; Hinney; Giuranna, 2018).

Os fatores psicológicos interferem no processo de perda de peso e nos padrões alimentares não saudáveis, sendo responsáveis, além da causalidade, pela manutenção da

obesidade. Esses fatores relacionam-se a diferentes tipos de sofrimento psíquico, como ansiedade, depressão, estresse, raiva, tristeza, culpa, preocupação, vivência de estressores psicossociais, além de um perfil cognitivo disfuncional relacionado ao padrão alimentar e à autoestima (Bernardi; Cichelero; Vitolo, 2005; Cataneo; Carvalho; Galindo, 2005; Lima; Oliveira, 2016; Machado *et al.*, 2023).

Em relação aos aspectos ambientais, é importante salientar a transformação dos sistemas alimentares¹ e o papel da indústria alimentícia que propiciam ambientes obesogênicos, que por sua vez, induzem a mudanças no consumo e comportamentos alimentares na população. Entende-se por ambientes obesogênicos, os ambientes físicos, econômicos, políticos e socioculturais coletivos, oportunidades e condições que promovem a obesidade (Swinburn *et al.*, 2019). Isso porque uma maior disponibilidade de alimentos processados e ultraprocessados e de alta densidade energética, acessíveis e comercializados de forma eficaz, aliado ao crescimento econômico, mudanças comportamentais e rápida urbanização são alguns dos principais fatores que promovem o consumo excessivo desses alimentos (Lau; Wharton, 2020). Ressalta-se que é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam.

Também merece destaque a abordagem que trata a obesidade e a desnutrição, enquanto manifestações biológicas distintas, mas que compartilham os mesmos fatores determinantes em grande escala, culminando no processo conhecido como transição nutricional (Hawkes; Demaio; Branca, 2017; Popkin; Corvalan; Grummer-Strawn, 2020; Shekar; Popkin, 2020; WHO, 2017). A transição nutricional refere-se à prevalência de desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso² e de Doença Crônicas Não transmissíveis (DCNT) coexistindo nas mesmas comunidades e até no mesmo domicílio (WHO, 2006). Observa-se este fenômeno em diversos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, em todas as faixas de renda da população, em particular entre as famílias de menor poder socioeconômico (Recine; Leão; De Fátima Carvalho, 2015).

E nesse contexto, o conceito de *Sindemia Global* foi caracterizado como a ocorrência de três pandemias simultâneas e que interagem entre si (obesidade, desnutrição e mudanças climáticas), que possuem o mesmo determinante (a atual organização dos sistemas alimentares). Segundo os autores, a resolução das pandemias de obesidade, desnutrição e

¹ Um sistema alimentar compreende todos os elementos (ambiente, pessoas, insumos, processos, infraestrutura, instituições etc.) e atividades relacionados com a produção, processamento, distribuição, preparação e consumo de alimentos, e produtos dessas atividades, incluindo resultados socioeconômicos e ambientais” (FAO, 2018).

² O termo “excesso de peso” pode ser encontrado na literatura, referindo-se ao estado nutricional de sobrepeso e obesidade de forma associada.

mudanças climáticas, passa obrigatoriamente pela transformação dos sistemas alimentares (do modo de produção até a forma de consumo dos alimentos).

Nessa interação, as mudanças climáticas afetam os sistemas alimentares de várias maneiras, com reflexos na produção e na possibilidade de acesso às diferentes camadas da população. Dentre outros aspectos, a elevação dos preços de frutas e vegetais pode provocar mudanças nos padrões alimentares das populações em direção a alimentos e bebidas processados com alto teor de gorduras, açúcares e sódio. Outro aspecto colaborativo é a limitação da prática de atividade física ao ar livre em decorrência das alterações climáticas (Swinburn *et al.*, 2019).

Outro ponto potencializador da sindemia é a desnutrição infantil como um preditor de obesidade na vida adulta. Fatores biológicos e sociais justificam essa relação, pautados na desnutrição fetal e infantil, insegurança alimentar e má qualidade da dieta (Myers; Mire; Katzmarzyk, 2020; Swinburn *et al.*, 2019). É urgente que as políticas de alimentação e nutrição sejam convergentes e que os diferentes setores da sociedade atuem de maneira integrada e colaborativa para promover um sistema alimentar mais justo, saudável e sustentável (Coutinho; Gentil; Toral, 2008; Machado *et al.*, 2021).

É necessário ainda discutir a obesidade enquanto uma condição de saúde determinada pela característica do acesso à alimentação, do comportamento sedentário e do acesso aos serviços de saúde. Sendo que essas características são socialmente determinadas, principalmente pela questão econômica. Os fatores econômicos podem afetar a disponibilidade e a acessibilidade de alimentos saudáveis e não saudáveis, bem como as escolhas alimentares e o estilo de vida em geral (Montero-Lopez *et al.*, 2021).

Contudo, há um entendimento de que a redução das prevalências de desnutrição e aumento da obesidade, tem gerado um padrão que agrega distintas etiologias: a de ricos e a de pobres. Sob este prisma, podemos distinguir a sutileza de uma aparente e falsa melhoria da situação nutricional, cujo padrão transitou de forma complexa, conforme a transição nutricional descrita anteriormente (Escoda, 2012).

A obesidade nos grupos de maior nível socioeconômico pode ser influenciada por fatores como maior acesso a alimentos de alta densidade energética, com alto teor de açúcar e gordura, provenientes de alimentos de alto custo, maior consumo de alimentos industrializados e refeições prontas. Mas acaba sendo minimizada por melhores condições de acesso a ambientes saudáveis e serviços de saúde mais estruturados. Além de ter menos restrições de tempo e recursos financeiros para a prática de exercício físico (Canuto; Fanton;

De Lira, 2019; Congdon, 2017; Lakerveld; Mackenbach, 2017; Popkin; Corvalan; Grummer-Strawn, 2020)

Por outro lado, a obesidade entre os mais pobres tem sido relacionada principalmente com a elevação do consumo de calorias oriundas de alimentos de baixo valor biológico, como os farináceos, as bebidas açucaradas, as gorduras e os açúcares. Os indivíduos de menor renda parecem estar condicionados ao consumo de uma dieta monótona, rica em alimentos ultraprocessados e de menor custo (Canuto; Fanton; De Lira, 2019; Escoda, 2012).

A associação entre indivíduos de baixa renda e obesidade também pode ser justificada pelo aumento do poder de compra do salário mínimo e da renda distributiva dos programas sociais, aliados à dificuldade de acesso a ambientes saudáveis e serviços de saúde adequados. Pessoas de baixa renda podem viver em áreas com poucos supermercados ou feiras que vendem alimentos frescos e saudáveis, e podem ter menos oportunidades de serem ativas devido à falta de parques, áreas verdes e instalações que promovam exercício físico de maneira acessível (An; Xiang, 2015; Evans *et al.*, 2015; Ohri-Vachaspati *et al.*, 2019; Popkin; Corvalan; Grummer-Strawn, 2020).

Desta forma, é possível identificar os múltiplos determinantes relacionados com a obesidade e a forma como interagem entre si, identificando os motivos pelos quais enfrentar esse agravo nutricional tem se tornado um grande desafio para os sistemas de saúde no mundo todo.

A reversão deste panorama demanda uma abordagem integral e longitudinal com atenção à saúde e à nutrição voltada para todos os ciclos de vida e que considere, de modo especial, os determinantes sociais da obesidade. Os sistemas de saúde devem estar organizados, e sobretudo, os formuladores de políticas públicas devem estar dispostos a promover estilos de vida e ambientes alimentares saudáveis e sustentáveis que garantam acesso, disponibilidade e autonomia para uma dieta adequada e saudável e para a prática de atividade física.

3.2 INTERVENÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE: PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Levando em consideração a complexidade e a interação entre os fatores determinantes da obesidade, as estratégias para o seu enfrentamento devem estar pautadas em diferentes abordagens e focos de atuação. Dentre os resultados esperados com o tratamento individualizado da obesidade estão: diminuir a gordura corporal, preservar ao máximo a

massa magra; manter de perda de peso; evitar o ganho de peso futuro; promover a educação alimentar e nutricional (EAN) que vise às escolhas alimentares adequadas e saudáveis; reduzir os fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (hipertensão arterial, dislipidemia, pré-diabetes ou diabetes mellitus); melhorar outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperar a autoestima; aumentar a capacidade funcional e a qualidade de vida (Brasil, 2020a; Egger; Swinburn, 1997; Manuel *et al.*, 2012).

De acordo com a literatura científica, as principais intervenções para o enfrentamento da obesidade no âmbito da clínica estão relacionadas à orientação alimentar e dietoterapia, mudanças de comportamento e estilo de vida, prática de atividade física, farmacoterapia (ou tratamento farmacológico) e cirurgia bariátrica (Jiménez-Mérida *et al.*, 2023; Health; Council, 2013; Morgan-Bathke *et al.*, 2022; Wharton *et al.*, 2020). As intervenções multicomponentes – isto é, intervenções que abordam as áreas de alimentação e nutrição, atividade física e mudança comportamental – têm sido consideradas mais efetivas para o cuidado do indivíduo com obesidade quando comparadas às intervenções com abordagens isoladas (Wharton *et al.*, 2020; Brasil, 2014a, 2021a; Health; Council, 2013).

Dentre as intervenções de orientação alimentar e dietoterapia destacam-se:

a) educação nutricional (Bernardes; Marín-Léon, 2018; De Deus *et al.*, 2015; De Menezes *et al.*, 2015; Ferreira *et al.*, 2014; Huseinovic *et al.*, 2016);

b) dietas com restrição calórica para redução ou manutenção do peso corporal (Alghamdi, 2017; De Vos; Runhaar; Bierma-Zeinstra, 2014; Eaton *et al.*, 2016; Guirado *et al.*, 2015; Kumanyika *et al.*, 2018; Lowe *et al.*, 2014; Wharton *et al.*, 2020);

c) dietas de baixo índice glicêmico e dietas com alteração na distribuição de macronutrientes (Alghamdi, 2017; Barnes *et al.*, 2014; Guirado *et al.*, 2015; Lenoir *et al.*, 2015).

As dietas com alteração na distribuição de macronutrientes podem ser categorizadas em: a) dietas com baixo teor de carboidratos ($\leq 40\%$ de energia total proveniente de carboidratos); b) dietas com baixo teor de gordura ($\leq 20\%$ de energia total proveniente de gordura); dietas hiperproteicas ($\geq 25\%$ energia total proveniente de proteína); e c) dietas com alto teor de carboidratos ($\geq 65\%$ de energia total proveniente de carboidratos) (Magno *et al.*, 2018; Wharton *et al.*, 2020).

A dietoterapia deve ser fornecida por um profissional nutricionista e personalizada para atender às necessidades individuais, preferências e metas de tratamento com uma abordagem dietética que seja segura, eficaz, nutricionalmente adequada, culturalmente aceitável e acessível para adesão a longo prazo (De Menezes *et al.*, 2015; De Vos; Runhaar;

Bierma-Zeinstra, 2014; Eaton *et al.*, 2016; Morgan-Bathke *et al.*, 2022, 2023). É importante que as intervenções dietéticas sejam culturalmente apropriadas e adaptadas aos valores, crenças e barreiras de cada indivíduo em relação ao excesso de peso e comportamentos relacionados à alimentação (Brasil, 2014a, 2014b; Morgan-Bathke *et al.*, 2023).

É consenso na literatura analisada que o balanço energético negativo, causado por redução na ingestão calórica, resulta em diminuição do peso corporal. A redução na ingestão calórica, contudo, deve ser pautada por melhorias qualitativas na dieta. Segundo o Guia Alimentar da População Brasileira e outras publicações, deve-se incentivar a ingestão de alimentos *in natura* ou minimamente processados, reduzir o consumo de alimentos processados e evitar consumo de alimentos ultraprocessados (Brasil, 2014b; GROUP, 2014). O consumo de alimentos ultraprocessados está associado ao desenvolvimento de DCNT, incluindo obesidade (Dos Santos Costa *et al.*, 2021).

Outra abordagem das intervenções realizadas para o enfrentamento da obesidade, diz respeito ao uso de teorias e modelos de mudança de comportamento (Alghamdi, 2017; Chad-Friedman *et al.*, 2018; De Menezes *et al.*, 2015; Eaton *et al.*, 2016; Kruschitz *et al.*, 2014; Kumanyika *et al.*, 2018; Lenoir *et al.*, 2015; Meurer *et al.*, 2019). Teorias ou modelos de mudança de comportamento são indicados para projetar e implementar intervenções nutricionais e consistem em princípios, construtos e variáveis que oferecem explicações sistemáticas do processo de mudança do comportamento humano (De Menezes *et al.*, 2020; Morgan-Bathke *et al.*, 2023; Wharton *et al.*, 2020). Dentre as teorias ou modelos para mudança comportamental que apresentam evidências científicas relacionadas ao cuidado do indivíduo com obesidade, destacam-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e o Modelo Transteórico (MT):

A TCC é baseada na suposição de que todo comportamento é aprendido e está diretamente associado a fatores internos (por exemplo, padrões de pensamento) e fatores externos (por exemplo, estímulo e reforço ambiental) que estão relacionados aos comportamentos problemáticos. Segundo a TCC, as pessoas desenvolvem e mantêm crenças ao longo da vida e, a partir delas, formulam uma visão sobre si, sobre o mundo e o futuro (Brasil, 2021a; Morgan-Bathke *et al.*, 2023). O uso da TCC no cuidado da pessoa com obesidade tem como objetivo o desenvolvimento de habilidades necessárias para mudar tais crenças e comportamentos (Chad-Friedman *et al.*, 2018; Kruschitz *et al.*, 2014; Kumanyika *et al.*, 2018; Lenoir *et al.*, 2015; Meurer *et al.*, 2019).

O MT consiste em um modelo de mudança intencional de comportamento de saúde que descreve uma sequência de etapas cognitivas (atitudes e intenções) e comportamentais.

Desenvolvido por Prochaska e DiClemente, o MT compreende quatro pilares: estágios de mudança, equilíbrio de decisões, autoeficácia e processos de mudança (Prochaska; Diclemente; Norcross, 1992). O MT tem sido descrito como eficaz nas intervenções para o manejo da obesidade e sua aplicabilidade está relacionada à mudança de hábitos alimentares e na prática de atividade física (Alghamdi, 2017; Brasil, 2021a; De Menezes *et al.*, 2015; Eaton *et al.*, 2016; Morgan-Bathke *et al.*, 2023). O quadro 2 apresenta a aplicabilidade do MT no cuidado ao indivíduo com obesidade.

Quadro 2 - Pilares do MT aplicados no cuidado ao indivíduo com obesidade

Estágios de mudança
<p>Representam a motivação da pessoa com obesidade para reduzir peso. São eles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-contemplação – a pessoa não pretende reduzir peso nos próximos 6 meses; • Contemplação – a pessoa pretende reduzir peso nos próximos 6 meses, mas ainda não faz planos concretos para o próximo mês; • Preparação ou Decisão – a pessoa pretende reduzir peso nos próximos 30 dias; • Ação – a pessoa já adotou mudanças de comportamento visando o peso saudável, mas há pouco tempo (menos de 6 meses); • Manutenção – a pessoa já adotou mudanças de comportamento visando o peso saudável há 6 meses ou mais.
Equilíbrio de decisões
<p>Balanço entre as vantagens e desvantagens de adotar um novo comportamento, ou seja, os prós e contras de mudar, de reduzir peso, na ótica da pessoa com obesidade. À medida que a pessoa avança nos estágios de mudança, o equilíbrio de decisões é mais positivo, visualizando mais benefícios do que barreiras para mudar.</p>
Autoeficácia
<p>É quanto a pessoa com obesidade se sente capaz de mudar e manter o novo comportamento. É a confiança que ela tem em si própria em relação à redução de peso. À medida que evolui nos estágios, a autoeficácia tende a aumentar.</p>
Processos de mudança
<p>Constituem estratégias para favorecer a evolução entre os estágios de mudança, e podem ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivos – focam na consciência sobre o próprio comportamento e suas consequências. São indicados nos estágios de mudança iniciais (pré-contemplação, contemplação e preparação), são eles: aumento de consciência, alívio dramático, reavaliação do ambiente, auto-reavaliação, liberação social. • Comportamentais – atividades mais específicas e personalizadas para adotar ou manter o novo comportamento. São eles: auto-liberação, controle de estímulos, administração de contingências, relacionamentos de auxílio e condicionamento contrário. Indicados nos estágios finais do tratamento? (ação e manutenção).

Fonte: Prochaska; Di Clemente; Norcross, 1992; adaptado de Brasil, 2021

Além do TCC e do MT, algumas estratégias baseadas nessas abordagens, como o automonitoramento, a entrevista motivacional, a definição de metas e a resolução de problemas, também podem ser incorporadas nas intervenções para o cuidado ao indivíduo com obesidade.

Em relação ao automonitoramento, as evidências mostram que para adultos que precisam ou desejam perder peso, ou para manutenção do peso corporal após a perda de peso, o automonitoramento colabora com o alcance dos objetivos. O indivíduo pode registrar eventos de interesse (consumo alimentar, peso corporal, sentimentos, etc.), visando o planejamento e ajustes terapêuticos (Tarraga Marcos *et al.*, 2017; Morgan-Bathke *et al.*, 2023). A entrevista motivacional pode aumentar significativamente a adesão às recomendações nutricionais e melhorar resultados sobre controle glicêmico, ingestão alimentar, além de contribuir para a perda de peso (Birnie *et al.*, 2016; Barnes *et al.*, 2014; Chad-Friedman *et al.*, 2018; Sellman *et al.*, 2017; Schutte; Haveman-Nies; Preller, 2015).

A participação ativa dos indivíduos com obesidade na seleção e definição de metas traz resultados significativos em relação ao alcance das metas pactuadas, pois se selecionam aquelas mais apropriadas à realidade da pessoa (Morgan-Bathke *et al.*, 2023). Sobre a estratégia de resolução de problemas, o indivíduo identifica o problema e o nível de autoeficácia para superá-lo, contribuindo para estabelecer outros padrões de comportamento (Morgan-Bathke *et al.*, 2023; Luz; Oliveira, 2013).

Outra intervenção de maior evidência na literatura relacionada ao cuidado da pessoa com obesidade é a prática de atividade física (Alghamdi, 2017; Birnie *et al.*, 2016; De Deus *et al.*, 2015; De Menezes *et al.*, 2015; De Vos; Runhaar; Bierma-Zeinstra, 2014; Eaton *et al.*, 2016; Guirado *et al.*, 2015; Kruschitz *et al.*, 2014; Kumanyika *et al.*, 2018; Schutte; Haveman-Nies; Preller, 2015; Seekaew; Jay, 2014). Todos os indivíduos, independentemente do peso ou composição corporal, se beneficiam da adoção de um padrão alimentar saudável e equilibrado e da prática regular de atividade física. A atividade aeróbica (30-60 min) na maioria dos dias da semana pode levar à redução do peso, melhora nos parâmetros cardiometabólicos e manutenção do peso, após a perda ponderal (Alghamdi, 2017; De Deus *et al.*, 2015; De Menezes *et al.*, 2015; De Vos; Runhaar; Bierma-Zeinstra, 2014; Eaton *et al.*, 2016; Guirado *et al.*, 2015; Meurer *et al.*, 2019; Wharton *et al.*, 2020).

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal que envolve o uso de um ou mais grandes grupos musculares e aumenta a frequência cardíaca. O exercício, um tipo de atividade física, pode ser considerado uma atividade planejada, estruturada e

geralmente repetitiva que melhora ou mantém a aptidão física e bem-estar geral (Tremblay *et al.*, 2017; Wharton *et al.*, 2020). A frequência, intensidade e duração da atividade fazem parte da prescrição de exercícios e deve variar conforme a necessidade do indivíduo com obesidade (WHO, 2020).

A OMS recomenda que adultos e idosos façam 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana. Ainda são recomendadas atividades de fortalecimento muscular com intensidade moderada ou maior, que envolva todos os principais grupos musculares em dois ou mais dias da semana, para benefícios adicionais à saúde (WHO, 2020).

A prática de exercícios físicos é recomendada para o manejo da obesidade (Haynes *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020; Yumuk *et al.*, 2015). Quando o indivíduo com obesidade estabiliza o seu peso corporal após adotar comportamentos saudáveis, este pode ser considerado como o “melhor peso”, mesmo não sendo um IMC correspondente à eutrofia. Aliás, para o indivíduo com obesidade atingir um IMC considerado “ideal” pode ser muito difícil (Brasil, 2020a). Se for necessária uma maior perda de peso para melhorar a saúde e bem-estar, além das intervenções descritas anteriormente, existem opções terapêuticas farmacológicas e cirúrgicas mais invasivas (ABESO, 2016; Wharton *et al.*, 2020).

A farmacoterapia pode ser indicada quando as demais estratégias já não reproduzem o efeito esperado no plano de cuidado ao indivíduo com obesidade. Sua indicação deve ser analisada com cautela e devem ser observadas as diretrizes de cada país (Marcon; Sanches; Virtuoso, 2022; Wharton *et al.*, 2020). De acordo com a Diretriz Brasileira de Obesidade (2016), o tratamento farmacológico da obesidade é recomendado em caráter adjuvante para perda de peso e manutenção da perda de peso para indivíduos com $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ou $\text{IMC} \geq 25$ ou 27 kg/m^2 na presença de comorbidades (dependendo do medicamento), para apoiar a dietoterapia, atividade física e intervenções comportamentais (ABESO, 2016).

A diretriz brasileira, que teve sua última atualização no ano de 2016, cita a sibutramina, o orlistate e a liraglutida como alternativas terapêuticas para o tratamento. A sibutramina bloqueia a recaptção de noradrenalina e de serotonina e leva a redução da ingestão alimentar. O orlistate faz com que parte dos triglicérides ingeridos permaneçam não digeridos e não sejam absorvidos pelo intestino, sendo eliminados nas fezes. Por fim, a liraglutida tem uma ação hipotalâmica em neurônios envolvidos no balanço energético, em centros ligados a prazer e recompensa e uma ação menor na velocidade de esvaziamento gástrico (ABESO, 2016).

No âmbito do SUS, após análise da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) foi publicada em 2020 a decisão de não incorporar os medicamentos orlistate e sibutramina no sistema, devido a presença de eventos adversos com risco considerado moderado a grave, além do impacto orçamentário elevado ao SUS para obtenção de benefícios modestos (Brasil, 2020a). Dentre os eventos adversos citados, o uso de sibutramina pode resultar em elevações de pressão arterial e eventos cardíacos como fibrilação atrial e taquicardia, ansiedade, náusea, boca seca, insônia, entre outros (Brasil, 2020a). O orlistate pode causar incontinência fecal, flatulência com perdas oleosas, dor e desconforto abdominal, ansiedade, fadiga, entre outros (Brasil, 2020a). Apesar da liraglutida ter sido aprovada no Brasil, em 2022, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para controle crônico de peso, em associação a uma dieta baixa em calorias e aumento de exercício físico, este medicamento não foi avaliado pela Conitec e não está incorporado ao SUS (Nascimento; Fernandes; De Melo Barbosa, 2022).

Em janeiro de 2023, a Anvisa aprovou o Wegovy® (semaglutida como princípio ativo) para o tratamento da obesidade, com opções de dose para uso subcutâneo semanal de até 2,4 mg (ANVISA, 2023). A semaglutida atua de forma análoga ao GLP-1, hormônio fisiológico regulador do apetite e da ingestão de calorias (Zanatta *et al.*, 2023; ANVISA, 2023). Importante destacar que o medicamento Ozempic® também apresenta a semaglutida como princípio ativo e foi aprovado pela ANVISA em 2018 para o tratamento do diabetes tipo 2 em adultos. O Ozempic® está disponível para uso subcutâneo, porém em doses menores e, embora não esteja aprovado em bula para o tratamento da obesidade, ele é utilizado de forma off-label (Gomes; Trevisan, 2021). O uso da semaglutida para o tratamento da obesidade também não foi avaliado pela Conitec e, portanto, não está incorporado ao SUS.

Sobre a cirurgia bariátrica, esta pode ser considerada parte do tratamento da obesidade, tratando-se de uma intervenção cirúrgica pontual dentro do escopo do enfrentamento da obesidade (Brasil, 2013b; Wharton *et al.*, 2020). São indicações para cirurgia bariátrica, i) os indivíduos que apresentem $IMC > 50 \text{ Kg/m}^2$; ii) indivíduos que apresentem $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na APS e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; iii) indivíduos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos. A decisão sobre o tipo de cirurgia deve ser feita em colaboração com uma equipe

multidisciplinar, ponderando as expectativas do paciente, a condição médica e os benefícios e riscos esperados da cirurgia (Wharton *et al.*, 2020).

Ressalta-se que a equipe multiprofissional de saúde é fundamental no cuidado a indivíduos com obesidade, em especial, para aqueles que recebem farmacoterapia ou são submetidos à cirurgia bariátrica. O objetivo do cuidado multiprofissional é manter uma dieta saudável que atenda às necessidades nutricionais e promova a perda de peso para melhorar os resultados cardiometabólicos (Brasil, 2014a; Morgan-Bathke *et al.*, 2023).

Por fim, evidências científicas demonstram que algumas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como yoga, auriculoterapia, e Tai Chi Chuan, possuem eficácia no tratamento de indivíduos adultos com obesidade, especialmente para redução do IMC e para redução do peso corporal (Huang; Guo; Chou, 2019; Kim; Shin; Park, 2018; Lauche *et al.*, 2016; Zheng *et al.*, 2015). Para potencializar/maximizar este efeito, as pesquisas recomendam o tratamento de 12 semanas. O mindfulness, um tipo de meditação, é uma prática integrativa que apresenta resultados favoráveis em casos de distúrbios alimentares e compulsão alimentar, por meio do treinamento da atenção plena, na população adulta com obesidade (Katterman *et al.*, 2014; Ruffault *et al.*, 2017). A acupuntura e sua combinação com terapias relacionadas, como auriculoterapia, são eficazes para redução de peso, IMC, redução da circunferência da cintura, do percentual de gordura corporal, colesterol total e triglicérides (CHO *et al.*, 2009; FANG *et al.*, 2017; ZHANG *et al.*, 2018a, 2018b; ZHONG *et al.*, 2020).

Também estão sendo analisados fatores secundários como: intensidade e duração das intervenções; uso de tecnologias para o desenvolvimento e/ou entrega das intervenções; além da integração entre as abordagens em grupo e individuais das intervenções realizadas. Destaca-se que as ações realizadas de forma híbrida, ou seja, presencial e à distância, resultaram em melhores resultados sobre medidas antropométricas e clínicas, em comparação com as intervenções realizadas apenas no formato à distância (Morgan-Bathke *et al.*, 2022). O formato presencial das intervenções é o mais relatado na literatura (Alghamdi, 2017; Barnes *et al.*, 2014; Bernardes; Marín-Léon, 2018; Birnie *et al.*, 2016; De Deus *et al.*, 2015; Eaton *et al.*, 2016; Ferreira *et al.*, 2014; Guirado *et al.*, 2015; Kruschitz *et al.*, 2014; Kumanyika *et al.*, 2018; Meurer *et al.*, 2019; Schutte; Haveman-Nies; Preller, 2015; Seekaew; Jay, 2014; Sellman *et al.*, 2017). Para os acompanhamentos, observou-se o uso de recursos tecnológicos como e-mails, mensagens de texto por telefone e telefonemas (Lowe *et al.*, 2014; Eaton *et al.*, 2016; Huseinovic *et al.*, 2016; Sellman *et al.*, 2017; Chad-Friedman *et al.*, 2018; Kumanyika *et al.*, 2018).

As atividades podem ser realizadas de maneira individual e em grupo, conforme viabilidade e conduta mais apropriada para cada caso (Morgan-Bathke *et al.*, 2023). Identifica-se que a maioria das intervenções utiliza a abordagem individual (Alghamdi, 2017; De Vos; Runhaar; Bierma-Zeinstra, 2014; Eaton *et al.*, 2016; Ferreira *et al.*, 2014; Huseinovic *et al.*, 2016; Kruschitz *et al.*, 2014; Kumanyika *et al.*, 2018; Lenoir *et al.*, 2015; Tarraga Marcos *et al.*, 2017). Porém quando realizadas de forma combinada, formato individual e em grupo, estas intervenções parecem ser mais resolutivas (Birnie *et al.*, 2016; Morgan-Bathke *et al.*, 2022; Schutte; Haveman-Nies; Preller, 2015; Sellman *et al.*, 2017).

A frequência dos encontros pode variar entre semanal, quinzenal, mensal e até anual (De Vos, Runhaar, Bierma-Zeinstra, 2014; Ferreira *et al.*, 2014; Kruschitz *et al.*, 2014; Lowe *et al.*, 2014; De Deus *et al.*, 2015; Guirado *et al.*, 2015; Birnie *et al.*, 2016; Eaton *et al.*, 2016; Huseinovic *et al.*, 2016; Sellman *et al.*, 2017; Tarraga Marcos *et al.*, 2017; Bernardes, Marín-Léon, 2018; Chad-Friedman *et al.*, 2018; Meurer *et al.*, 2019). No entanto, para alcançar os melhores resultados no tratamento, é indicado fornecer pelo menos cinco encontros, por pelo menos um ano, quando viável e desejado pelo indivíduo que apresenta obesidade. Essa frequência deve ser ajustada às preferências e necessidades de cada caso (Morgan-Bathke *et al.*, 2023; Wharton *et al.*, 2020).

No quadro 3, estão sumarizadas as intervenções indicadas na literatura científica para o enfrentamento da obesidade e que foram apresentadas ao longo deste capítulo.

Quadro 3 – Resumo das intervenções no enfrentamento da obesidade

Orientação alimentar e dietoterapia
<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da alimentação adequada e saudável; - Redução no consumo de alimentos processados e restrição dos alimentos ultraprocessados; - Dieta com restrição calórica para redução do peso corporal; - Dietas com alteração na distribuição de macronutrientes (lipídio, carboidrato e proteína).
Teorias ou modelos de mudança de comportamento
<ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitivo-comportamental; - Modelo transteórico; - Estratégias comportamentais, incluindo automonitoramento (dieta, atividade física, peso); entrevista motivacional; definição de metas; resolução de problemas.
Atividade Física
<ul style="list-style-type: none"> - Recomenda-se a prática de pelo menos 150 minutos de atividade física por semana; - Para adultos, recomenda-se atividades físicas de intensidades moderadas/vigorosas, por pelo menos 3 dias na semana; - A atividade física deve ser apropriada e individualizada para atingir os objetivos em relação à perda ou manutenção do peso do indivíduo com obesidade.
Farmacoterapia
<ul style="list-style-type: none"> - A farmacoterapia pode ser utilizada de maneira complementar para potencializar a perda de peso em indivíduos com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ou $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, com comorbidades associadas.
Cirurgia Bariátrica
<p>São indicações para cirurgia bariátrica:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. os indivíduos que apresentem $IMC > 50 \text{ Kg/m}^2$; ii. indivíduos que apresentem $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado; iii. indivíduos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades relacionadas à obesidade, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos. <ul style="list-style-type: none"> - A decisão sobre o tipo de cirurgia deve ser feita em colaboração com uma equipe multidisciplinar, considerando as expectativas do paciente, condição médica e benefícios e riscos esperados pela cirurgia.
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
<ul style="list-style-type: none"> - Yoga, auriculoterapia, e Tai Chi Chuan, possuem eficácia para redução do IMC e do peso corporal; - O mindfulness apresenta resultados favoráveis em casos de distúrbios alimentares e compulsão nos indivíduos com obesidade; - A acupuntura e sua combinação com terapias relacionadas, podem contribuir para a redução do peso, IMC, da circunferência da cintura e do percentual de gordura corporal.

Fonte: Elaborado pela autora

Adicionalmente, verificou-se que o uso de balões intragástricos também é citado na literatura (Abu Dayyeh, 2021). Trata-se de uma alternativa minimamente invasiva em que os balões intragástricos são introduzidos endoscopicamente no estômago com o objetivo de limitar o espaço disponível e diminuir o apetite. Esses dispositivos geralmente permanecem no estômago por um período de 6 meses e podem colaborar para a redução de 7,1 a 10,7% do peso corporal (Bazerbachi; Vargas; Abu Dayyeh, 2019). O uso de balões intragástricos pode ser limitado pela intolerância gastrointestinal, possui eficácia reduzida após 3 meses de uso, e após a sua retirada, possui limitação na manutenção do peso perdido, caso não for associada uma estratégia de manutenção da perda de peso a longo prazo (Abu Dayyeh, 2021; Bazerbachi; Vargas; Abu Dayyeh, 2019.).

Entre os consensos de especialistas que sintetizam as evidências clínicas para atenção à obesidade, destacam-se: *as Diretrizes Canadenses de Prática Clínica para Obesidade Adulta* (Campbell-Scherer *et al.*, 2020; KIRK *et al.*, 2020); *a Diretriz de prática baseada em evidências da Academia de Nutrição e Dietética* (Morgan-Bathke *et al.*, 2022, 2023) ; *as Diretrizes de Prática Clínica para o tratamento do sobrepeso e da obesidade em adultos, adolescentes e crianças na Austrália* (Health; Council, 2013); *as Diretrizes Europeias para a Gestão da Obesidade em Adultos* (Yumuk *et al.*, 2015); *as Diretrizes Europeias Práticas e Centradas no Paciente para o Tratamento da Obesidade em Adultos na APS* (Durrer Schutz *et al.*, 2019);e por fim, *as Recomendações de diretrizes para controle da obesidade* (Ryan; Kahan, 2018),artigo que discute as diretrizes sobre obesidade da “The Obesity Society”, da “Sociedade Endócrina” da “Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos”.

A análise das diferentes intervenções para o cuidado do indivíduo com obesidade revela o progresso da comunidade científica na área, no intuito de atuar sobre o atual panorama epidemiológico mundial. As diversas orientações enfatizam a importância de uma abordagem abrangente que agrega diferentes focos, como dieta, atividade física e mudanças comportamentais para enfrentar o problema da obesidade. Salienta-se que as intervenções devem corresponder à complexidade tecnológica dos níveis de atenção em um sistema de saúde, mas há consenso na literatura sobre a necessidade de intervir no primeiro nível de atenção, em ambientes de APS, com intervenção no estilo de vida. Isso demonstra a necessidade de fortalecer a atenção nutricional prestada no âmbito da APS, garantindo os aspectos de gestão e de assistência necessários ao seu bom desempenho.

3.3 POLÍTICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE

Dada a sua complexa determinação, a obesidade impõe desafios aos países, principalmente no que se refere às políticas públicas intersetoriais. Isto exige coordenação e compromisso colaborativo que envolve desde o sistema político até ações locais. Agências internacionais como a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e a Organização Pan-Americana Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) capitanearam as principais estratégias para lidar com o problema da obesidade em nível mundial (FAO *et al.*, 2019), conforme demonstrado no quadro 4.

Na 57ª Assembleia Mundial da Saúde (2004) foi apresentada a “*Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde*”. Este documento foi pioneiro ao retratar a preocupação internacional com o rápido aumento na prevalência de DCNT, dentre elas a obesidade, e descreve as ações necessárias para apoiar dietas saudáveis e a prática regular de atividade física (OMS, 2004).

Em 2011, a Assembleia Geral da ONU aprovou uma “*Declaração política sobre prevenção e controle de DCNT*” (ONU, 2012). Esta foi a primeira chamada global para a ação sobre DCNT, a qual teve o seu progresso revisto e foi atualizada em 2014 (ONU, 2014). Em 2012, a Assembleia Mundial da Saúde, órgão decisório da OMS, aprovou o “*Plano de Implementação Abrangente para a Nutrição Materna, de Lactentes e Crianças de Primeira Infância*” (WHO, 2012). O plano estabelece seis metas globais de nutrição até 2025, incluindo deter o aumento do excesso de peso e que pelo menos 50% dos bebês menores de seis meses de idade sejam exclusivamente amamentados (WHO, 2014).

No ano seguinte, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o “*Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis para o período de 2013-2020*”, juntos com nove metas globais, sendo uma delas frear o aumento dos casos de diabetes e obesidade (WHO, 2013). Em 2019, a OMS confirmou os objetivos deste plano de ação, como uma contribuição para o alcance da meta 3.4³ dos ODS, e assim, estendê-lo para 2030, a fim de garantir o seu alinhamento com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (WHO, 2019).

³ Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (DNTs) via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.

Quadro 4 - Principais objetivos e metas globais que abordaram o enfrentamento da obesidade

Estratégias globais	Ano	Órgão
Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde	2004	OMS
Declaração política sobre prevenção e controle de DCNT	2011 2014 (atualizado)	ONU
Plano de Implementação Abrangente para a Nutrição Materna, de Lactentes e crianças de Primeira Infância	2012	OMS
Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2030	2013 2019 (atualizado)	OMS
Declaração de Roma sobre Nutrição	2014	FAO/ OMS
Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	2015	ONU
Década de Ação das Nações Unidas sobre Nutrição 2016-2025	2016	ONU
Plano de ação global sobre atividade física 2018–2030: pessoas mais ativas para um mundo mais saudável	2018	OMS
Década de Ação sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	2019	ONU
Plano de Ação Global para Vida saudáveis e Bem-Estar para Todos	2019	OMS e outras Agências ⁴
Cúpula dos Sistemas Alimentares das Nações Unidas	2021	ONU
Plano de Aceleração para Deter a Obesidade	2022	OMS

Fonte: Elaborado pela autora

Na segunda Conferência Internacional de Nutrição (ICN2) realizada em 2014, 170 países, dentre eles o Brasil, firmaram a “*Declaração de Roma sobre Nutrição*”, comprometendo-se em desenvolver ações de enfrentamento à desnutrição e à obesidade (FAO; WHO, 2014a, 2014b).

⁴Aliança Global para Vacinas e Imunização (Gavi), Onu Mulheres, Banco Mundial, Programa Mundial de Alimentos (PMA), Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), Fundo das Nações Unidas para Populações (Unfpa), Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaids), Global Financing Facility (GFF), Global Fund, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), Unitaid e OMS.

Em setembro de 2015, a Assembleia Geral da ONU adotou a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável, com os “17 *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)*”. Os ODS consagram os objetivos de acabar com a dupla carga de má-nutrição, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável, até 2030, como as principais prioridades globais (ONU, 2015).

No ano seguinte, a ONU lançou a “*Década de Ação das Nações Unidas sobre Nutrição 2016-2025*”, selando um compromisso dos seus membros de empreender dez anos de implementação sustentada e coerente de políticas e programas, acompanhar o progresso e garantir a responsabilidade mútua entre os países, de acordo com as metas globais de nutrição (ONU, 2016). O Brasil tornou-se o primeiro país a assumir compromissos específicos como parte da Década de Ação sobre Nutrição, adotando como metas: deter o crescimento da obesidade na população adulta; reduzir o consumo regular de bebidas açucaradas em pelo menos 30% na população adulta; e ampliar em no mínimo 17,8% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente (OPAS, 2017).

O plano de ação global de promoção da atividade física, lançado em 2018, respondeu às solicitações dos países sobre orientações atualizadas, e um quadro de ações políticas efetivas para aumentar a atividade física a todos os níveis. O plano tem como objetivo reduzir a inatividade física em 10% até 2023 e em 15% até 2030. Estabelece quatro objetivos para criar sociedades, ambientes, pessoas e sistemas ativos e recomenda 20 ações políticas que são universalmente aplicáveis a todos os países e abordam os múltiplos determinantes culturais, ambientais e individuais da inatividade física (OMS, 2018).

A partir de 2019, a ONU instituiu uma série de ações ambiciosas para a próxima década, com a intenção de acelerar a implementação ou atingir a escala necessária. A Década de Ação pede a urgência de soluções sustentáveis para todos os maiores desafios do mundo, desde a pobreza até mudanças climáticas e desigualdades. Para tanto, o secretário-geral da ONU convocou todos os setores da sociedade a se mobilizarem para uma década de ação em três níveis: ação global, ação local, e ação popular (ONU, 2019).

Compondo a Década de Ação sobre os ODS e reconhecendo que no ritmo atual, as metas da Agenda 2030 para a saúde não serão cumpridas, o “*Plano de Ação Global para Vida Saudáveis e Bem-Estar para Todos*” foi lançado em 2019 pela OMS. O documento é composto por sete temas aceleradores, que representam desafios e recomendações, entre os quais destacam-se: Atenção Primária; Financiamento Sustentável para Saúde; Determinantes da Saúde (OMS, 2019).

Em setembro de 2021, a ONU convocou uma "Cúpula de Sistemas Alimentares como parte da Década de Ação sobre Nutrição para alcançar os ODS da ONU até 2030. A Cúpula reuniu governos, empresas, agricultores, povos indígenas, jovens, acadêmicos e cidadãos para produzir um plano sobre novas maneiras mais sustentáveis de produzir alimentos saudáveis para a crescente população mundial. A Cúpula de Sistemas Alimentares, visa enfrentar desafios globais, tais como fome, mudança climática, pobreza e desigualdade, todos fatores determinantes da obesidade (ONU, 2021).

Mais recentemente, em 2022, a OMS lançou o “*Plano de Aceleração para Deter a Obesidade*”. O plano visa consolidar, priorizar e acelerar as ações entre os países para o enfrentamento da obesidade, incluindo outras organizações das Nações Unidas e entidades multilaterais, organizações não governamentais, setor privado, fundações filantrópicas e instituições acadêmicas; bem como pessoas que vivem com obesidade e suas famílias. Prevê um pacote técnico, englobando políticas fiscais; marketing de alimentos e bebidas; rotulagem de alimentos; ambiente alimentar nos primeiros anos de vida; atividade física; capacitação do sistema de saúde para oferta de serviços de gerenciamento de obesidade, educação pública e conscientização (OMS, 2022).

Todos esses documentos, além das análises sobre os custos da obesidade para os sistemas de saúde, traduziram-se em políticas e programas na área da nutrição com o intuito de reverter o cenário epidemiológico. Dentre elas, houve o fortalecimento das ações de A&N nos sistemas de saúde, estratégias de EAN, a construção de ambientes que favoreçam escolhas alimentares saudáveis, a ampliação dos investimentos, governança e prestação de contas em nutrição (Nilson *et al.*, 2020).

De acordo com o *Global Nutrition Policy Review 2016-2017*, que analisou o progresso das nações na criação de políticas para a promoção da alimentação e nutrição saudável, os países foram mais propensos a implementar ações voltadas à responsabilidade individual. Em contrapartida, os governos também atuaram sobre fatores ambientais e socioculturais a partir de ações com objetivo de desenvolver programas educacionais e divulgação de informações na mídia sobre hábitos alimentares (WHO, 2018b). A distribuição dos tipos de ação desenvolvidas estão descritas no quadro 5:

Quadro 5 - Tipos de ações desenvolvidas para a alimentação saudável entre as nações analisadas pelo *Global Nutrition Policy Review 2016-2017*

Ações desenvolvidas	%
Orientação Alimentar e Nutricional (n=155)	83%
Rotulagem Nutricional (n=153)	81%
Diretrizes Alimentares (n=155)	77%
Campanhas de mídia (n=152)	72%
Regulação de propaganda voltada ao público infantil (n=142)	30%
Políticas fiscais e Tributárias (n=143)	27%
Controle do tamanho das porções (n=133)	14%

Fonte: WHO, 2018b

Em relação às diretrizes alimentares, destacam-se aquelas específicas para diferentes ciclos de vida (crianças, adultos, idosos ou gestantes), orientações nutricionais no âmbito da APS e campanhas de mídia sobre promoção da alimentação saudável. As diretrizes alimentares norteiam os profissionais de saúde na prática de cuidado ao paciente com obesidade, mas também podem ser implementadas no nível escolar e comunitário, envolvendo os líderes locais e a participação da comunidade (Hawkes, 2013; WHO, 2018b).

Nesse sentido, a FAO recomenda que os governos elaborem guias alimentares para suas nações, a fim de orientar e estimular as pessoas a adotarem estilos de vida mais saudáveis e a fazerem escolhas alimentares mais adequadas. O Guia Alimentar para a população brasileira tornou-se referência para outros países, e em conjunto com o Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos representam uma tecnologia de saúde essencial para a melhora dos padrões de alimentação e nutrição e a promoção da saúde no Brasil (Brasil, 2014b, 2019b).

Os objetivos das campanhas de mídia geralmente são relacionados à conscientização da população sobre alimentação saudável, incluindo aumento do consumo de frutas e verduras e sensibilização sobre os efeitos à saúde pela alta ingestão de gorduras, açúcares e sódio (WHO, 2018a). Campanhas de mídia têm sido analisadas como eficazes no cumprimento destes objetivos (Snyder, 2007). Porém, as ações são melhores avaliadas quando implementadas juntamente com mudanças nos ambientes alimentares (Hawkes, 2013).

Sobre a rotulagem nutricional, a OMS considera uma importante estratégia para a promoção de dietas saudáveis, refletindo o alinhamento e coerência política com os

movimentos realizados nas últimas décadas para prevenção e controle da obesidade e outras DCNT. A rotulagem nutricional compreende dois componentes: a declaração de nutrientes e as informações nutricionais suplementares, como por exemplo, a rotulagem nutricional frontal (FOPL, do inglês *front – of – packagelabels*) (WHO, 2015).

A rotulagem nutricional frontal fornece aos consumidores uma melhor compreensão e percepção sobre o perfil nutricional de um produto alimentício e pode influenciar as intenções de compra (Khandpur *et al.*, 2018). A OMS incentiva a FOPL como uma medida política crucial para informar as práticas de compra de alimentos ao consumidor e encorajar escolhas alimentares mais saudáveis e assim, conseqüentemente, diminuir o consumo de produtos com excesso de açúcar, sódio e gordura saturada (WHO, 2015).

No Brasil, recentemente houve uma atualização na rotulagem nutricional de alimentos embalados. A RDC nº 429/2020 traz como Rotulagem Nutricional Frontal, um símbolo informativo obrigatoriamente situado na frente da embalagem dos produtos embalados, como uma estratégia de alertar os consumidores quanto ao elevado conteúdo de um determinado nutriente. O intuito é que os consumidores possam identificar os possíveis nutrientes em excesso e que causam malefícios à saúde, como os açúcares adicionados, as gorduras saturadas e o sódio (Brasil, 2020b; Granja *et al.*, 2023).

As medidas adotadas com maior frequência pelos países sobre a rotulagem nutricional foram: informações resumidas nas embalagens, como etiquetas/logotipos e a proporção de doses diárias recomendadas dos nutrientes a fim de orientar a população sobre a qualidade nutricional do produto. Além disso, foram incorporadas às embalagens, representações com código de cores ou sistema de semáforo (TLLs, do inglês, *Traffic-Light labels*) e os símbolos de advertência (WLs, do inglês *Warninglabels*) para alertar a população sobre quantidade de cada nutriente nos produtos alimentícios e sua relação com uma dieta saudável (WHO, 2018b).

A respeito de políticas fiscais e tributárias, implementar impostos sobre produtos que prejudicam a saúde significa um esforço e determinação de governos para intervir no atual panorama nutricional e epidemiológico. Os impostos podem incentivar dietas mais saudáveis, influenciando diretamente sobre a prevalência de obesidade e diabetes. (Bloomberg; Summers, 2019). Mais da metade dos países com políticas fiscais tiveram aumento de impostos sobre alimentos e bebidas não saudáveis, e quase um quarto introduziu subsídios sobre alimentos e bebidas saudáveis (WHO, 2018b).

Como exemplo de experiências exitosas nesse contexto, destacam-se as políticas fiscais implementadas sobre bebidas açucaradas, em 2014, no México. A partir dessa

estratégia, observou-se redução nas compras de bebidas tributadas contendo açúcar e aumento das compras de outras bebidas como água engarrafada (Colchero *et al.*, 2016; Guerrero-López; Molina; Colchero, 2017). Os resultados alcançados no México também sugeriram que tais impostos devem ser acompanhados de maior acesso e disponibilidade à água potável, divulgação de alimentos e bebidas saudáveis; além de mudanças nas práticas agrícolas para aumentar a produção destes produtos (OPAS, 2015).

Em relação à publicidade voltada ao público infantil, as medidas sobre a regulamentação e o marketing de alimentos ultraprocessados direcionado às crianças devem ser regulamentadas, conforme recomendado pela Assembleia Mundial da Saúde desde 2010 (WHO, 2010, 2018b). Evidências indicam que o marketing de alimentos e bebidas não saudáveis aumenta o consumo alimentar e a preferência por alimentos e bebidas de alta densidade energética e pobres em nutrientes (Sadeghirad *et al.*, 2016). Além disso, o marketing relacionado a alimentos do tipo de *fast-food*, voltado para crianças e seus pais é considerado fator de risco para a obesidade infantil (Srivastava, 2019).

Dado os fatores determinantes, são necessárias múltiplas estratégias de saúde pública para o enfrentamento da obesidade com diferentes iniciativas e setores da sociedade. Além disso, é importante destacar que as estratégias individuais devem ser complementadas por políticas públicas capazes de influenciar fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais que afetam as escolhas individuais (Gortmaker *et al.*, 2015; Moodie *et al.*, 2013).

No Brasil, as ações intersetoriais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em conjunto com o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) merecem destaque. O SISAN, instituído em 2006, atua no enfrentamento da obesidade a partir de estratégias intersetoriais e direcionadas para todas as etapas do sistema alimentar, o que inclui intervenções sobre a produção, abastecimento, distribuição e consumo de alimentos; indo ao encontro das evidências mais recentes que apontam que a efetividade no enfrentamento da obesidade passa pela transformação do sistema alimentar. O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA)⁵, as Conferências Nacionais e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) integram o SISAN.

Em 2014, a CAISAN protagonizou a formulação do plano intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade com recomendações para estados e municípios (CAISAN, 2014). E em 2017, foi publicado o 2º Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (2016-2019), constituído pelo conjunto de ações do governo federal que buscam garantir a

⁵ Apesar do SISAN continuar a existir legalmente, o CONSEA foi extinto no período de 2019 a 2022. Em fevereiro de 2023, o CONSEA foi retomado após a publicação da Medida Provisória (MP) 1154/23.

SAN e o direito humano à alimentação adequada (DHAA) à população brasileira (CAISAN, 2018).

Neste sentido, nota-se que em nível global os organismos internacionais reconhecem o problema da obesidade determinado por múltiplos aspectos e, portanto, encará-lo apenas como um problema individual significa ter uma leitura reduzida da situação. Ignorar a complexidade do fenômeno e focar no indivíduo como único responsável pela sua situação de saúde é produzir uma atenção à saúde alienada e desarticulada da realidade.

Destaca-se a importância de promover a autonomia do indivíduo em seu cuidado, bem como identificar os processos particulares e as potencialidades de cada sujeito, mas também construir ações pautadas pela integralidade, subjetividade e multidisciplinariedade das ações que envolvam estratégias a políticas e construção de governança para garantir a alimentação adequada e a saúde para todos.

3.4 A ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NA APS

As intervenções voltadas ao enfrentamento da obesidade apresentam um escopo variado de configurações, incluindo cuidados na APS, para acessar e apoiar os indivíduos no lugar onde eles vivem e trabalham. De acordo com a literatura, a APS tem papel central na prevenção e no tratamento dos indivíduos com obesidade (Brasil, 2014a; Burlandy *et al.*, 2020; Campbell-Scherer *et al.*, 2020; Canuto *et al.*, 2020; Hill; Wyatt, 2002; Kahan, 2018; Morgan-Bathke *et al.*, 2023; Semlitsch *et al.*, 2019).

A fim de compreender melhor como as ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade estão sendo realizadas na APS, tanto no âmbito internacional quanto nacional, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema. Os resultados foram descritos em formato de artigo científico e podem ser conferidos no primeiro artigo da tese.

Aqui serão descritos os principais achados, os quais serviram de base para a compreensão e construção do conhecimento acerca da atenção nutricional realizada no âmbito da APS para o cuidado ao indivíduo com obesidade. A descrição das intervenções, bem como as recomendações dos estudos, está sintetizada no quadro 6.

A partir da Declaração de Alma-Ata, a APS é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis. O acesso à APS deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade. Representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde e deve integrar

um processo permanente de assistência que inclui a prevenção, promoção, diagnóstico, cura e reabilitação (Brasil, 2002; Giovanella; De Mendonça, 2012).

Segundo Barbara Starfield, a APS apresenta atributos essenciais que a caracterizam como uma abordagem abrangente (Starfield, 2002):

- Serviço de primeiro contato: representa os serviços procurados regularmente quando o usuário precisa de cuidados de saúde, em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de saúde, devendo ser a porta de entrada preferencial no sistema de saúde.
- Longitudinalidade: presume a responsabilidade longitudinal pelo usuário ao longo da vida, estabelecendo uma relação de vínculo entre equipe-usuário.
- Integralidade: reconhece a necessidade de cuidado nos âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde. Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir o acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, mesmo que para isso, seja necessário encaminhar o paciente para serviços especializados.
- Coordenação: refere-se à coordenação das diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção e ser a referência para o usuário dentro da rede de atenção à saúde.

Os atributos derivados são desenvolvidos pela APS, a partir dos atributos essenciais. São eles: *Centralidade na família*, o qual presume o reconhecimento do contexto e dinâmica familiar para avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; *Orientação comunitária*, firma a importância de conhecer as necessidades em saúde da comunidade, com estabelecimento de diagnóstico, discussão dos problemas coletivos, mobilização social e planejamento de intervenções; *Competência cultural*, preza pelo desenvolvimento da capacidade de garantir comunicação, distinguir e respeitar as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (Starfield, 2002).

A atenção nutricional considera os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, atuando sobre os indivíduos, a família e a comunidade, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados, ao longo do curso da vida em diferentes níveis de atenção à saúde e associadas às demais ações de cuidado e gestão do sistema (Brasil, 2013a).

A atenção nutricional deve ser implantada nos sistemas de saúde, os quais organizados e estruturados a partir da APS do tipo abrangente ou integral são considerados mais competentes para atuar sobre o problema da obesidade. APS do tipo abrangente ou integral refere-se ao modelo no qual as ações são desenvolvidas com base num território delimitado, de caráter longitudinal e integral, com a participação de profissionais de diferentes áreas atuando em uma rede de serviços (Giovannella; De Mendonça, 2012; Starfield, 2002). Além de desenvolver estratégias para atuar sobre os diversos agravos nutricionais, e principalmente DCNT como a obesidade, devido ao atual cenário epidemiológico.

No contexto da APS, o cuidado à pessoa com obesidade deve envolver a VAN, as ações de promoção da saúde, ações de A&N em caráter intersetorial e participativo, o suporte ao autocuidado e articulação com outros pontos de atenção à saúde, cumprindo assim com a premissa da coordenação do cuidado em saúde (Brasil, 2022a). Além disso, um programa bem-sucedido de cuidado aos indivíduos com obesidade deve ser multidisciplinar, estruturado, facilmente adaptável para cada indivíduo, estar disponível em diferentes pontos no território, incorporar toda a família e promover mudanças sustentáveis no estilo de vida (Kennedy *et al.*, 2016). Essas, assim como outras ações, contribuem para o fortalecimento dos atributos essenciais e derivados da APS.

Cabe à APS identificar e acolher os usuários com obesidade no momento em que necessitam do tratamento e integrar o manejo para redução do peso, juntamente com outros cuidados de saúde (Wadden *et al.*, 2013). Além disso, é papel da APS identificar os determinantes da obesidade no território, como condição para o planejamento e execução de ações de promoção da saúde e de prevenção da obesidade, o que envolve também pessoas que não se encontram nessa condição (Brasil, 2022a). De acordo com a realidade local e o perfil epidemiológico da população adscrita deve-se estabelecer processos de monitoramento e cuidado também para as pessoas com sobrepeso, visto que melhorar a condição de saúde dessa população poderá resultar em melhorias das comorbidades associadas e prevenção da condição de obesidade (Brasil, 2022a).

As abordagens das intervenções para o enfrentamento da obesidade na APS podem ser individuais, coletivas ou uma combinação de estratégias. As abordagens individuais são aquelas realizadas em consultas com profissionais de nível superior que atuarão em conformidade com as suas formações para o cuidado às demandas e necessidades de cada indivíduo (Eaton *et al.*, 2016; Alghamdi, 2017; Tarraga Marcos *et al.*, 2017; Kumanyika *et al.*, 2018; Brasil, 2022a).

Em relação às abordagens coletivas, estas devem ser conduzidas por profissionais que constituem a equipe de cuidado à pessoa com obesidade. As atividades podem ser realizadas no ambiente da própria Unidade Básica de Saúde (UBS) ou outro ambiente disponível no território. Nestes casos, é importante evitar estigmatização e constrangimento dos participantes por parte dos profissionais, trabalhadores e usuários do serviço de saúde (Barnes *et al.*, 2014; Bernardes; Marín-Léon, 2018; Guirado *et al.*, 2015; Meurer *et al.*, 2019; Brasil, 2022a).

É importante que as estratégias de prevenção e tratamento da obesidade sejam projetadas para impactar não apenas o conhecimento, mas também as habilidades e as condutas do indivíduo. Nesse sentido, destacam-se intervenções que utilizam a dietoterapia associada à abordagem comportamental, como a Teoria Social Cognitiva (MEURER *et al.*, 2019), a Terapia Cognitivo Comportamental (Chad-Friedman *et al.*, 2018), A Entrevista Motivacional (Barnes *et al.*, 2014; Chad-Friedman *et al.*, 2018); entre outras estratégias (estabelecimento de metas, automonitoramento e controle de estímulos) (Alghamdi, 2017; Guirado *et al.*, 2015; Huseinovic *et al.*, 2016; Sellman *et al.*, 2017).

A maioria das intervenções foi conduzida por nutricionista (Bernardes; Marín-Léon, 2018; Chad-Friedman *et al.*, 2018; Eaton *et al.*, 2016; Guirado *et al.*, 2015; HUSEINOVIC *et al.*, 2016), sendo que a associação de um terapeuta ou psicólogo, aumentou a adesão à dieta e, consequentemente, resultou em maior perda de peso (De Menezes *et al.*, 2020). Também foram utilizadas prescrições de atividade física com ou sem a participação de um profissional de educação física (Alghamdi, 2017; Birnie *et al.*, 2016; Eaton *et al.*, 2016; Guirado *et al.*, 2015; Kumanyika *et al.*, 2018; Meurer *et al.*, 2019).

Especificamente, em relação aos tipos de intervenções que utilizaram a dietoterapia, percebeu-se o uso de dietas com restrição calórica, além da inclusão de estratégias de educação nutricional e aconselhamento nutricional realizado por médico, nutricionista ou disponibilizado de forma automática pela plataforma de telemedicina (Guirado *et al.*, 2015; Eaton *et al.*, 2016; Huseinovic *et al.*, 2016; Alghamdi, 2017; Tarraga Marcos *et al.*, 2017; Bernardes, Marín-Léon, 2018; Chad-Friedman *et al.*, 2018; Kumanyika *et al.*, 2018).

A duração das intervenções foi, na maioria dos estudos, maior ou igual a seis meses (Bernardes; Marín-Léon, 2018; Eaton *et al.*, 2016; Kumanyika *et al.*, 2018; Sellman *et al.*, 2017; Tarraga MarcoS *et al.*, 2017), com frequência dos acompanhamentos variando entre semanal, quinzenal e mensal. (Guirado *et al.*, 2015; Birnie *et al.*, 2016; Eaton *et al.*, 2016; Huseinovic *et al.*, 2016; Sellman *et al.*, 2017; Tarraga Marcos *et al.*, 2017; Bernardes; Marín-Léon, 2018; Chad-Friedman *et al.*, 2018; Kumanyika *et al.*, 2018; Meurer *et al.*, 2019). Vale

ressaltar que intervenções com mais de 12 meses demonstram menor eficácia na redução de medidas antropométricas (Canuto *et al.*, 2020).

Para maximizar os resultados em relação ao cuidado do indivíduo com obesidade, os profissionais da APS devem aplicar práticas clínicas baseadas em evidências, incluindo estratégias de comunicação centradas no paciente e a decisão compartilhada a respeito das metas (Turer, 2015). O aconselhamento deve ser intensivo, com abordagem de questões psicossociais associadas e os profissionais devem buscar conectar os usuários aos recursos ou equipamentos públicos disponíveis na comunidade (Fitzpatrick *et al.*, 2016).

As evidências indicam que a identificação da necessidade de perda de peso deve partir dos profissionais de saúde que atuam na APS, pois, quanto mais cedo os indivíduos se engajarem neste processo, mais bem-sucedidos serão em alcançar essa meta (Henderson, 2015; Kahan, 2018; Sharma *et al.*, 2019). Além disso, a adesão ao tratamento depende de um bom relacionamento e criação de vínculo entre profissional-usuário (Bloom *et al.*, 2018; Chad-Friedman *et al.*, 2018; Govers *et al.*, 2014; Huseinovic *et al.*, 2016; Rose *et al.*, 2012).

O cuidado à pessoa com obesidade nos serviços de APS, por sua atribuição de proporcionar o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, deve prever a realização do diagnóstico nutricional, o acompanhamento da equipe de saúde com apoio do nutricionista da APS e encaminhamento à atenção especializada quando pertinente. As equipes de saúde também devem promover e estimular a prática de atividades físicas nas próprias UBS, e atuar em conjunto com os profissionais de educação física para realização de atividades físicas orientadas e supervisionadas (Saporetto; Miranda; Belisário, 2016).

Sugere-se que sejam encaminhados para acompanhamento na atenção especializada aqueles usuários com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ e com comorbidades descompensadas ou $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ que não tiveram sucesso em dois anos de acompanhamento na APS. Entende-se que não obtiveram sucesso no tratamento aqueles indivíduos que não tiveram redução de 5 a 10% do peso corporal ou melhora das comorbidades em dois anos de acompanhamento na APS (Brasil, 2020a). Destaca-se a importância da integração dos diferentes pontos de atenção à saúde, a fim de possibilitar a atenção integral e tratamento adequado a cada situação, ou seja, estruturar linhas de cuidado à pessoa com obesidade.

A interligação entre os níveis de atenção nos sistemas estruturados a partir da ordenação da APS, tem sido necessária para a continuidade e integralidade do cuidado. Nesta perspectiva, a estruturação das linhas de cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) tornaram-se elemento fundamental para a adesão aos protocolos clínicos e de acesso aos serviços especializados. No que concerne a atenção à obesidade, a estruturação de uma linha

de cuidado específica para este agravo tem sido incorporada ao conjunto de intervenções da Rede de Atenção às Doenças Crônicas no contexto brasileiro, indicando alguns avanços na organização da assistência (Reis; Rodriguez; Rodrigues, 2021; Burlandy *et al.*, 2020).

A finalidade da organização da *linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade*, instituída a partir da Portaria nº 424, de 2013, é ofertar ações e serviços de saúde de forma integrada e harmônica nos diferentes pontos de atenção. Além de estabelecer fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso, fortalecer e qualificar a atenção por meio da integralidade e longitudinalidade do cuidado, e consequentemente superar a lógica hegemônica da atenção fragmentada em programas (Brasil, 2013b). A organização da linha de cuidado para prevenção e tratamento da obesidade requer, uma conectividade dos papéis e tarefas dos diversos atores nos diferentes níveis de atenção, por meio da pactuação e corresponsabilização entre os serviços, profissionais e a família, visando à construção do cuidado longitudinal efetivo e de qualidade (Silva *et al.*, 2022; Ramos *et al.*, 2020).

Quadro 6 – Ações de Alimentação e Nutrição para o enfrentamento da obesidade desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde

Autor / Ano	Ações de Alimentação e Nutrição na APS	Recomendações
Meurer <i>et al</i> , 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia baseada na teoria social cognitiva; - Definição de metas individuais para atividade física e hábitos alimentares; - Abordagem de autoeficácia, automonitoramento, identificação de suporte social e barreiras, e soluções para as barreiras identificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - As atividades educativas devem ser incentivadas em ambientes de APS.
Bernardes; Marin-Leo, 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de EAN conduzido por nutricionista; - Plano alimentar individualizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - As atividades de EAN devem ser baseadas no Guia Alimentar para a População Brasileira; - Grupos voltados à EAN contribuem para capacitar os indivíduos a fazerem escolhas alimentares conscientes e desenvolverem sua autonomia e visão crítica sobre nutrição; - As equipes de saúde devem receber capacitação para ações de promoção e prevenção baseadas em métodos populares de educação em saúde e na EAN.
Kumanyika <i>et al</i> , 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento nutricional para reduzir peso realizado por médicos da APS, com base em um padrão alimentar saudável e dieta hipocalórica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento nutricional clínico pouco frequente (sessões de 10 a 15 minutos presencial a cada 4 meses) foi ineficaz como tratamento para perda de peso ao longo de 2 anos.
Chade-Friedman <i>et al</i> , 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de aconselhamento nutricional e gerenciamento do estresse ministrado por nutricionista, predominantemente por telefone, ao longo de 6 meses; - Fez uso de TCC e Entrevista Motivacional; - Plano alimentar individualizado e lista de alimentos e porções. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de vínculo entre paciente-profissional foi importante para aumentar a perda de peso e melhorar os comportamentos de saúde; - Automonitoramento dos participantes demonstrou aumentar a autoconsciência e promover mudanças comportamentais sustentadas.

Autor / Ano	Ações de Alimentação e Nutrição na APS	Recomendações
Tarraga Marcos <i>et al</i> , 2017	- Plataforma de Telemedicina para monitorar a adesão à dieta do mediterrâneo, permitindo aconselhamento dietético personalizado disponibilizado de forma automática pela plataforma.	- Uso de plataforma para automonitoramento alimentar diário adaptável ao perfil do usuário e que inclua gamificação é útil na APS.
Sellman <i>et al.</i> , 2017	- Programa de apoio psicossocial contínuo, envolvendo uma combinação de modificação de alimentos/dieta, aumento da atividade física e estratégias comportamentais.	- Importante desenvolver espaços seguros e acolhedores para que os indivíduos com obesidade sintam-se apoiados.
Alghamdi <i>et al.</i> , 2017	- Intervenção sobre estilo de vida (dieta, exercício e técnicas comportamentais para facilitar a adesão); - Meta para a ingestão média diária de carboidratos (20-25 g/dia); - Material sobre a dieta Atkins (restrição da ingestão diária de carboidratos para <20-25 g/dia).	- Abordagens comportamentais, incluindo estabelecimento de metas, automonitoramento e controle de estímulos devem ser implementadas em ambientes de APS, pois são os principais componentes das intervenções no estilo de vida; - A alocação apropriada de recursos pode facilitar a execução bem-sucedida de programas de Intervenção sobre estilo de vida na APS.
Birnie <i>et al.</i> , 2016	- A intervenção incluiu dieta, atividade física e componentes de mudança comportamental com uso de entrevista motivacional; - Participação no Programa “Vigilantes do Peso”.	- Implementar estratégias para controle de peso com diferentes abordagens, incluindo dieta, atividade física e mudança comportamental.
Eaton <i>et al.</i> , 2016	- Dieta hipocalórica e aconselhamento para perda de peso e mudanças no estilo de vida fornecidos por nutricionista.	- Intervenções para perda de peso apoiadas por médicos que atuam na atenção primária e entregues por terceiros têm benefícios significativos para a perda de peso na APS.

Autor / Ano	Ações de Alimentação e Nutrição na APS	Recomendações
Huseinovic <i>et al</i> , 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta com restrição calórica, incluindo estabelecimento de metas, automonitoramento, resolução de problemas, expectativas de resultados e tarefas estruturadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - O estabelecimento de vínculo com o profissional de saúde, plano de dieta individualizado e o acompanhamento das metas de perda de peso são elementos cruciais para o tratamento na APS.
Guirado <i>et al.</i> , 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Intensivos de Mudança de Estilo de Vida que inclui educação nutricional e terapia comportamental, composto de 12 sessões em grupo; - Dieta hipocalórica prescrita por nutricionista; - Consultas semanais com nutricionista; - Uso de substituto de refeição pela manhã e à noite durante o primeiro mês de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais de saúde poderiam ser capacitados para implementar o Programa Intensivos de Mudança de Estilo de Vida para o tratamento da obesidade APS, sem gerar gastos excessivos.
Barnes <i>et al</i> , 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Motivacional com foco na perda de peso e adesão ao tratamento, com definição de metas e feedback personalizado; - Psicoeducação nutricional para controle de atenção com orientações sobre alimentação saudável; - Ambas foram apoiadas por recursos disponíveis gratuitamente na internet (um site e um manual). 	<ul style="list-style-type: none"> - O desenvolvimento de recursos para auxiliar na perda de peso (recursos para monitorar consumo alimentar/prática de exercícios, definir metas de perda de peso, calorias ou exercícios), gratuitos ou de baixo custo e disponíveis na internet podem servir como um complemento ao suporte clínico na APS.

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda: EAN= educação alimentar e nutricional; TCC = Terapia cognitivo-comportamental

No panorama nacional, o MS criou no final da década de 90, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Brasil, 1999). A PNAN (revisada em 2003 e 2013), constitui-se uma resposta oportuna e específica do SUS para qualificar as ações necessárias para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira. Ao passo que promove a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida (Brasil, 2003, 2013a).

Em paralelo, o MS criou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006 e atualizada em 2014. A PNPS possui eixos operacionais no âmbito de cada esfera de gestão com ações de promoção da saúde centrados na territorialização, na articulação e na cooperação intra e intersetorial, no escopo da RAS. Entre os temas prioritários da PNPS está a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, como parte das ações de promoção da saúde e SAN (Brasil, 2006a, 2014c).

Ainda em 2006, a publicação de um Caderno de Atenção Básica específico sobre o tema da obesidade enfatizou aspectos relevantes tanto na compreensão do problema quanto no seu enfrentamento, utilizando uma abordagem individualizada ao paciente com excesso de peso, com enfoque na promoção da alimentação saudável (Brasil, 2006b). Em 2014, um novo Caderno de Atenção Básica destacou a abordagem integral e humanizada ao indivíduo com excesso de peso, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de outras DCNT, considerando o sujeito em sua singularidade e sua inserção sociocultural. A estratégia foi incluir a abordagem alimentar e nutricional como uma prática efetiva e cotidiana nos serviços de APS (Brasil, 2014a).

Levando em consideração a importância do cuidado multidisciplinar e a intersetorialidade das ações para a atenção ao paciente com obesidade, o MS instituiu no ano de 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) em parceria com o Ministério da Educação com enfoque na VAN, promoção da alimentação saudável e atividade física. O PSE configura-se como um importante programa do MS voltado para a população em idade escolar, apresentando como uma de suas metas, o enfrentamento da obesidade infantil no país (Brasil, 2007).

Em relação aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), destaca-se a articulação com as equipes de Atenção Básica para o cuidado integral, individual, familiar e comunitário ao promover a inserção de equipes multiprofissionais para apoio às equipes de saúde da família. A implantação do NASF corroborou com o entendimento do caráter multifatorial da obesidade, promovendo planos terapêuticos para os agravos nutricionais (Brasil, 2008), a estratégia, no entanto, foi extinta em 2019.

Ainda nesse contexto, o Programa Academia da Saúde foi lançado em 2011 como estratégia para promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, práticas integrativas e complementares, entre outros (Brasil, 2013c). Nesse mesmo período, com o intuito de promover o desenvolvimento e a implementação das políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências científicas, para prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, o MS colocou em prática o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil 2011-2022” (Brasil, 2011).

Atualizado em 2021, o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2022-2030” apresentou para além dos indicadores e metas para reduzir a morbimortalidade por DCNT, os indicadores e metas relacionados a diminuir as incapacidades e mortes ocasionadas pelos agravos (como a violência, por exemplo). Assim como na versão anterior do documento, a obesidade é reconhecida enquanto um fator de risco para as demais DCNT. E dentre as metas, estão reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2% e deter o crescimento da obesidade em adultos (Brasil, 2021b).

Em 2012, a partir do Marco de referência de EAN para as políticas públicas, criou-se uma estratégia para promover reflexão e orientação da prática para as ações de EAN e que contemple os diversos setores vinculados ao processo de produção, distribuição, abastecimento e consumo de alimentos. A EAN é um campo de ação da SAN e da Promoção da Saúde e tem sido considerada uma estratégia fundamental para a prevenção e controle dos problemas alimentares e nutricionais (Brasil, 2012b).

O Marco de referência para a Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, publicado em 2015, trata-se de um instrumento de apoio a profissionais e gestores para a organização da VAN na APS. Identifica, define e esclarece os conceitos e as metodologias da VAN em diferentes contextos, além de apontar aos gestores, as necessidades estruturais e técnicas para estabelecer a VAN nos municípios como parte do escopo de ações para o enfrentamento da obesidade (Brasil, 2015).

Em 2021, ganhou destaque a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, o Proteja que contempla um conjunto de ações essenciais a serem implementadas em nível municipal, para apoiar a reversão do cenário de obesidade infantil no país. Traz como eixos de atuação: Prevenção e atenção à obesidade Infantil; Ações na Atenção Primária à Saúde; Ambientes alimentares saudáveis; Ambientes promotores de atividade física; Promoção da Saúde nas Escolas; Campanhas de comunicação em saúde

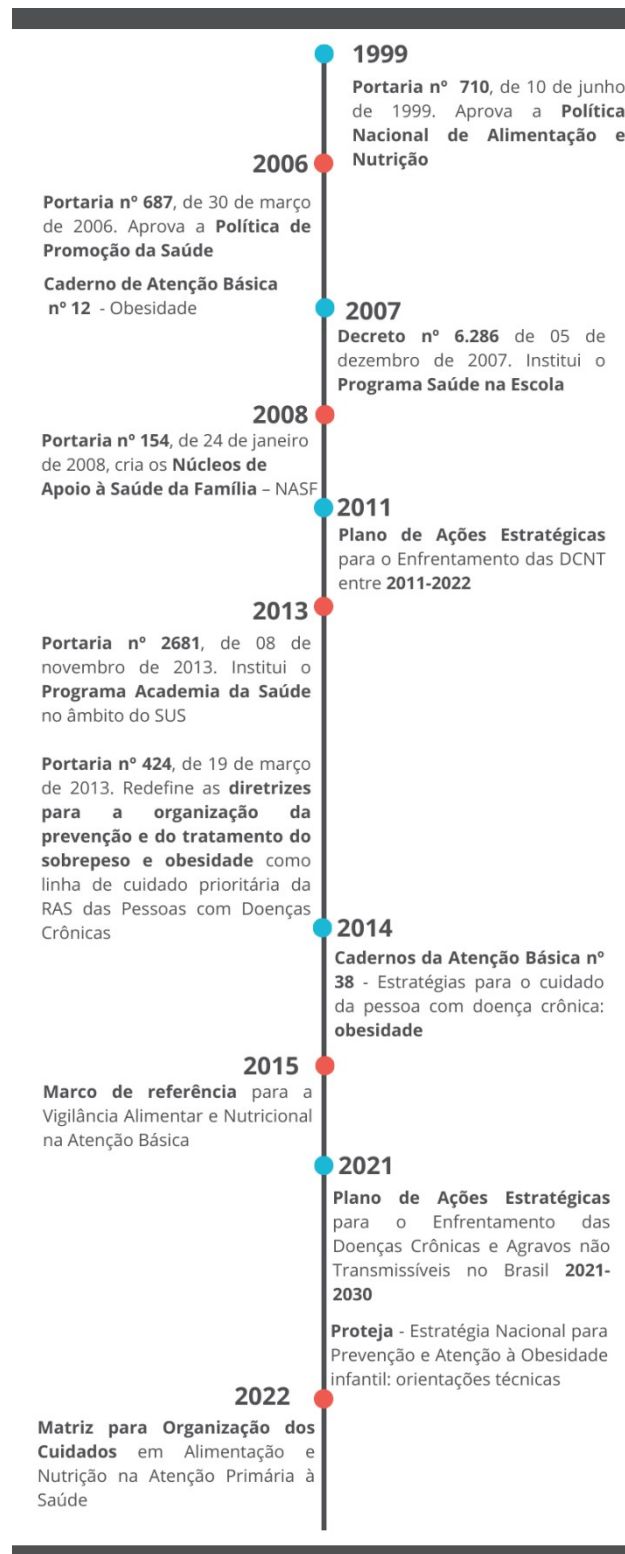
(Brasil, 2022b). De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.863/2021, um conjunto de municípios foi priorizado para a adesão, com o recebimento de incentivo financeiro para apoiar a implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito do Proteja (Brasil, 2021c).

Para apoiar a estruturação dos cuidados em Alimentação e Nutrição na APS, de acordo com a realidade de cada região, em 2022 foi publicada a Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2022c). Tem como objetivo oferecer cuidado multiprofissional individual e coletivo na APS para crianças, adolescentes, adultos e idosos com diagnóstico de sobrepeso e obesidade, qualificar profissionais da educação, assistência social e da APS sobre obesidade infantil, com base nos manuais, guias e protocolos do MS (Brasil, 2022c).

A figura 2 traz uma linha do tempo sobre as principais referências técnicas e normativas do Ministério da Saúde para o enfrentamento da obesidade APS no contexto brasileiro.

A análise das intervenções realizadas na APS para o enfrentamento da obesidade, tanto no âmbito internacional quanto no cenário brasileiro, indica a necessidade do envolvimento e da articulação da gestão em saúde na organização dos serviços a fim de ofertar cuidado multidisciplinar adequado, integral e longitudinal. As intervenções podem ser realizadas por meio de abordagens individuais e coletivas, tanto com ações direcionadas para o usuário, quanto para a família, o que exige organização do processo de trabalho nos diversos serviços da rede de atenção à saúde e o fortalecimento da APS como eixo central de atuação no enfrentamento da obesidade.

Figura 2 – Linha do tempo sobre as principais referências técnicas e normativas do Ministério da Saúde para o enfrentamento da obesidade APS



Fonte: Elaborado pela autora

3.5 ESTUDOS AVALIATIVOS SOBRE O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NA APS

Neste capítulo, buscou-se conhecer a produção do conhecimento sobre a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS e compreender sob quais perspectivas metodológicas esse objeto tem sido avaliado. Para tanto, foi realizada uma busca sistematizada de artigos científicos sobre intervenções, programas ou ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade, desenvolvidos na APS, sob a ótica da avaliação em saúde.

A questão de pesquisa que orientou a busca foi: como a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS tem sido abordada nos estudos avaliativos?

Os critérios de inclusão foram: (i) artigos que avaliaram intervenções, programas ou ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade; (ii) estudos realizados na APS para ilustrar o contexto local; (iii) artigos que apresentam indicadores de resultado das intervenções conduzidas por equipe de saúde da atenção primária e/ou por equipe de pesquisadores de centros de pesquisa e/ou universidades; e (iv) estudos em inglês, português ou espanhol. O recorte temporal adotado foi de 2015 a 2022.

Os critérios de exclusão foram manuscritos do tipo: revisões sistemáticas, meta-análises, scoping reviews, mapas de evidência, estudos de revisão, dissertações, resumos, editoriais e indisponibilidade do artigo online na íntegra, mesmo após contato com o autor. Também foram excluídos os documentos e guias de recomendações publicadas por sociedades/organizações acadêmicas e não acadêmicas, bem como de fontes governamentais.

As bases de dados selecionadas foram: Scopus; Scientific Electronic Library Online (SciELO); Medline/Pubmed; Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Cinahl; Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Embase; e Web of Science.

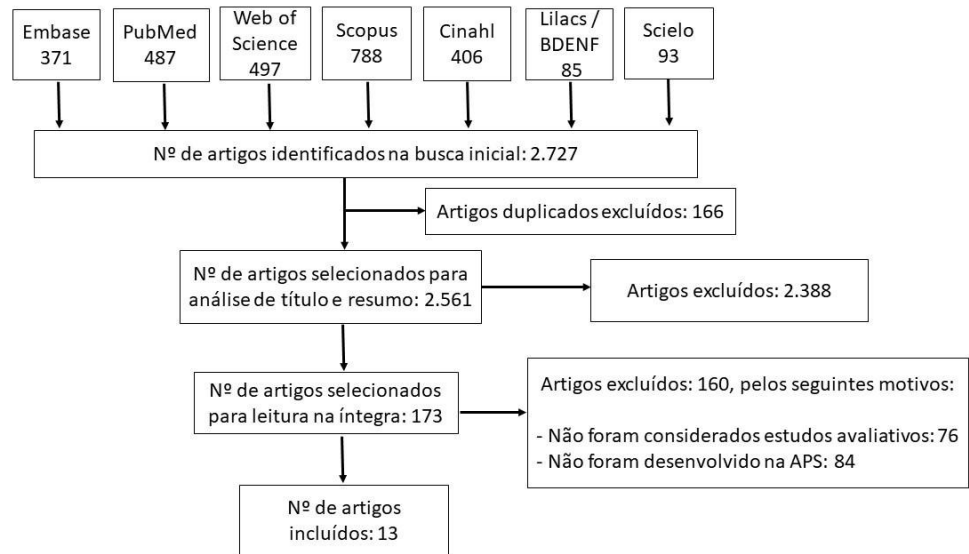
Para elaboração das estratégias de busca foram utilizados termos apropriados, considerando os Medical Subject Headings (MeSH terms) e palavras-chave. Para cada base de dados foram realizadas adaptações apropriadas nas estratégias de busca, de acordo com as especificidades de cada banco de dados. As estratégias de busca podem ser conferidas no apêndice A.

A procura inicial nas bases escolhidas originou um total de 2.727 artigos, dos quais 166 eram duplicados. Após a leitura de títulos e resumos dos 2.561 artigos, 2.388 foram excluídos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A maioria dessas exclusões (70%) foi por não apresentar indicadores de resultado das intervenções. Sendo assim, 173

artigos foram selecionados para leitura na íntegra.

Após a leitura na íntegra, 160 artigos foram excluídos pelas seguintes razões: não foram considerados estudos avaliativos ($n = 76$); estudos que não foram realizados na APS ($n = 84$). Ao final, 13 artigos foram selecionados para compor esta análise, conforme apresentado na figura 3.

Figura 3 - Fluxograma de seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pela autora.

No Quadro 7 foram descritos os 13 artigos analisados nesta seção, compondo as seguintes informações: identificação do estudo (autoria, ano e país de realização do estudo); objetivo do estudo; características metodológicas (técnicas, instrumentos, abordagem metodológica); e por fim, os componentes avaliativos.

3.4.1 Análise descritiva dos estudos selecionados

Dos 13 artigos analisados, seis foram publicados entre 2015 e 2018 e sete entre 2019 e 2022. Em relação à localização geográfica dos estudos, houve uma concentração na região do continente americano e europeu, quais sejam: Estados Unidos (3), no Brasil (3) e no Canadá (1); e também na Inglaterra (3), na Espanha (1), na Suíça (1) e na Holanda (1).

Os estudos foram publicados em diferentes periódicos: *Obesity*; *BMC Public Health*; *BMC Family Practice*; *BMJ Open*; *European Eating Disorders Review*; *Preventive Medicine Reports*; *Journal of Pediatric Health Care*; *Revista de Nutrição*; *Health Technology Assessment*; *Journal of Pediatric Nursing*; *Family Practice*; e *Saúde em Debate*, o único periódico que teve dois (2) estudos analisados. A maioria dos estudos analisados utilizou abordagem quantitativa (9), seguido de estudos com abordagem mista (3) e abordagem qualitativa (1).

Sobre os tipos de estudos, dois deles utilizaram análise de custo-efetividade: um avaliou a relação de custo-efetividade sobre uma intervenção de entrevista motivacional, em comparação aos cuidados usuais, voltada ao público infantil (Woolford *et al.*, 2022); e outro avaliou um programa de controle de peso baseado em tarefas *versus* uma intervenção de 'melhores práticas' fornecida na atenção primária por enfermeiras, em relação ao custo-efetividade (Mcrobbie *et al.*, 2016).

Outros cinco estudos avaliaram a eficácia das ações: um examinou uma intervenção psicossocial baseada na família para o sobrepeso e obesidade infantil na atenção primária (Sepúlveda *et al.*, 2020); outro explorou a implementação e as lições aprendidas sobre um programa de controle de peso chamado “Momenta” (Dodd-Reynolds *et al.*, 2019). Também foi avaliada a eficácia de uma ferramenta educacional baseada em evidências para a melhoria dos hábitos alimentares saudáveis e de atividade física entre crianças com sobrepeso e obesidade em um ambiente de atenção primária (Jester *et al.*, 2018).

Um dos manuscritos avaliou uma intervenção combinada para pacientes com sobrepeso e obesidade sobre fatores de risco relacionados ao estilo de vida e consumo de cuidados de saúde, em comparação a cuidados habituais (Verberne *et al.*, 2016); e outro explorou a viabilidade e a eficácia de curto prazo do programa *iStartSmart* para crianças Chinesa-Americanas com sobrepeso e/ou obesidade em um ambiente comunitário e de atenção primária (Chen *et al.*, 2015).

Dois artigos utilizaram uma estrutura de análise chamada RE-AIM (Reach = Alcance, Eficácia/Efetividade, Adoção, Implementação, Manutenção). O primeiro avaliou o impacto de

uma intervenção piloto baseada na comunidade para combater a obesidade infantil (Gadsby *et al.*, 2020); e o outro avaliou os componentes críticos de uma intervenção (dieta, exercícios físicos e vida cotidiana) de obesidade infantil na atenção primária (Lew *et al.*, 2019).

Quatro artigos analisados referem-se a estudos descritivos, mas ainda assim, apresentam componentes avaliativos. Três destes, são pesquisas realizadas no Brasil e tiveram como objetivos: apresentar a disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da APS correspondentes à LCSO, no estado do Piauí (Da Costa Alberto *et al.*, 2022); analisar a disponibilidade de estrutura e a adequação dos processos de trabalho no cuidado à obesidade na AB no Brasil e regiões (Brandão *et al.*, 2020); e descrever e avaliar a atenção nutricional aos adultos com excesso de peso na Atenção Primária e Secundária à Saúde, em Santos, São Paulo (Neves; Zangirolani; De Medeiros, 2017).

Por fim, o último estudo descritivo teve como objetivo compreender as abordagens de controle de peso usadas pelos profissionais que trabalham em equipes de atenção primária e como eles avaliam a abordagem mais adequada para um paciente com obesidade (Aboueid; Bourgeault; Giroux, 2018).

Esta análise possibilitou conhecer como estão sendo avaliados os estudos sobre a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. As pesquisas estão focadas em avaliar intervenções implementadas na APS, sob a ótica dos efeitos das intervenções, levando em consideração, principalmente, mudanças nas medidas antropométricas e de consumo alimentar. Chamou atenção também o número de estudos voltados à população infantil, correspondendo a 6 dos 13 artigos analisados (Chen *et al.*, 2015; Gadsby *et al.*, 2020; Jester *et al.*, 2018; Lew *et al.*, 2019; Sepúlveda *et al.*, 2020; Woolford *et al.*, 2022). Poucos estudos têm priorizado a avaliação dos componentes de responsabilidade da gestão, e quando isso ocorre, está voltado para avaliação da disponibilidade de estrutura (equipamentos, insumos e documentos) (Brandão *et al.*, 2020; Da Costa Alberto *et al.*, 2022).

A avaliação no campo da saúde está relacionada ao estabelecimento do juízo de valor e que este sirva de orientação para tomada de decisão, buscando a melhoria das intervenções, da distribuição dos recursos, empregando um olhar analítico para a saúde e o cuidado. Ainda, propiciar a participação de diferentes atores no processo avaliativo, tende a incentivar a corresponsabilização dos sujeitos implicados, objetivando tornar a avaliação contínua e sistemática, além do desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo (Chaves *et al.*, 2017).

Desse modo, identificou-se como lacuna de conhecimento estudos avaliativos que abordem a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na APS, analisando os aspectos intrínsecos à gestão e à assistência, levando em consideração as características da APS

abrangente ou integral. Também não foram identificadas avaliações que considerassem o contexto onde as intervenções foram realizadas ou aspectos da integralidade, multidisciplinaridade e intersetorialidade da atenção prestada ao indivíduo com obesidade.

Em suma, esta análise reforçou a necessidade de mais estudos avaliativos sobre a atenção nutricional voltada ao enfrentamento da obesidade na APS, sob o referencial teórico da APS abrangente ou integral, conforme preconizado no âmbito do SUS.

Quadro 7 - Descrição dos artigos analisados sobre avaliação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS

Autoria/Ano	País de realização	Objetivo do estudo	Metodologia/Técnicas/Instrumentos	Componentes avaliativos
Woolford <i>et al.</i> , 2022	EUA	Avaliar a relação de custo-efetividade incremental (ICER) de uma intervenção de entrevista motivacional de 2 anos versus cuidados primários usuais.	Análise de custo-efetividade/ Entrevistas com os pais das crianças e acesso aos registros dos atendimentos/ Abordagem quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança no IMC; - Uso de cuidados de saúde (custos com prescrições, consultas e faltas ao trabalho relacionadas às consultas); - Custos com a alimentação; - Taxas cobradas pelos profissionais de saúde; - Custos para o treinamento da intervenção.
Da Costa Alberto <i>et al.</i> , 2022	Brasil	Apresentar a disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da APS correspondentes à LCSO no estado do Piauí	Estudo descritivo transversal/ Utilizou dados do 3º ciclo do PMAQ/ Abordagem quantitativa/ Análise estatística	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura das UBS (equipamentos, insumos e documentos); - Atividades realizadas pelos profissionais das eSF que se relacionam ao cuidado da obesidade
Brandão <i>et al.</i> , 2020	Brasil	Analisar a disponibilidade de estrutura e a adequação dos processos de trabalho no cuidado à obesidade na AB no Brasil e regiões	Estudo descritivo transversal/ Utilizou dados do 2º ciclo do PMAQ/ Abordagem quantitativa/ Análise estatística/ Análise de disponibilidade (volume e tipo de serviços ofertados pelos serviços de saúde) e adequação (forma como os processos de trabalho são organizados no âmbito dos serviços de saúde para atender aos usuários)	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância Alimentar e Nutricional - Coordenação do cuidado e assistência - Ações de promoção e educação em saúde

Autoria/Ano	País de realização	Objetivo do estudo	Metodologia/Técnicas/Instrumentos	Componentes avaliativos
Gadsby <i>et al.</i> , 2020	Inglaterra	Avaliar o impacto de uma intervenção piloto baseada na comunidade para combater a obesidade infantil	Estudo de caso não experimental/ Apresentou MT e ML/ Uso de entrevistas, questionários, grupos focais, análise documental/ Abordagem mista/ Análise estatística e análise temática	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas antropométricas; - Alcance (participação das famílias nas atividades propostas); - Eficácia (conhecimento sobre alimentos saudáveis, avaliação do consumo alimentar e atitudes sobre AF); - Adoção (participação de grupos de interessados); - Implementação (entrega das atividades); - Manutenção (adoção das atividades como práticas e políticas organizacionais de rotina).
Sepúlveda <i>et al.</i> , 2020	Espanha	Descrever a viabilidade e aceitabilidade e examinar a eficácia de uma intervenção psicossocial baseada na família para o sobrepeso e obesidade infantil na atenção primária.	Estudo piloto controlado/ Comparação entre dois grupos com intervenção/ Entrevista semiestruturada e aplicação de questionário e Escalas de Adaptação e Coesão Familiar e escala de satisfação/ Abordagem quantitativa/ Análise estatística	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas antropométricas; - Hábitos de estilo de vida (nível de atividade física); - Bem-estar emocional infantil e patologia alimentar; - Bem-estar emocional e funcionamento familiar (adaptação para responder às necessidades situacionais e vínculo emocional entre os membros da família); - Nível de satisfação da intervenção

Autoria/Ano	País de realização	Objetivo do estudo	Metodologia/Técnicas/Instrumentos	Componentes avaliativos
Dodd-Reynolds <i>et al.</i> , 2019	Inglaterra	Explorar a implementação e as lições aprendidas para um programa de controle de peso “Momenta”, juntamente com a viabilidade de uma estrutura de avaliação de prototipagem iterativa.	Avaliação da eficácia da intervenção/ Abordagem mista/ Utilização de entrevistas semiestruturadas, grupos focais e escalas (Escala de Bem-Estar Mental e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)/ Análise estatística e análise temática	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas antropométricas para determinar a mudança de peso; - Medidas de bem-estar psicológico; - Questões relacionadas à assistência prestada aos pacientes.
Lew <i>et al.</i> , 2019	Suíça	Avaliar os componentes críticos de uma intervenção (foco em dieta, exercícios e vida cotidiana) de obesidade infantil na atenção primária	Estudo piloto de implementação de uma intervenção/ Uso de questionários sobre hábitos nutricionais e de exercícios, vida cotidiana, motivação e qualidade de vida/ Abordagem quantitativa/ Análise estatística	<ul style="list-style-type: none"> - Alcance (participação de crianças e profissionais médicos); - Eficácia (mudanças no IMC, relação cintura-altura, consumo alimentar, prática de atividade física, qualidade de vida; consumo de mídia); - Adoção (nº e características das crianças e médicos incluídos no estudo); - Implementação (nº de consultas realizadas, porcentagem de pacientes cujas medições de IMC foram feitas na frequência pretendida); - Manutenção (nº de desistências e motivos da desistência; porcentagem de pais e médicos que recomendam o programa, nº de médicos que continuaram os componentes da intervenção após o estudo).

Autoria/Ano	País de realização	Objetivo do estudo	Metodologia/Técnicas/Instrumentos	Componentes avaliativos
Aboueid; Bourgeault; Giroux, 2018	Canadá	Compreender as abordagens de controle de peso usadas pelos profissionais que trabalham em equipes de cuidados primários e como eles avaliam a abordagem mais adequada para um paciente	Estudo descritivo/ Abordagem qualitativa/ Entrevistas semi-estruturadas/ Análise de conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhamento para um nutricionista; - Encaminhamento para programas ambulatoriais de perda de peso; - Encaminhamento para Cirurgia bariátrica; - Fornecimento de recursos educacionais; - Encaminhamento para Vigilantes do Peso - Indicação de medicamentos para obesidade
Jester <i>et al.</i> , 2018	EUA	Avaliar a eficácia de uma ferramenta educacional baseada em evidências na melhoria dos hábitos alimentares saudáveis e de atividade física entre crianças com sobrepeso e obesidade em um ambiente de atenção primária.	Avaliação pré e pós intervenção/ Uso de questionários/ Análise de prontuários e ligações telefônicas/ Abordagem quantitativa/ Análise estatística	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de IMC; - Medição da pressão arterial; - Consumo alimentar; - Tempo de tela; - Prática de atividade física.

Autoria/Ano	País de realização	Objetivo do estudo	Metodologia/Técnicas/Instrumentos	Componentes avaliativos
Neves; Zangirolani; Medeiros, 2017	Brasil	Descrever e avaliar a atenção nutricional aos adultos com excesso de peso, na Atenção Primária e Secundária à Saúde, em Santos, São Paulo.	Estudo de caráter quanti e qualitativo, realizado em duas etapas: diagnóstico e avaliação/ Censo dos serviços de Atenção Primária e Secundária e entrevistas com gestores e/ou profissionais/ Abordagem mista/ Análise estatística descritiva simples e análise temática	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção dos gestores dos serviços de saúde e/ou profissionais de saúde sobre a atenção integral à saúde e o atendimento ao adulto com excesso de peso; - Ações realizadas; - Práticas de referência e contrarreferência; - Adesão da população-alvo às orientações alimentares e nutricionais; - Limitação e potencialidade da colaboração intersetorial no manejo do excesso de peso em adultos
McRobbie <i>et Al.</i> , 2016	Inglaterra	Avaliar se um programa de controle de peso baseado em tarefas tem melhores efeitos a longo prazo do que uma intervenção de 'melhores práticas' fornecida na atenção primária por enfermeiras	Ensaio controlado randomizado/ Uso de formulário de registro clínico, questionários, diários dos participantes e cartões de tarefas/ Abordagem quantitativa/ Análise estatística e análise de custo-efetividade	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de peso, no IMC, circunferência da cintura e pressão arterial; - Mudanças na prática de atividade física; - Mudanças no desejo por comida.

Autoria/Ano	País de realização	Objetivo do estudo	Metodologia/Técnicas/Instrumentos	Componentes avaliativos
Verberne <i>et al.</i> , 2016	Holanda	Avaliar os efeitos de uma intervenção combinada de estilo de vida para pacientes com sobrepeso e obesidade sobre fatores de risco relacionados ao estilo de vida e consumo de cuidados de saúde, em comparação com os cuidados habituais.	Estudo quase experimental/ Avaliação pós-intervenção/ Uso de questionários e prontuários dos pacientes/ Abordagem quantitativa/ Análise estatística	<ul style="list-style-type: none"> - Informações demográficas; - Medidas de IMC, pressão arterial, nível de colesterol; - Prescrições de medicamentos; - Diagnósticos de diabetes e DCV; - Número de consultas com clínico geral.
Chen <i>et al.</i> , 2015	EUA	Explorar a viabilidade e a eficácia de curto prazo do programa iStartSmart para crianças Chinesa-Americanas com sobrepeso e/ou obesidade em um ambiente comunitário e de atenção primária.	Avaliação pré e pós intervenção/ Uso de questionários autorreferidos/ Abordagem quantitativa/ Análise estatística	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas antropométricas; - Medida da pressão arterial; - Consumo alimentar; - Conhecimento das crianças sobre atividade física e escolhas alimentares saudáveis; - Autoeficácia e qualidade de vida.

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda: APS = atenção primária à saúde; LCSO = linha de cuidado do sobrepeso e obesidade; EUA = Estados Unidos; IMC = índice de massa corporal; MT e ML = modelo lógico e modelo teórico; PMAQ = programa de melhoria do acesso e da qualidade da; UBS = unidade básica de saúde; eSF = equipe de saúde da família; AF = atividade física; DCV = doença cardiovascular

4 METODOLOGIA

Este estudo avaliou a implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, nos municípios de SC.

Os termos relacionados à pesquisa avaliativa, citados ao longo da tese, fazem parte do marco teórico utilizado nos estudos desenvolvidos pelo NEPAS⁶, na linha de pesquisa “Planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde” (Brousselle *et al.*, 2011; Champagne *et al.*, 2011; Hartz, 1997; Souza; Vieira Da Silva; Hartz; Vieira Da Silva, 2005; Tanaka; Ribeiro; De Almeida, 2017). Os termos foram descritos por Machado (2018) e serão apresentados a seguir:

- **Objeto:** é o elemento a ser avaliado; compreende qualquer ação, programa, intervenção, política, procedimento ou serviço.
- **Dimensão:** são as partes do objeto avaliado, identificando como este deve ser estruturado e quais partes são fundamentais para composição do objeto de estudo;
- **Subdimensão:** são as partes de cada dimensão. A opção por utilizar subdimensões depende da complexidade do objeto e do referencial teórico adotado;
- **Indicador:** é uma variável, característica ou atributo capaz de sintetizar ou representar o objeto avaliado;
- **Medida:** são as versões mensuráveis do indicador;
- **Rationale:** compreendido como a razão e justificativa para a escolha dos componentes da matriz de avaliação, em consonância com o objeto de estudo e sua teoria.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação. Por implantação entende-se a operacionalização adequada e uso suficientemente intensivo de uma intervenção (Champagne *et al.*, 2011). A análise de implantação consiste em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção. A medição do grau de implantação de uma intervenção busca identificar as práticas requeridas para a implantação, além de descrever as práticas realizadas pelas áreas envolvidas teoricamente e analisar a variação na implantação em virtude das características contextuais (Champagne *et al.*, 2011; Denis; Champagne, 1997).

⁶ Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS), inserido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFSC.

Foi utilizada a análise do tipo 1b, a qual inclui a análise dos determinantes contextuais e o grau de implantação da intervenção. Esse tipo de análise visa explicar a diferença entre o que foi planejado para a intervenção e o que foi realmente implantado, compondo uma dimensão analítica (Champagne *et al.*, 2011).

Neste estudo, o termo intervenção refere-se ao objeto avaliativo - a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS.

4.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A tese foi realizada em duas etapas sequenciais: 1) Proposta de um modelo avaliativo da Atenção Nutricional na APS para o enfrentamento da obesidade, a partir da adaptação do modelo proposto por Machado e Lacerda (2023); 2) Aplicação do modelo avaliativo da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, nos municípios de Santa Catarina, para determinar o grau de implantação deste objeto e também para analisar as variáveis de contexto.

4.3 PROPOSTA DE UM MODELO AVALIATIVO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NA APS PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE

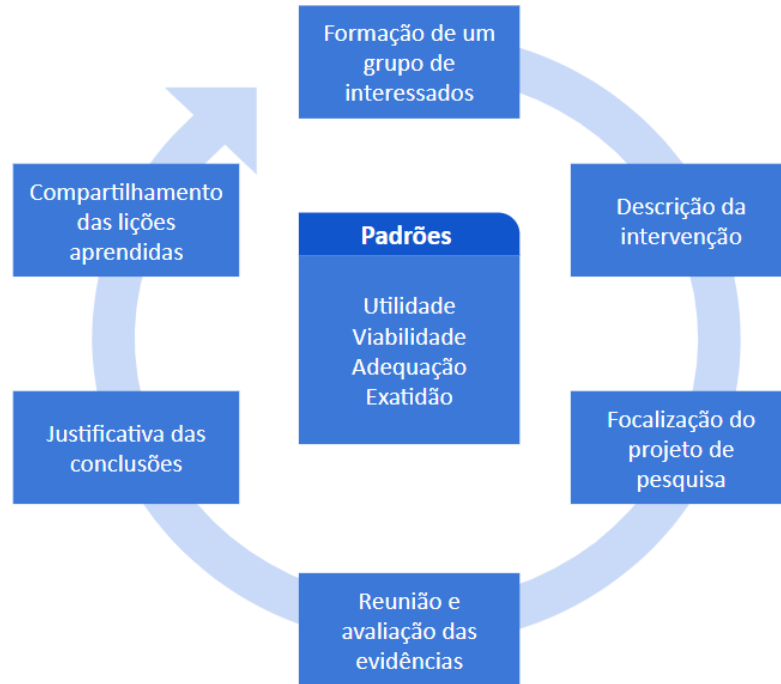
O modelo avaliativo proposto foi adaptado a partir do modelo avaliativo da atenção nutricional no contexto da APS, desenvolvido por Machado e Lacerda (2023). O referido modelo possui constructo elaborado e validado por especialistas da área de nutrição em saúde pública e de avaliação em saúde, coincidente ao marco referencial de APS da presente pesquisa.

Para a adaptação do modelo avaliativo é necessário considerar que a descrição da intervenção, a modelagem e a matriz avaliativa devem atender ao novo objeto avaliativo - **atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS**. Para tanto, foi desenvolvido um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, durante o período de agosto de 2020 a novembro de 2021. Foi utilizada a metodologia “*Framework para Avaliação de Programas em Saúde Pública*”, desenvolvida pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e publicada em 1999 (CDC, 1999).

A metodologia proposta pelo CDC prevê 6 etapas: i) Formação de um grupo de interessados; ii) Descrição da intervenção; iii) Focalização do Projeto de Avaliação; iv) Reunião e avaliação das evidências; v) Justificativa das conclusões; vi) Compartilhamento das

lições aprendidas. Além da descrição das etapas, o *Framework* estabelece padrões a serem seguidos para garantir a eficácia das pesquisas avaliativas, conforme demonstrado na figura 4.

Figura 4 - *Framework* para Avaliação de Programas em Saúde Pública



Fonte: Traduzido de CDC, 1999

4.3.1 Formação de um grupo de interessados

O processo de adaptação do modelo avaliativo contou com o envolvimento e ampla participação de um grupo de interessados, composto de professores e estudantes da área da saúde coletiva, incluindo nutricionistas, em nível de mestrado e doutorado, integrantes do NEPAS e da disciplina de Seminários de Avaliação em Saúde, ambos vinculados ao PPGSC da UFSC. Os encontros ocorreram de forma remota por webconferências, em função da pandemia de COVID-19. O projeto de pesquisa foi apresentado em etapas, no formato de seminários, iniciando com a apresentação do objeto a ser avaliado e a magnitude do problema a ser investigado.

As contribuições do grupo foram fundamentais para a construção das etapas iniciais do projeto de pesquisa, tais como: a pergunta de pesquisa, os objetivos, a metodologia e a elaboração da versão preliminar do modelo avaliativo.

4.3.2 Descrição da intervenção

A descrição da intervenção tem como intuito delimitar o escopo e os objetivos da intervenção que está sendo avaliada. A descrição deve ser suficientemente detalhada para garantir a compreensão das metas e estratégias da intervenção, facilitando a conexão entre os componentes e seus efeitos (CDC, 1999).

Nesta etapa, a análise dos documentos oficiais e a revisão de literatura possibilitaram ampliar a compreensão sobre o objeto, investigando os aspectos que descrevem a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. Foi possível identificar a finalidade, os objetivos, as diretrizes, as atividades e as responsabilidades previstas para a sua implantação; além da sua estrutura e contexto. No cenário brasileiro, a análise buscou identificar os documentos e normativas que orientam a atenção nutricional no âmbito da APS no SUS.

A análise documental incluiu materiais elaborados por órgãos nacionais e internacionais como OMS, ONU, sistemas de saúde de diferentes países e documentos do Ministério da Saúde brasileiro, sendo eles normas, portarias, diretrizes técnicas e legislações. A busca dos documentos foi realizada em páginas oficiais do governo federal brasileiro e também de órgãos internacionais, disponíveis na internet. O recorte temporal adotado foi da legislação de criação do SUS (1990) até o mês de novembro de 2021 e os termos utilizados na busca foram “obesidade” e “atenção nutricional na obesidade” ou termos equivalentes que contemplassem o tema da atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na APS.

Na revisão de literatura foram consultadas as bases eletrônicas Pubmed, Ebsco, Scopus, Web Of Science, LILACS. Os termos de busca utilizados foram “Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição” OR “Programas de Alimentação e Nutrição” OR “Ações de Alimentação e Nutrição” AND “Atenção Primária à Saúde” AND “Obesidade”. Para cada base de dados, os termos de busca foram ajustados, adicionados os sinônimos e seus correspondentes em inglês e espanhol.

As referências técnicas e normativas do Ministério da Saúde sobre o enfrentamento da obesidade foram organizadas em ordem cronológica, sendo indicados o título e a autoria dos documentos analisados (Quadro 8). Os artigos científicos são apresentados no capítulo dos resultados, no artigo 1 da tese.

Quadro 8 - Referências técnicas e normativas do Ministério da Saúde sobre o enfrentamento da obesidade no Sistema Único de Saúde utilizados para construção do modelo avaliativo

TÍTULO	ANO
Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Revisada em 2003 e 2013.	1999
Caderno de Atenção Básica nº 12 – Obesidade	2006
Decreto nº 6.286. Institui o Programa Saúde na Escola	2007
Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família	2008
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT entre 2011-2022	2011
Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas	2012
Portaria nº 2.681. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS	2013
Portaria nº 424. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da RAS com Doenças Crônicas	2013
Portaria nº 425. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade	2013
Cadernos da Atenção Básica nº 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade	2014
Caderno de Atenção Básica nº 39 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família	2014
Marco de referência para a Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica	2015
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030	2021
Material teórico para suporte ao manejo da obesidade no Sistema Único de Saúde	2021
Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS	2021

Fonte: Elaborado pela autora

4.3.2.1 Elaboração do Modelo Teórico e Modelo Lógico

Com base na análise documental e na revisão de literatura foi realizada a elaboração de versões preliminares de adaptação do Modelo Teórico e do Modelo Lógico, a partir do modelo avaliativo da atenção nutricional no contexto da APS proposto por Machado e Lacerda (2023).

O processo de modelagem consiste em elaborar um diagrama, fluxograma ou figura esquemática representativa do objeto avaliado no contexto onde este se insere e esclarecer os vínculos estabelecidos (Champagne *et al.*, 2011; Medina *et al.*, 2005). A construção do modelo avaliativo torna-se uma etapa essencial para que sejam feitas as perguntas certas, para que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e, assim, a avaliação possa auxiliar na tomada de decisão (Brousselle *et al.*, 2011).

O Modelo Teórico (MT) consiste em uma representação conceitual do objeto avaliativo e apresenta as bases teóricas que sustentam a intervenção (Medina *et al.*, 2005). O MT tem como foco representar como o programa deve funcionar para alcançar seus objetivos, identificando fatores de contexto que interferem no funcionamento, bem como as relações entre contexto, ações e resultados e a racionalidade que orienta o programa (Thurston; Ramaliu, 2005).

O Modelo Lógico (ML) revela a lógica de implantação e de funcionamento do programa, com seus componentes, recursos necessários, atividades planejadas e os resultados que a intervenção se propõe a alcançar; e as relações que o envolvem (Hartz; Vieira Da Silva, 2005). A elaboração do ML busca identificar os recursos, as atividades, os objetivos, os produtos e os resultados esperados (parciais e finais) e compreender os papéis de cada componente do programa, seus efeitos e suas conexões (Thurston; Ramaliu, 2005).

4.3.3 Focalização do Projeto de Avaliação

De acordo com o *Framework* proposto pelo CDC, o sucesso do projeto de avaliação exige um planejamento antecipado sobre as direções que a avaliação pode tomar e quais etapas serão realizadas. Esse processo é contínuo, até o consenso entre as partes interessadas de que a avaliação será útil, viável, ética e precisa. Nesta etapa são determinados o propósito e a intencionalidade da avaliação (CDC, 1999).

Durante os encontros com o grupo de interessados, foram esclarecidos o objeto avaliativo, bem como o propósito da avaliação. Foram definidos os usuários da avaliação, ou seja, as pessoas específicas que receberão os resultados da avaliação e como esses resultados serão aplicados, a fim de orientar o plano para atender às necessidades destes atores.

Também foi definida a pergunta avaliativa, a qual serviu de orientação durante todo o processo de elaboração do Modelo Avaliativo. Tratando-se de uma adaptação de um modelo avaliativo já validado (Machado; Lacerda, 2023), esta etapa foi fundamental para definir a

metodologia empregada na escolha das unidades de análise, na coleta e análise de dados, na interpretação e no julgamento dos resultados.

4.3.4 Reunião e avaliação das evidências

O objetivo da reunião e avaliação das evidências é compilar informações que as partes interessadas percebem como confiáveis e relevantes para responder à pergunta avaliativa. Essa etapa pode incluir uma mistura de métodos experimental ou observacional, qualitativo ou quantitativo. Além de orientar a seleção e a coleta de informações válidas, confiáveis, de forma sistemática que é a base de qualquer avaliação (CDC, 1999).

Para tanto, foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), composta de dimensões, subdimensões e indicadores, acrescida das respectivas medidas e parâmetros e fontes de informação, utilizados para emitir o juízo de valor. Todos os itens da matriz foram justificados por meio de *rationales* baseados nas melhores evidências científicas.

4.3.4.1 Validação do Modelo Avaliativo

O modelo avaliativo composto pelo MT, ML e pela MAJ foi validado utilizando a técnica Conferência de Consenso, realizada totalmente à distância. A conferência de consenso é uma técnica mista com preenchimento de instrumentos de forma individual e discussão em grupo. Concilia a possibilidade de discussão aberta e a preservação do anonimato e permite uma logística viável (Souza; Vieira Da Silva; Hartz; Silva, 2005).

Foram convidados a participar do consenso especialistas da área saúde, alimentação e nutrição (n=7), e avaliação de políticas públicas (n=5); selecionados pela expertise na área, reconhecida atuação e análise do currículo lattes. Buscou-se preservar a representatividade entre membros da gestão, assistência e academia.

O convite foi enviado via e-mail, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Dos 12 especialistas convidados, todos aceitaram participar, porém um deles não concluiu a sua participação em todas as etapas, totalizando 11 participantes. A conferência de consenso foi realizada entre os meses de maio e julho de 2021.

O modelo avaliativo foi disponibilizado por meio da plataforma *SurveyMonkey*®, por meio da qual os especialistas foram convidados a emitir sua concordância plena, parcial ou discordância sobre todos os itens do modelo (total de 107 itens), num prazo de 30 dias. Nos

casos de concordância parcial e/ou discordância foi solicitada justificativa e/ou contribuição para alteração.

As contribuições foram analisadas e compiladas informando para cada item: o percentual de concordância, a análise e as sugestões dos especialistas, a resposta das pesquisadoras e, na sequência, a proposta de alteração do texto ou a justificativa, em caso de proposição da manutenção do texto anterior.

Os itens seriam considerados ‘aprovados’ – quando obtivessem mais de 90% de concordância plena/parcial. Para os demais casos, os itens seriam remetidos para nova rodada até obter consenso final. Todos os itens obtiveram mais de 90% de concordância plena/parcial e as sugestões consensuais foram incluídas integralmente, descartando nova rodada de consenso. A compilação foi encaminhada aos especialistas para ciência e será apresentada no artigo 3 dos resultados. O modelo avaliativo com o detalhamento da matriz encontra-se no Apêndice C da tese.

4.3.5 Justificativa das conclusões

As conclusões são justificadas quando estão relacionadas às evidências científicas coletadas e consistentes com os valores acordados entre as partes interessadas. Envolve o esclarecimento de valores, qualitativos e quantitativos, análise e síntese de dados, interpretação sistemática e comparação apropriada com os padrões relevantes para julgamento (CDC, 1999).

A partir da validação da MAJ, na qual foram descritos os *rationales* para cada dimensão, subdimensão e indicador, foi possível fazer a análise descritiva de cada item do modelo avaliativo, uma síntese dos resultados obtidos e emissão do juízo de valor final. Os parâmetros para emissão de juízo de valor foram definidos a partir do modelo proposto por Machado e Lacerda (2023), das evidências científicas e aspectos normativos; além de acordos firmados entre o grupo de interessados.

4.3.6 Compartilhamento das lições aprendidas

O compartilhamento das lições aprendidas garante que a avaliação atinja seu objetivo principal, que é ser útil. O modelo avaliativo proposto foi construído para servir de instrumento de avaliação a nível municipal, baseado em um modelo considerado ideal da

atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, no âmbito da APS. Poderá servir de subsídio para análises situacionais e tomada de decisão dos gestores de saúde municipais.

A partir da definição do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade nos municípios, será possível associá-lo com o contexto onde cada município está inserido, contribuindo assim, para a formulação de políticas e protocolos de cuidado.

Durante todo o processo de elaboração deste Modelo Avaliativo, houve preocupação com a clareza do relatório, comprometimento com a divulgação dos resultados às partes interessadas e a anuência de todos os participantes.

4.4 AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM SANTA CATARINA

Para determinar o grau de implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade em Santa Catarina, foi aplicado o modelo avaliativo proposto na etapa anterior.

Foram utilizados dados provenientes das seguintes fontes: i) Projeto conduzido pela CGAN/CNPq sobre o “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com obesidade na APS”; ii) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e; iii) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No CNES foram coletadas as informações de número de UBS por município e no IBGE foi consultada a população dos municípios, tendo como referência, o ano de 2020.

O “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS”, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde por meio da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) em 2019/2020 e destinado às equipes que atuam na APS nos municípios brasileiros. Este instrumento faz parte da CHAMADA CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 (Anexo A) e coletou informações e subsídios para que o MS possa apoiar e qualificar a gestão municipal nessa temática do enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

O instrumento foi dividido em dois componentes: Componente I) *Gestão das ações de alimentação e nutrição* no âmbito do setor saúde municipal, respondido por um gestor de saúde do município; Componente II) *Organização, gestão e o cuidado nutricional* ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, respondido por um profissional de saúde atuante da APS. Para a aplicação deste questionário, os municípios foram estratificados de acordo com o porte populacional e a distribuição por estado, sendo: porte A: capitais brasileiras;

porte B: municípios acima de 150 mil habitantes; porte C: municípios entre 30 e 150 mil habitantes; e porte D: municípios abaixo de 30 mil habitantes.

Foi calculada uma amostra probabilística de UBS por estado, assumindo um erro de 5% e nível de significância de 95%. A distribuição da amostra seguiu a proporcionalidade de distribuição das UBS por estrato, e a seleção foi aleatória. A amostra incluiu 759 UBS de 253 municípios catarinenses, 85,7% do total. O quadro 9 apresenta a distribuição das UBS em Santa Catarina segundo estrato populacional, amostra e participação na pesquisa.

Quadro 9 - Distribuição das UBS em Santa Catarina segundo estrato populacional, amostra e participação na pesquisa

ESTRATO	EXISTENTE	AMOSTRA	PARTICIPANTES
Porte A	45	45	37
Porte B	401	184	170
Porte C	555	238	202
Porte D	895	292	222
TOTAL	1896	759	631

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Adotou-se como unidade de análise, as UBS localizadas em municípios de Santa Catarina que participaram do “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS”, e que responderam os dois componentes do instrumento citados anteriormente.

4.4.1 Análise do Grau de Implantação

Os dados foram tabulados no software *Microsoft Office Excel®* (*Microsoft Corp.*, Estados Unidos) e foi utilizada análise descritiva, conforme os parâmetros para emissão de juízo de valor definidos com base no conhecimento científico, contribuições dos especialistas na etapa de adaptação do modelo avaliativo de Machado e Lacerda (2023) e padrões determinados de forma normativa ou empírica. O Juízo de valor para as medidas foi definido com base no cumprimento ou não dos itens estabelecidos como necessários e importantes, adotando a classificação dicotômica “bom” e “ruim”.

Os indicadores compostos por duas medidas foram considerados “bom” ou “ruim” quando houve coincidência das classificações e “regular” quando as mesmas foram

discordantes. Os indicadores com apenas uma medida tiveram classificação dicotômica, sendo “bom” para sim e “ruim” para não. Nas demais situações, os indicadores foram analisados conforme a Matriz de Análise e Julgamento representada no artigo 3 da tese. No indicador “suficiência de pessoal na APS”, foi considerado “bom” quando a UBS estava localizada em município com cobertura de ESF maior ou igual a 80% e “ruim” nas demais situações.

Para a análise das subdimensões, dimensões e grau de implantação atribuiu-se aos indicadores os seguintes escores: 10 (dez) para a classificação “bom”; 5 (cinco) para “regular”; 0 (zero) para “ruim”. Tais escores possibilitaram o julgamento dos componentes da matriz de análise e do grau de implantação com base no somatório dos seus elementos. O julgamento considerou o percentual da pontuação obtida pelo somatório de escores, comparado à pontuação máxima esperada, utilizando a fórmula $JV = (\sum PO / \sum PM) \times 100$. Dessa forma, considerou-se “bom” quando a pontuação obtida correspondeu a 75% ou mais do esperado; “regular” quando ficou entre 74,9% e 60%; ruim quando foi menor que 60% (quadro 2). Foi atribuído o dobro do peso para a dimensão assistencial, devido a sua relevância na implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS.

Para a classificação do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento na APS adotou-se os critérios de acordo com a porcentagem do resultado esperado, sendo: 75% ou mais – **avançado**; entre 74,9% e 60% - **intermediário**; menor que 60% - **incipiente**.

4.4.2 Análise do contexto

Após a determinação do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, foi realizada a análise da associação entre o grau de implantação e variáveis de contexto. As variáveis que compuseram as características de contexto foram:

- Macrorregião de Saúde de Santa Catarina: Foz do Rio Itajaí; Grande Florianópolis; Grande Oeste; Meio Oeste e Serra; Planalto Norte e Nordeste; Sul; Vale do Itajaí;
- Porte Populacional Municipal: porte A: capital do estado; porte B: municípios acima de 150 mil habitantes; porte C: municípios entre 30 e 150 mil habitantes; e porte D: municípios abaixo de 30 mil habitantes;
- Cobertura de ESF: Abaixo de 80%; Igual ou superior a 80%.

Os critérios utilizados para a escolha destas variáveis foram: a) disponibilidade dos dados públicos; e b) não fazer parte dos questionários utilizados durante o projeto conduzido

pela CGAN/CNPq sobre o “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com obesidade na APS”.

As variáveis do estudo foram consolidadas em banco de dados único utilizando-se o software Microsoft Office Excel® (Microsoft Corp., Estados Unidos) e posteriormente o Stata® 13.0 (StataCorp, CollegeStation, Estados Unidos) para as análises de associação. Foram utilizados o teste Qui quadrado de Pearson e exato de Fisher para verificar associação com a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. O desfecho foi dicotomizado em “implantado (1) e não implantado (0)” para o teste de associação com variáveis independentes.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. A submissão ao CEPSH foi realizada em duas etapas: 1) Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, o qual foi aprovado sob o número de parecer 3.822.183 (Anexo B); e 2) Modelo Avaliativo, aprovado com o número do parecer: 4.451.510 (Anexo C).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndices B e E, um para cada etapa da pesquisa) antes da aplicação dos instrumentos, o qual descreveu os objetivos da pesquisa e esclareceu aos participantes sobre sua atuação no estudo. Foi respeitada a autonomia e a garantia do anonimato dos participantes, assegurando sua privacidade quanto a dados confidenciais, como rege a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados no formato de artigos científicos, conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC/UFSC).

O primeiro artigo intitulado “Intervenções das equipes da Atenção Primária em Saúde com foco na obesidade: análise crítica a partir de uma Scoping Review” será submetido ao periódico Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento (RBONE), Qualis B1 para a área de Saúde Coletiva.

O segundo artigo intitulado “Atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde: uma proposta de modelo avaliativo” apresenta uma proposta de modelo avaliativo da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. Será submetido ao periódico Saúde em Debate, Qualis A4 para a área de Saúde Coletiva.

O terceiro artigo “Avaliação da Atenção Nutricional para o Enfrentamento da obesidade em Santa Catarina” apresenta a avaliação do grau de implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina e a análise dos aspectos de contexto. Este será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública, Qualis A1 para a área de Saúde Coletiva.

A formatação dos artigos seguiu as diretrizes dos periódicos indicados e encontram-se disponíveis no anexo D da tese.

Artigo 1
Intervenções das equipes da Atenção Primária em Saúde com foco na
obesidade: análise crítica a partir de uma Scoping Review

Rafaela Souza; UFSC, Florianópolis, Santa Catarina

Patrícia Maria de Oliveira Machado; UFSC, Florianópolis, Santa Catarina

Josimari Telino de Lacerda; UFSC, Florianópolis, Santa Catarina

Rosana Mara da Silva; UFSC, Florianópolis, Santa Catarina

Joel Carlos Valcanaia Ferreira; UFSC, Florianópolis, Santa Catarina

Vanessa Fernandes Davies; UFSC, Florianópolis, Santa Catarina

Daniela Alba Nickel; UFSC, Florianópolis, Santa Catarina

Resumo: A obesidade é considerada um grave problema de saúde pública mundial, com impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e nos sistemas de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se essencial para enfrentar o problema da obesidade, pois oferta o cuidado integral ao indivíduo e está localizada no território onde as pessoas vivem e trabalham, possibilitando a criação de vínculos com a população. O presente scoping review apresenta uma análise crítica das intervenções de alimentação e nutrição relacionadas ao enfrentamento da obesidade na APS. Baseou-se nas recomendações da Prisma Extension for Scoping Reviews (PRISMA-SCR), bem como na estrutura proposta por Arksey e O'Malley. Os resultados mostraram lacunas importantes relacionadas às intervenções, tais como: o pequeno número de intervenções que abordam a população masculina; a falta de práticas sustentáveis que considerem as necessidades individuais e os aspectos simbólicos, sociais e culturais do ato de comer; e a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que sejam compatíveis com as necessidades dos pacientes, dos profissionais de saúde e da estrutura da APS.

Palavras-chave: Obesidade; Atenção Primária à Saúde; Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação.

Title: A critical analysis of interventions conducted in Primary Health Care to address obesity based on a Scoping Review

Abstract: Obesity is considered a serious global public health issue, with a negative impact on individuals' quality of life and healthcare systems. Primary Health Care (PHC) is crucial in addressing the issues of overweight and obesity, as it provides comprehensive care to individuals with these conditions and is situated in the communities where people live and work, allowing for the establishment of strong connections with the population. The objective of this scoping review was to present a critical analysis of food and nutrition interventions related to addressing obesity in PHC. It was based on the recommendations of the Prisma Extension for Scoping Reviews (PRISMA-SCR) and followed the structure proposed by Arksey and O'Malley. The results revealed significant gaps in interventions, such as the limited number of interventions targeting the male population, the lack of sustainable practices considering individual needs and the symbolic, social, and cultural aspects of eating, and the necessity for research that aligns with the needs of patients, healthcare professionals, and the structure of PHC.

Key words: Overweight; Obesity; Primary Health Care; Nutrition Programs and policies

Introdução

A obesidade é considerada um problema de saúde pública devido a sua magnitude, atingindo todas as faixas etárias e estratos sociais, sobrecarregando os sistemas de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento (NCD-RisC, 2017; WHO, 2018). Dados apontam que o sobrepeso e a obesidade quase triplicaram nas últimas décadas, atingindo 1,9 bilhão de pessoas em todo o mundo, sendo que mais de 70% destes vivem em países de renda baixa ou média (NCD-RisC, 2017; WBG, 2020).

A obesidade é uma condição complexa e multifatorial, com dimensões biológicas, ambientais, sociais e psicológicas. É considerada uma doença em que a gordura corporal excessiva é prejudicial à saúde, aumentando o risco para outras doenças a longo prazo e diminuindo a expectativa de vida (Campbell-Scherer Colaboradores, 2020; Hawkes e colaboradores, 2020). Dentre os agravos relacionados à obesidade, destacam-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como diabetes, cardiopatias e diversos tipos de câncer (Carlucci e colaboradores, 2013; Gomes e Accardo, 2019; Rezende e colaboradores, 2018; Pergola e Silvestris, 2013).

Em virtude dos diversos fatores que interagem para o desenvolvimento da obesidade, as intervenções de alimentação e nutrição desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) têm papel fundamental. Este é o espaço preferencial para o desenvolvimento de ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde, prevenção e tratamento da obesidade, além do potencial para organizar uma atenção integral ao usuário com excesso de peso e suas comorbidades (Brasil, 2014a; Canuto e colaboradores, 2020; Hill e Wyatt, 2002; Kahan, 2018).

A prevenção e o cuidado ao indivíduo com obesidade na APS perpassam a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional, incluindo o monitoramento e o

diagnóstico nutricional; as ações de estímulo à alimentação saudável e atividade física ou práticas corporais; o cuidado multidisciplinar; o estabelecimento de metas segundo o estado de motivação dos indivíduos para mudança de comportamento; e o acompanhamento regular, tanto individual quanto em grupo (Brasil, 2014b; Burlandy e colaboradores, 2020; Canuto e colaboradores, 2020; Jaime e colaboradores, 2011).

Os gestores de saúde têm a responsabilidade de implementar, monitorar e avaliar políticas de alimentação e nutrição, reduzindo a influência de ambientes obesogênicos e aprimorando a rede de cuidado aos pacientes com obesidade. É necessária a articulação política em todos os níveis governamentais, adotando medidas intersetoriais para melhorar o cenário epidemiológico atual (Bowen e colaboradores, 2018; Campbell-Scherer e colaboradores, 2020).

A alta prevalência de obesidade no Brasil e no mundo, os diversos fatores intrínsecos ao desenvolvimento deste agravo e o potencial das ações de alimentação e nutrição realizadas no âmbito da APS, motivaram a presente pesquisa. Ao identificar as diversas ações realizadas em todo o mundo, pode-se contribuir com: (i) produção de reflexões sobre a adoção de estratégias adaptadas a contextos geográficos e culturais variados; e (ii) estímulo à superação dos obstáculos existentes e comuns em diferentes locais.

O presente estudo buscou analisar as intervenções de alimentação e nutrição relacionadas ao enfrentamento da obesidade na APS presentes na literatura científica, a partir da condução de um scoping review.

Método

Este estudo foi desenvolvido de acordo com as recomendações do Prisma Extension For Scoping Reviews - PRISMA –Scr (Tricco e colaboradores, 2018) e do

framework proposto por Arksey and O'Malley (Arksey e O'Malley, 2005). O protocolo desta revisão de escopo está publicado em periódico científico e foi seguido na íntegra (Souza e colaboradores, 2020).

Identificação da pergunta de pesquisa

Os autores do artigo fazem parte de uma equipe multidisciplinar de pesquisadores, alunos de pós-graduação e professores da área de avaliação de políticas e programa de saúde, responsável pela condução deste estudo. O grupo definiu o objetivo e as perguntas de pesquisa, seguido de um estudo piloto em duas bases de dados (*Web of Science* e *Lilacs*), o qual demonstrou muitas variações entre os achados. Definiu-se que os pesquisadores responsáveis pela busca possuísem backgrounds diferentes da área da saúde, incluindo um da área da nutrição.

Foram realizados ajustes nas perguntas de pesquisa e inclusão de sub-perguntas. Também foi conduzido um alinhamento conceitual sobre quais seriam as ações realizadas na APS para o enfrentamento da obesidade, sendo consideradas ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde e prevenção e tratamento da obesidade e suas comorbidades como: o monitoramento e o diagnóstico nutricional; as ações de promoção da saúde, como alimentação saudável e atividade física ou práticas corporais; o acompanhamento interdisciplinar e regular, tanto individual quanto em grupos e atividades intersetoriais. Um segundo estudo piloto nas mesmas bases de busca foi conduzido.

Com base no título e resumo, os artigos selecionados foram categorizados em três grupos: artigos selecionados, artigos que possivelmente seriam selecionados e artigos eliminados. Na sequência foi realizada a comparação dos achados entre dois pesquisadores, e um terceiro nas situações de discordância. Os

resultados do segundo estudo piloto demonstraram a aplicabilidade das sub-perguntas para categorizar os artigos selecionados, complementando assim a pergunta de pesquisa principal deste Scoping Review:

- Quais são as intervenções de alimentação e nutrição realizadas na atenção primária em saúde para enfrentar o sobrepeso e obesidade?

- Quais são as facilidades e dificuldades encontradas para a realização das intervenções?

- Quais as aplicabilidades para a rotina dos serviços da atenção primária em saúde, em relação às intervenções realizadas?

Crêterios de elegibilidade

Os critérios de inclusão utilizados foram: (i) estudos que apresentaram a es de enfrentamento do sobrepeso e da obesidade realizadas na Aten o Primária em Saúde com usuários de todas as faixas etárias; (ii) a es realizadas por profissionais de saúde que trabalham na APS ou por equipe de pesquisadores de Centros de Pesquisa e/ou Universidades, desde que tenham sido aplicadas no ambiente da APS; (iii) artigos originais; (iv) publicados durante o período de 2014 a 2019; (v) publicados na língua inglesa.

Foram excluídos artigos de revisão sistemática, meta-análise, scoping review, mapa de evidência, revisão de literatura, síntese de evidência, revisão narrativa, além de teses e disserta es, resumos, editoriais e artigos indisponíveis online na íntegra, mesmo após contato com autor. Também foram excluídos artigos originais que abordavam interven es realizadas em ambientes de Centros de Pesquisa ou Universidades, mesmo que os usuários fossem recrutados na APS.

Fontes de informa o e Termos de busca

As bases de dados selecionadas foram: Pubmed, Ebsco, Scopus, Web Of Science. Para elaboração das estratégias de busca foram utilizados termos apropriados, considerando os Medical Subject Headings (MeSH terms) e palavras-chave. Para cada base de dados foram realizadas adaptações apropriadas nas estratégias de busca, de acordo com as especificidades de cada banco de dados.

Seleção do Estudo

O processo de seleção dos estudos foi realizado em duas etapas sequenciais. Na primeira etapa foi realizado um levantamento dos artigos nas bases de dados por dois pesquisadores de forma independente, utilizando as estratégias de busca. A partir da leitura do título e resumo dos artigos obtidos na busca, considerando os critérios de inclusão, perguntas e objetivo da pesquisa, cada pesquisador selecionou os artigos que seguiriam para a próxima etapa. Na sequência, os pesquisadores reuniram-se para comparar os achados. Os casos de discordância, indisponibilidade do resumo ou falta de informações suficientes para decisão, foram mantidos e levados para a próxima etapa da seleção. Cada base foi analisada separadamente.

Na etapa seguinte, os dois pesquisadores fizeram a leitura dos artigos na íntegra, de forma independente. Após a decisão sobre a inclusão ou exclusão dos artigos, os resultados foram novamente confrontados. As discordâncias foram resolvidas primeiramente por discussão e um terceiro pesquisador foi consultado para decisão final.

Processo de extração dos dados

O processo de extração de informações identificou as perguntas de pesquisa e objetivo do estudo. Os dados foram organizados em tabela com os seguintes itens:

Autor(s); título; revista; ano da publicação; país de origem do estudo; objetivo do estudo; descrição da população (estado nutricional, idade, gênero, morbidades), tamanho da amostra, tipo de estudo; tipo da intervenção, frequência de acompanhamento, responsável pela condução, duração da intervenção; facilitadores da intervenção, barreiras encontradas na realização da intervenção e aplicabilidade na atenção primária.

O número total de artigos selecionados foi dividido entre os dois pesquisadores que realizaram a extração dos dados. Para verificar a consistência do processo de extração, procedeu-se a comparação dos dados, após a leitura de 10% dos artigos totais selecionados. Nesta etapa, os dois pesquisadores compararam os dados extraídos para a tabela e as discordâncias foram discutidas para alcançar um consenso. O terceiro pesquisador revisou os dissensos e revisou o preenchimento da tabela, fazendo ajustes quando necessário.

Análise e apresentação dos resultados

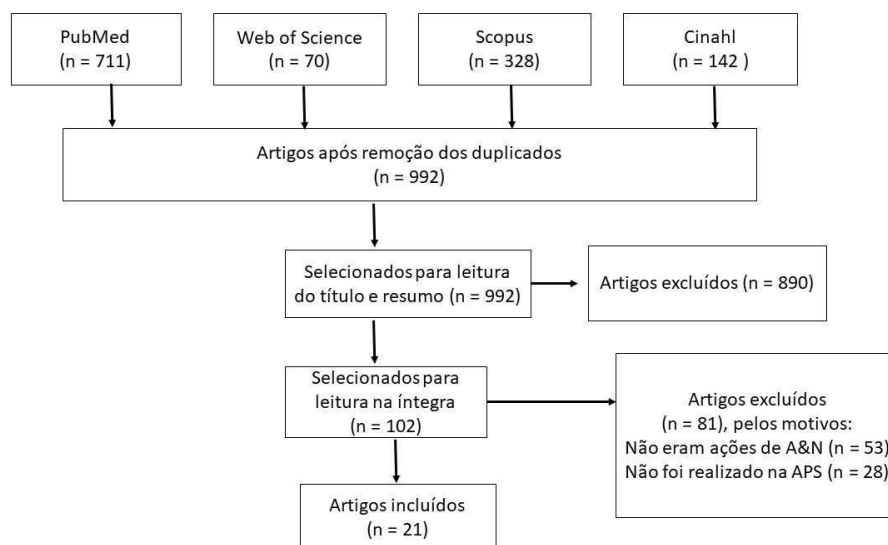
Os resultados foram analisados de forma qualitativa, utilizando a técnica de matriz temática de Ritchie e colaboradores, (2003) a partir das seguintes etapas: intensa leitura e releitura dos artigos para familiarização dos dados; identificação dos temas para a organização dos dados; indexação dos temas nos artigos; compilação dos dados em uma matriz temática.

Cabe ressaltar que os temas foram criados de forma dedutiva a partir das perguntas deste scoping review. O software NVivo V.12 foi utilizado para facilitar a extração e organização dos dados (QSR International, 2012).

Resultados

A procura inicial nas bases escolhidas originou um total de 1.251 artigos. Após a exclusão dos artigos repetidos (n=259), restaram 992 estudos para leitura de títulos e resumos. Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, 102 estudos foram selecionados para leitura na íntegra. Os principais motivos de exclusão nesta etapa foram por não apresentarem intervenções voltadas para a obesidade. Em muitos estudos a obesidade era abordada como foco secundário a outras doenças crônicas, como diabetes, por exemplo. Na sequência, 81 foram excluídos: 53 por não apresentarem ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade na APS e 28 por não terem sido realizados na APS; restando 21 artigos para compor este scoping review, conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 – Esquematisação da seleção dos estudos



Fonte: dados da pesquisa

A descrição geral dos artigos selecionados na scoping review está apresentada no quadro 1, com codificação numérica (Códs. 1-21) que será utilizada na apresentação dos estudos ao longo do artigo. A maioria dos estudos (n=13) selecionados foram do tipo randomizados com a presença de um ou mais grupos alocados para intervenção e outro grupo controle (Códs. 1, 4-7, 9-11, 13, 16, 18, 20, 21); quatro estudos foram do tipo prospectivo (Códs. 2, 3, 8, 15), dois estudos retrospectivos (Códs. 12, 17), um estudo de intervenção não randomizado (Cod 14), e uma pesquisa do tipo intervenção (Cod 19).

Os locais de condução dos estudos, por ordem decrescente foram: Estados Unidos (Códs. 3, 4, 9, 16, 18, 20), Brasil (Códs. 1, 2, 13, 14, 19), Holanda (Códs. 15, 21); Reino Unido (Cod 8), Suécia (Cod 10), Emirados Árabes (Cod 7), Nova Zelândia (Cod 6), México (Cod 11), França (Cod 12), Áustria (Cod 17), e Espanha (Cod 5).

Em relação aos participantes, a maioria das intervenções apresentou como população alvomulheres adultas, sendo que o número de participantes variou de n=27 a n=14.256.

Quadro 1 – Descrição geral dos artigos selecionados na scoping review

Cód	Autores	Ano	País	Periódico	Título	Tipo de estudo	Participantes
1	Meurer e colaboradores	2019	Brasil	Health Education & Behavior	Effectiveness of the VAMOS Strategy for Increasing Physical Activity and Healthy Dietary Habits: A Randomized Controlled Community Trial	ECR	291 pessoas, 135 no grupo de intervenção, 92,6% mulheres; média de idade 62 anos (55-68); IMC (Kg/m ²) 28,7 (±5,5). Presença de comorbidades: hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes
2	Bernardes; Marín-Léon	2018	Brasil	Revista De Nutrição	Group-based food and nutritional education for the treatment of obesity in adult women using the family health strategy	Estudo de intervenção quase-experimental	172 mulheres, sendo 87 no grupo de intervenção; média de idade 46,6 (±13); IMC (Kg/m ²) 46,6 (±13). Presença de comorbidades: hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes
3	Chad-Friedman e colaboradores	2018	EUA	Global Advances in Health and Medicine	Total Lifestyle Coaching: A Pilot Study Evaluating the Effectiveness of a Mind-Body and Nutrition Telephone Coaching Program for Obese Adults at a Community Health Center	Estudo prospectivo (pré e pós intervenção)	27 participantes, 85% mulheres, média de idade 55 (±12); IMC (Kg/m ²) 36,5 (±5.2)
4	Kumanyika e colaboradores	2018	EUA	Obesity	Two-Year Results of Think Health! ¡Vive Saludable!: A Primary Care Weight-Management Trial	ECR	261 participantes, 84,4% mulheres; faixa etária <35 16.4%, 35-44 21.4%, 45-54 32.6%, ≤55 29.6%; média de peso 107 kg. Presença de comorbidades: hipertensão arterial e diabetes

Cód	Autores	Ano	País	Periódico	Título	Tipo de estudo	Participantes
5	Tarraga Marcos e colaboradores	2017	Espanha	Eupean Research in Telemedicine	Application of telemedicine in obesity management	ECR	120 participantes, 52% mulheres, 61 pessoas no grupo de intervenção, média de idade: 49,7 (\pm 6,4). IMC (Kg/m ²) 30,8 (\pm 3,6)
6	Sellman e colaboradores	2017	Nova Zelândia	New Zealand Medical Association	Psychosocial enhancement of the Green Prescription for obesity recovery: a randomised controlled trial	ECR	108 participantes, 84% mulheres. 54 em cada grupo de intervenção, média de idade: 43,7; IMC (Kg/m ²) 40,9
7	Alghamdi	2017	Arabia Saudita	Saudi Medical Journal	A randomized controlled trial of a 12-week intensive lifestyle intervention program at a primary care obesity clinic for adults in western Saudi Arabia	ECR	140 participantes, 70 no grupo de intervenção, metade homens e mulheres; média de idade 37,19 anos (\pm 10,73); IMC (Kg/m ²) 39.62(\pm 6,82)
8	Birnie e colaboradores	2016	Reino Unido	BMC research Notes	An evaluation of a multi-component adult weight management on referral intervention in a community setting	Estudo do tipo avaliação antes e depois	163 participantes, 88% do sexo feminino; média de idade 53 anos; 7% com IMC (Kg/m ²) 25–29,9; 37% com IMC (Kg/m ²) 30–34,9; 31% com IMC (Kg/m ²) 35–39,9 e 25% com IMC (Kg/m ²) igual ou > 40

Cód	Autores	Ano	País	Periódico	Título	Tipo de estudo	Participantes
9	Eaton e colaboradores	2016	EUA	Annals of Family Medicine	A randomized clinical trial of a tailored lifestyle intervention for obese, sedentary, primary care patients	ECR	200 pessoas; 79% mulheres; média de idade 48,6 anos; IMC (Kg/m ²) 37,8 kg/m ² . Presença de comorbidades: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias
10	Huseinovic e colaboradores	2016	Suécia	The American Journal of Clinical Nutrition	Effectiveness of a weight loss intervention in postpartum women: results from a randomized controlled trial in primary health care	ECR	110 mulheres em período pós-parto (10 ± 2 semanas (média ± DP)), 54 no grupo de intervenção; média de idade 31,8 (±4,5); IMC médio pré-gravidez (Kg/m ²) 27,4 (25,4- 32,3); ganho de peso gestacional médio de 18,2 ±6,9
11	Guirado e colaboradores	2015	México	Nutrición Hospitalaria	Obesity management in the primary care setting by an intensive lifestyle intervention	Estudo de intervenção randomizado controlado	42 pessoas, 21 no grupo de intervenção, 17 mulheres; média de idade 39,0 (± 9,22); IMC (Kg/m ²) 34,2 (±2,94)
12	Lenoir e colaboradores	2015	França	Obesity	Primary care weight loss maintenance with behavioral nutrition: An observational study	Estudo retrospectivo	14.256 pacientes, 84,6% eram mulheres; 13,3% entre 18-30 anos; 23% entre 31-40 anos; 24,4% entre 41-50 anos e 37,23% idade entre 51-65 anos; 50% com sobrepeso; 31% Obesidade Grau I; 13% obesidade Grau II; 6,2% obesidade Grau III

Cód	Autores	Ano	País	Periódico	Título	Tipo de estudo	Participantes
13	de Menezes e colaboradores	2015	Brasil	Eating Behaviors	Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements - a randomized controlled trial	ECR	71 participantes, 40 do grupo de intervenção, média de idade 55,9 anos ($\pm 9,7$); IMC (Kg/m^2) 28.1 (± 4.0)
14	De Deus e colaboradores	2015	Brasil	Ciência e Saúde Coletiva	The impact of a nutritional intervention on the nutritional status and anthropometric profile of participants in the health gym programme in Brazil	Estudo de intervenção não randomizado	124 mulheres, média de idade 51,3 ($\pm 10,9$); IMC (Kg/m^2) 30,2 ($\pm 6,2$). Presença de comorbidades: hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes
15	Schutte e colaboradores	2015	Holanda	BioMed Research International	One-Year Results of the BeweegKuur Lifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings	Pré e pós intervenção	517 participantes, 59,2% mulheres; média de idade 58 anos; IMC (Kg/m^2) 33,0 (32,5; 33,5). Presença de comorbidades: hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes, doenças cardiovasculares, osteoartrite e apneia do sono
16	Barnes e colaboradores	2014	EUA	Obesity	A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care	ECR	89 adultos; 76,4% eram mulheres, 30 pessoas (MIC) e 29 (NPC) e 30 cuidado usual; média de idade 47,07 ($\pm 9,97$) (MIC) e 48,93 ($\pm 11,59$), IMC (Kg/m^2) 34,65 ($\pm 7,06$) (MIC) e 35,07 ($\pm 7,52$) (NPC)

Cód	Autores	Ano	País	Periódico	Título	Tipo de estudo	Participantes
17	Kruschitz e colaboradores	2014	Áustria	Wiener Klinische Wochenschrift	Evaluation of a mealreplacement-based weight management program in primary care settings according to the actualEuropean Clinical PracticeGuidelines for the Management of Obesity in Adults	Estudo retrospectivo	1167 participantes; 979 mulheres; média de idade 46,9 ($\pm 13,4$); IMC (Kg/m^2) 33,1 $\pm 6,1$
18	Lowe e colaboradores	2014	EUA	Obesity	Mealreplacements, reducedenergydensity eating, andweightlossmaintenance in primary care patients: a randomizedcontrolledtrial	ECR	238 participantes; 86,5 % mulheres; média de idade de 48,3 anos ($\pm 11,4$); IMC (Kg/m^2) 38,2 ($\pm 6,1$)
19	Ferreira e colaboradores	2014	Brasil	Revista De Nutrição	Effectiveness of nutritional intervention in overweight women in Primary Health Care	Pesquisa intervenção	167 mulheres; média de idade 52,5 anos ($\pm 10,7$); IMC (Kg/m^2) 33,2 (31,7; 35,1). Presença de comorbidades: hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes
20	Seekaew; Jay	2014	EUA	Journal of Clinical Outcomes Management	Encouraging Use of the MyFitnessPal App Does Not Lead to WeightLoss in Primary Care Patients	ECR	212 participantes; 73% mulheres; média de idade 43,4 anos (DP = 14,3); IMC (Kg/m^2) 33,4 (DP = 7,09)
21	De Vos e colaboradores	2014	Holanda	European Journal of Nutrition	Effectiveness of a tailor-madeweightloss intervention in primary care	ECR	407 mulheres; média de idade 55.7 ($\pm 3,2$); IMC (Kg/m^2) 32,36 ($\pm 4,29$)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023. Legenda: ECR - ensaio clínico randomizado

Sobre as intervenções (quadro 2), destaca-se que a maioria dos estudos utilizou estratégias de alimentação e nutrição em conjunto com outros componentes, incluindo algum tipo de teoria social ou comportamental, como teoria social cognitiva (Cód 1, 3, 4, 12, 17), estratégias comportamentais, sem a descrição das abordagens (Cód.s 4, 6, 8, 20), modelo transteórico de mudança de comportamento (Cód.s. 7, 9, 13), entrevista motivacional (Cód.s. 3, 8, 15, 16, 21), teoria de autodeterminação (Cód. 15). Outras intervenções utilizadas foram a prescrição de atividade física com ou sem a participação de um profissional de educação física (Cód.s. 1, 4, 6-9, 11, 13-15, 17, 18, 20, 21), abordagem em grupo terapêutico (Cód.s. 1, 2, 11, 13, 14, 16), abordagem individual (Cód.s. 4, 5, 7, 9, 10, 12, 17-19, 21) ou uma combinação de abordagem individual e coletiva (Cód.s. 6, 8, 15).

Em relação aos tipos de intervenções de alimentação e nutrição, destacam-se: educação alimentar e nutricional (Cód.s. 2, 10, 13, 14, 19), dietas de muito e/ou baixo valor calórico (Cód.s. 4, 7, 9, 11, 18, 21), utilização de substitutos de refeição (Cód.s. 17, 18), uso de suplementos proteicos (Cod 12), dietas com aumento no consumo de proteínas e baixo consumo de carboidratos (Cód.s. 7, 11, 12, 16), dietas comerciais (Cód.s. 3, 20), dieta mediterrânea (Cod 5).

A duração das intervenções foi maior ou igual a seis meses, na maioria dos estudos (Cód.s. 2-6, 9, 13-15, 17-21). Foram conduzidos por nutricionistas e/ou estagiários de nutrição (Cód.s. 2, 3, 9-11, 13-15, 17, 19, 21), profissionais de educação física (Cód.s. 1, 6, 8, 13-15), médicos (Cód.s. 12, 16), psicólogos (Cod 13), fisioterapeutas e enfermeiros (Cód. 15), coaches (Cód.s. 4, 6, 15) e outros que não puderam ser identificados (Cód.s. 5, 7, 8, 18, 20).

Alguns estudos dividiram as intervenções em fases, e a frequência dos acompanhamentos variaram entre semanal (Cód.s. 1, 6, 8, 9, 11, 14, 18), quinzenal

(Códigos 3, 5, 9, 10, 17, 18, 21), mensal (Códigos 2, 4, 5, 9, 14, 17-19) e anual (Códigos 17, 21). Os acompanhamentos para avaliar a evolução dos participantes foram mais frequentes no formato presencial (Códigos 1, 2, 4-9, 11, 13-17, 19-21). Observou-se ainda o uso de recursos tecnológicos como e-mails (Códigos 6, 9), mensagens de texto por *smartphone* (Códigos 6, 10), e ligações telefônicas (Códigos 3, 4, 9, 10, 18).

Entre os principais resultados observados nos estudos estão a perda de peso, com exceção dos estudos de Códigos 4 e 20. Em metade dos estudos ocorreu perda de, no mínimo, 5% do peso inicial (Códigos 5-9, 11, 12, 16, 17). Também foram relatados resultados relacionados à qualidade da dieta (Códigos 1, 13, 14, 19), ao fracionamento das refeições (Códigos 14, 19) e à prática de atividade física (Códigos 1, 15).

Quadro 2 – Descrição das intervenções encontradas nos artigos selecionados na scoping review

Cód	Descrição Intervenção			Acompanhamento/ Frequência	Quem conduziu	Duração
	Alimentação / Nutrição	Teoria Utilizada ou Outros	Atividade Física			
1	Educação alimentar e nutricional	Teoria social cognitiva	Sim	3x semana – atividade física Grupos - reuniões semanais, 60min.	Profissional de educação física	12 semanas
2	Educação alimentar e nutricional + plano alimentar individualizado	-	-	7 encontros mensais de 1 hora	Nutricionista	6 meses
3	Plano alimentar individualizado + lista de alimentos e porções	Teoria cognitiva comportamental + Teoria motivacional + Benson- Henry Institute's Stress Management and Resiliency Training, Relaxation Response Resiliency Program (SMART-3RP)	-	Contatos telefônicos uma vez a cada 15 dias	Nutricionista	6 meses
4	Aconselhamento para reduzir consumo de calorias	Aconselhamento sobre manejo do stress e de mudança de comportamento	Sim	Médicos: 10 a 15 minutos presencial a cada 4 meses; Coaches: 10 a 15 minutos presencial e telefonemas mensais	Profissionais de saúde e coaches (não especificado a formação)	2 anos
5	Dieta mediterrânea	Plataforma de Telemedicina automonitoramento do consumo alimentar e feedback personalizado	-	5 encontros: cada 15 dias; após 3 meses, 6 meses e 12 meses.	Não mencionado	12 meses

Cód	Descrição Intervenção			Acompanhamento/ Frequência	Quem conduziu	Duração
	Alimentação / Nutrição	Teoria Utilizada ou Outros	Atividade Física			
6	Lista de alimentos e porções	Estratégias de mudanças no estilo de vida, sem estigmas, aumento da motivação, regras de abstinência em relação a alimentos, redução de danos, cuidados em relação à doenças crônicas e processos de auto ajuda	Sim	Reuniões mensais presenciais - seis workshops (duas horas cada). Reuniões semanais de discussão em grupo (uma hora). Grupo de e-mail com contato semanal Mensagens de texto semanais	Coach de atividade física	12 meses
7	Plano alimentar individualizado com i déficit calórico + material sobre dieta Atkins	Modelo transteorético de mudança de comportamento	Sim	8 contatos (15 a 20 minutos cada) - não especificado a frequência	Pesquisador	12 semanas
8	Participação no WeightWatchers	Técnicas de mudança de comportamento e entrevista motivacional	Sim	Sessões semanais	Facilitadores do WeightWatchers e profissional de educação física	12 semanas
9	Plano alimentar individualizado com restrição calórica	Constructos do modelo transteorético de mudança de comportamento	Sim	Telefonemas - mensalmente nos primeiros seis meses Telefonemas duas vezes por semana nos seis meses seguintes. E Mails semanais Presencial: 6 meses e aos 12 meses	Nutricionista	12 meses
10	Plano alimentar individualizado com restrição calórica e de	-	-	Quinzenal por meio de mensagens de texto e após 6 semanas de	Nutricionista	12 semanas

Cód	Descrição Intervenção			Acompanhamento/ Frequência	Quem conduziu	Duração
	Alimentação / Nutrição	Teoria Utilizada ou Outros	Atividade Física			
	gordura			intervenção foram realizados telefonemas		
11	Plano alimentar individualizado com restrição calórica e de gordura + substituto de refeição	-	Sim	Semanalmente, 1h30min.	Estagiários de nutrição	12 semanas
12	Plano alimentar individualizado com restrição calórica + suplemento proteico INSUDIET	Terapia cognitivo-comportamental	-	Não especificado, apenas mencionou-se que era acordado mutuamente entre médico e paciente.	Médicos da atenção primária	Não mencionado
13	Educação alimentar e nutricional	Modelo transteorético de mudança de comportamento	Sim	10 sessões de grupo (70min) para pessoas classificadas no estágio de pré-ação e 10 sessões de grupo para as pessoas classificadas no estágio de ação. Não especificado	Equipe multidisciplinar com profissional de educação física, nutricionista e psicólogo.	6 meses
14	Educação alimentar e nutricional	-	Sim	Grupos mensais, 60 minutos; Atividade Física – média de 3x semana, 60minutos	Nutricionista e graduandos em Nutrição/ Profissional de educação física	11 meses
15	Programa de mudança de comportamento alimentar (não	Princípios da entrevista motivacional e teoria de	Sim	7 sessões individuais com coach para mudança de estilo de vida	Nutricionista/ Enfermeira/	12 meses

Cód	Descrição Intervenção			Acompanhamento/ Frequência	Quem conduziu	Duração
	Alimentação / Nutrição	Teoria Utilizada ou Outros	Atividade Física			
	especificada a estratégia utilizada)	autodeterminação		4 sessões individuais com nutricionista 7 sessões em grupo com nutricionista	Fisioterapeuta/ Coaches	
16	Site gratuito para perda de peso + manual (não especificado detalhes das estratégias nutricionais utilizadas)	Entrevista Motivacional	-	Uma sessão individual - 60min Quatro sessões de grupo, 60 minutos Não especificado frequência	Médicos Assistentes	12 semanas
17	Intervenção individual baseada na substituição de refeição	-	Sim	Nas três primeiras fases da intervenção a cada 14 dias; na fase de estabilização 1 vez por mês e após 4 vezes por ano.	Nutricionista	24 semanas
18	Plano alimentar individualizado com restrição calórica + substituto de refeição	-	Sim	Telefonemas semanais de 15 minutos nos primeiros três meses, quinzenal nos próximos 3 meses, e mensal nos últimos 3 meses	Especialista em controle de peso	12 semanas primeira fase e 9 meses segunda fase
19	Aconselhamento nutricional verbal ou escrito individualizado	-	-	A cada 30 -50 dias	Nutricionista e graduandos em Nutrição	12 meses
20	Contagem de calorias consumidas através de app	Teoria comportamental (não especificado)	Sim	Contato Presenciais. Primeiro contato - 3 meses Segundo contato - 6 meses	Pesquisadores	6 meses

Cód	Descrição Intervenção			Acompanhamento/ Frequência	Quem conduziu	Duração
	Alimentação / Nutrição	Teoria Utilizada ou Outros	Atividade Física			
21	Plano alimentar individualizado com restrição calórica e de gordura	Entrevista motivacional	Sim	1º mês: 2 encontros presenciais quinzenais Após: frequência estabelecida entre nutricionista e participante - máximo de 4 horas por ano)	Nutricionista	2 anos e 1/2

Dados da pesquisa, 2023.

A seguir serão apresentados os resultados relacionados aos temas pré-determinados pelas perguntas de pesquisa deste scoping review que foram: facilidades e dificuldades das intervenções de alimentação e nutrição conduzidas na atenção primária em saúde. Foram extraídos dos artigos apenas as facilidades e dificuldades relatadas pelos autores referente à condução das intervenções, e não aos desenhos metodológicos dos estudos.

Facilidades e dificuldades das intervenções de alimentação e nutrição conduzidas na atenção primária em saúde

As facilidades relatadas com maior frequência pelos autores foram: a utilização de estratégias adaptadas para as características individuais dos participantes e a praticidade da intervenção (Códs. 1-3, 5, 9, 10, 14, 20, 21) e a frequência de acompanhamento dos participantes durante a intervenção (Códs. 3, 12, 14, 15, 17, 18).

Outras facilidades citadas com menor frequência foram o uso de intervenções com diversos componentes (ex. intervenção de alimentação e nutrição e prescrição de atividade física e/ou terapia comportamental) e participação de equipe multidisciplinar (Códs. 3, 9, 13, 17, 18); utilização de recursos da internet (Códs. 3, 9, 10, 16); uso de grupos (Códs. 2, 14, 15); realização de parcerias (ex. weightwatchers, academias de atividade física, etc); (Códs. 8, 15); articulação com outros pontos da rede de saúde (Cód. 19); e formação do grupo condutor que potencializou a implementação da intervenção (Cód.15).

A utilização de estratégias como autoeficácia, motivação, autonomia, estabelecimento de metas e automonitoramento receberam destaque como fatores

que proporcionam o sucesso das intervenções, mesmo quando não foram coletadas medidas objetivas que pudessem demonstrar a eficácia do uso das teorias e seus construtos (Códs. 1).

Embora pouco identificadas nos estudos, as dificuldades citadas foram: a intensidade com que a intervenção foi conduzida, seja no sentido de apresentar muitos componentes ou por exigir tempo demasiado dos participantes nas atividades (Códs. 8, 19); a falta de contato presencial com os participantes (Códs. 18, 20); problemas relacionados à infraestrutura dos serviços de APS (Códs. 7, 14); horário em que a intervenção foi conduzida e a alta rotatividade de profissionais que atuam na APS (Códs. 13, 19); a falta de seguimento das prescrições por parte dos participantes (Cód. 18); falta de apoio de outros profissionais de saúde para conduzir a intervenção (Cód. 7); e disponibilização de um número limitado de consultas com nutricionista e de sessões de atividade física (Cód. 21).

Aplicabilidade na atenção primária em saúde em relação às intervenções realizadas

Os estudos com intervenções que já estavam implementadas nas rotinas dos serviços de saúde de APS (Códs. 1, 2, 13, 14, 15, 19, 21), foram considerados replicáveis pelos autores. Conseqüentemente, as recomendações para aplicabilidade na APS foram mais direcionadas no sentido de melhoria e expansão dos serviços existentes, aprimoramento da articulação entre os profissionais de saúde e continuidade das intervenções; mas com ajustes para as necessidades das pessoas e contextos socioeconômicos e culturais dentro da APS.

Nos demais artigos, as intervenções foram decorrentes da realização da pesquisa. Nestes casos, para viabilizar a implementação das intervenções na APS, os autores mencionaram com frequência a necessidade de capacitação dos

profissionais de saúde (Códs. 1, 11, 12, 16); disponibilidade de tempo para os profissionais de saúde realizarem a capacitação e investimento em recursos humanos (composição e qualificação) de equipes da APS, assim como, espaços apropriados, alocação de recursos financeiros, e macro políticas para melhorar os serviços de saúde pública (Códs. 7, 11, 14). Ainda, a busca por parcerias externas para utilização de infraestruturas disponíveis na comunidade foi citada como forma de vencer barreiras relacionadas à baixa disponibilidade de recursos financeiros presentes na APS (Cód. 8).

Por fim, uma utilização maior de recursos tecnológicos como estratégia para aplicar intervenções, fornecer informações e manter contato frequente com a população foi outro exemplo de sugestão de aplicabilidade para a APS (Códs. 9, 16, 20).

Discussão

As publicações analisadas estão relacionadas majoritariamente às DCNT tendo a atenção a indivíduos com excesso de peso como foco secundário. Apesar das DCNT apresentarem mais demandas agudas na realidade dos serviços de saúde, a obesidade é um dos fatores de risco principais para tais doenças e modificável pela atuação da APS (Gomes e Accardo 2019; Carlucci e colaboradores, 2013; De Pergola e Silvestris 2013).

Achados de outros estudos relatam que profissionais da APS subestimam ou não abordam pessoas com obesidade quando não apresentam alguma comorbidade associada (Banerjee e colaboradores, 2013; Booth; Nowson, 2010; Kushner, 2018; 2010; Ossolinski e colaboradores, 2015).

As intervenções estão voltadas prioritariamente à população feminina, fato que pode estar relacionado à maior procura das mulheres pelos serviços na APS. Destaca-se que a prevalência do sobrepeso (39%) e obesidade (11%) no sexo masculino também requer intervenções em saúde (NCD-RisC, 2017; WHO, 2020). Tendo em vista a baixa participação de homens nas intervenções em saúde, a adoção de práticas que estimulem a participação dos homens na APS deve ser desenvolvida por meio de estratégias que consigam inserir essa população nas ações de saúde (Moreira e colaboradores, 2014). Uma estratégia que se mostrou promissora, foi a oferta de grupos para perda de peso específicas ao público masculino, considerada eficaz quando comparados a grupos femininos (Borek e colaboradores, 2018).

Em relação às estratégias que utilizaram diferentes componentes, associando abordagem nutricional, exercícios físicos e terapia comportamental, foram reproduzidas as abordagens individuais. Desta forma, mesmo no cenário da APS, as intervenções não consideram os diversos fatores que estão envolvidos na obesidade, além de não se comprometerem com os princípios da APS, em especial a integralidade em saúde (Campbell-Scherer e colaboradores, 2020; Burlandy e colaboradores, 2020).

As abordagens individuais são consideradas insuficientes para o enfrentamento da obesidade, tendo em vista os diversos fatores que se inter-relacionam de forma dinâmica nas escolhas alimentares das pessoas, como as políticas agrícolas, o ambiente físico de acesso aos alimentos e suporte social (Apovian, 2016; Blüher, 2019; Franco e colaboradores, 2013).

A APS por suas características de modelo de atenção possibilita a criação de vínculo com as pessoas e suas famílias (Starfield 2002; Campbell-Scherer e

colaboradores, 2020). Desta forma, intervenções voltadas ao enfrentamento da obesidade devem superar o modelo biomédico e as abordagens focadas na responsabilização dos indivíduos (Burlandy e colaboradores, 2020; Blüher 2019).

Outro ponto que merece destaque é sobre o conteúdo das intervenções utilizarem teorias comportamentais como uma forma de motivar, engajar os participantes na intervenção e direcionar a mudança de hábitos. Entretanto, o uso destas abordagens para a obesidade ainda é controverso. Algumas evidências apontam que intervenções com construtos destas teorias são eficazes na redução de peso de indivíduos com obesidade, além de promover a adoção de comportamentos alimentares saudáveis (Adhikari e colaboradores, 2018; Abdi e colaboradores, 2015; Bennett e colaboradores, 2012). Em contrapartida, outros estudos apresentam baixa ou nenhuma eficácia dessas intervenções, a exemplo da teoria social cognitiva, tanto na perda de peso quanto na manutenção do peso perdido (Glisenti e Strodl 2012; Da Luz; Oliveira, 2013; Bagherniya e colaboradores, 2018).

A manutenção do olhar sobre a obesidade pautado pelo modelo biomédico, a prescrição dietética de forma isolada e o uso de suplementos, pouco se adequam ao modelo de atenção preconizado na APS. Apesar de restrições calóricas produzirem perda de peso significativa em indivíduos atendidos na atenção primária (Canuto e colaboradores, 2020), assim como outros tipos de dietas (hiperproteicas, *lowcarb*, etc.) (Mansoor e colaboradores, 2016; Dietz e colaboradores, 2015), essas não são consideradas práticas sustentáveis em longo prazo. Em geral, são abordagens que consideram os alimentos apenas como forma de prevenir doenças e promover a saúde, e desconsideram os aspectos simbólicos, sociais e culturais do ato de comer (Clark, 2014; Gracia-Arnaiz, 2007; Mayes, 2014).

As discussões atuais sobre alimentação devem ser incluídas na APS, sobretudo para romper com as formas reduzidas e medicalizadas de olhar para o alimento (Ferreira e colaboradores, 2015; Nettleton 2013; Beardsworth e Keil 1997). Assim podem-se traçar caminhos diferentes para romper com o ciclo de ganho e perda de peso constante entre as pessoas e diminuir sentimentos de frustração e sensação de incapacidade entre usuários e profissionais de saúde para lidar com o problema (Koball e colaboradores, 2018; Turner e colaboradores, 2018).

Os profissionais de saúde reconhecem suas dificuldades em identificar a obesidade como problema de saúde, sua falta de confiança para abordar o agravo, e a falta de treinamento sobre aspectos da nutrição (Kushner, 2018; Turner e colaboradores, 2018; Heymsfield e Wadden 2017; Petrin e colaboradores, 2017; Glauser e colaboradores, 2015; Ossolinski, Jiwa, e Mcmanus 2015).

O contato constante com os usuários, apontado como uma facilidade nos estudos, também é observado em outras referências (Smith e colaboradores, 2014; Tronieri e colaboradores, 2019; Forhan, Risdon, e Solomon 2013). Nestes estudos, a comunicação significativa, o aconselhamento de alta intensidade e o vínculo contínuo com os promotores da intervenção foram identificados como facilitadores para a atenção ao excesso de peso em ambientes de APS.

Revisões sistemáticas recentes concluíram que o uso de diferentes tipos de tecnologias pode ser eficaz para aumentar a perda de peso em pacientes com obesidade, melhorando a adesão ao tratamento por meio do automonitoramento e recebimento de feedback sobre a dieta, atividade física e/ou peso (Rumbo-Rodríguez e colaboradores, 2020; Horne e colaboradores, 2020).

As estratégias coletivas foram mencionadas tanto como facilitadoras das intervenções voltadas à obesidade (Bernardes e Marín-Léon 2018; De Deus e

colaboradores, 2015), mas também como um fator limitante (de Menezes e colaboradores, 2015). A diferença entre os estudos pode ser atribuída a uma série de fatores como características dos participantes, técnicas utilizadas na condução dos grupos, condução do grupo pelo facilitador (Borek e colaboradores, 2018). Apesar desse contraponto, estudos indicam que as intervenções baseadas em grupos produzem resultados positivos em relação a perda de peso (Borek e colaboradores, 2018) e são tão efetivas quanto as abordagens individuais (Canuto e colaboradores, 2020).

Quanto à aplicabilidade das intervenções na atenção primária, diferentes estudos reconhecem o potencial da APS (Meurer e colaboradores, 2019; Bernardes e Marín-Léon 2018; colaboradores, 2015; Ferreira e colaboradores, 2014). Porém, as pesquisas devem ser compatíveis com as necessidades, habilidades, tempo disponível dos profissionais de saúde e recursos existentes na comunidade. Sobretudo, devem ser factíveis em relação à implementação, ao treinamento e às exigências de mudanças estruturais (Ossolinski e colaboradores, 2015).

Também merece destaque a busca por parcerias na comunidade para ultrapassar limitações estruturais, financeiras e de recursos humanos presentes no cotidiano da APS (Birnie e colaboradores, 2016). Esse trabalho intersectorial é ainda mais desafiador em sistemas de saúde onde o setor público não é forte o suficiente e não possui os recursos necessários para monitorar a qualidade dos serviços prestados e não levam em conta os interesses da população, quando as parcerias são majoritariamente privadas (Haesebaert e colaboradores, 2020; Joudyian e colaboradores, 2021; Joudyian e colaboradores, 2021).

Na área de alimentação e nutrição, o cuidado a ser tomado com parceiros do setor privado deve ser redobrado, uma vez que a arena é bastante conflituosa e

assimétrica em relação às forças e interesses de diferentes grupos, instituições e dimensões econômicas envolvidas (Lang e colaboradores, 2009; Fanzo e colaboradores, 2020).

As intervenções de alimentação e nutrição que compõem este scoping review contemplam apenas estudos publicados na língua inglesa, o que pode ter limitado a presença de publicações relevantes na APS que tenham sido publicadas em outros idiomas. Por outro lado, os artigos selecionados são provenientes de uma variedade de países desenvolvidos e em desenvolvimento, que possibilitaram uma visão ampla sobre o tema e que apresentam contextos socioeconômicos e culturais distintos.

Recomendações para futuros estudos

- Importância de pesquisas que busquem informações junto ao sexo masculino sobre expectativas, necessidades e outras particularidades que possam auxiliar no recrutamento e desenho de intervenções de perda de peso de forma a facilitar a captação e participação deste público.
- Necessidade de intervenções nutricionais que envolvam mais aspectos relacionados ao ato de se alimentar e que rompam com a perspectiva do olhar biomédico. Considerando a importância dos fatores ambientais como uma das causas da obesidade, há necessidade de mais estudos que investiguem possibilidades de como intervenções realizadas na atenção primária possam ser articuladas para reduzir o impacto do determinante ambiental.
- Realização de estudos que possibilitem o desenvolvimento e impacto de protocolos de nutrição para o cuidado das pessoas com obesidade na atenção primária pelos profissionais de saúde. A utilização de guias

alimentares na atenção primária pode ser um norteador para educação permanente de profissionais e desenvolvimento de protocolos para orientar a alimentação de usuários, seja em nível individual ou em grupo.

- Por fim, o apontamento de como as intervenções de estudos científicos podem ser transpostas para o cotidiano dos serviços é algo primordial se quisermos avançar na abordagem da obesidade. A academia precisa fazer o exercício de refletir sobre como seus achados científicos podem beneficiar condutas na atenção primária.

Conclusão

Este scoping review revelou componentes utilizados mais frequentemente em intervenções realizadas no contexto da atenção primária em saúde para enfrentar o sobrepeso e a obesidade. Além disso, foi realizada uma análise crítica no sentido de identificar as facilidades, dificuldades e a aplicabilidade das intervenções de alimentação e nutrição levantadas no contexto real dos serviços de saúde. Observou-se a necessidade precípua de superar as estratégias nutricionais tradicionais e que reproduzem um modelo de atenção biomédico, assim como o desenvolvimento de pesquisas que possam ser factíveis com as necessidades de usuários, profissionais de saúde e estrutura da atenção primária. Espera-se que o panorama apresentado neste scoping review e as lacunas identificadas possam contribuir com o avanço das intervenções voltadas ao enfrentamento da obesidade na APS.

Agradecimentos

Ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq) pelo financiamento desta pesquisa e também ao bibliotecário da Universidade Federal de Santa Catarina que ajudou a definir as palavras-chave a serem utilizadas nas bases de dados escolhidas.

Referências

Abdi, J.; Eftekhar, H.; Mahmoodi, M.; Shojayzadeh, D.; Sadeghi, R.; Saber, M. Effect of the intervention based on new communication technologies and the social-cognitive theory on the weight control of the employees with overweight and obesity. *Journal of Research in Health Sciences*. Vol. 15. Num. 4. 2015. p. 256–261.

Adhikari, C.; Puri, A.; Thapa D.; Thapa R.; Magar S.; GcSunil. Application of Social Cognitive Theory in Obesity Prevention: A Rapid Review. *JHAS*. Vol. 7. Num. 1. 2018. p. 53–62.

Alghamdi, R. Q. A randomized controlled trial of a 12-week intensive lifestyle intervention program at a primary care obesity clinic for adults in western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*. Vol. 38. Num. 8. 2017. p. 837–845.

Apovian, C. M. Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden. *Am J Manag Care*. Vol. 22. Num. 7. 2016. p. 176–185.

Arksey, H.; O'malley, L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*. Vol. 8. Num. 1. 2005. p. 19–32.

Bagherniya, M.; Taghipour, A.; Sharma, M.; Sahebkar, A.; Contento, I. R.; Keshavarz, S. A.; Mostafavi Darani, F.; Safarian, M. Obesity intervention programs among adolescents using social cognitive theory: a systematic literature review. *Health Education Research*. Vol. 33. Num. 1. 2018. p. 26–39.

Banerjee, E. S.; Gambler, A.; Fogleman, C. Adding Obesity to the Problem List Increases the Rate of Providers Addressing Obesity. *Family Medicine*. Vol. 33. Num. 9. 2013. p. 629–633.

Barnes, R. D.; White, M. A.; Martino, S.; Grilo, C. M. A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care. *Obesity*. Vol. 22. Num. 12. 2014. p. 2508–2516.

Beardsworth, A.; Keil, T. *Sociology on the Menu: An Invitation to the Study of Food and Society*. Routledge. 1997. p. 288.

Bennett, G. G.; Warner, E. T.; Glasgow, R. E.; Askew, S.; Goldman, J.; Ritzwoller, D. P.; Emmons, K. M.; Rosner, B. A.; Colditz, G. A. Obesity treatment for socioeconomically disadvantaged patients in primary care practice. *Archives of Internal Medicine*. Vol. 172. Num. 7. 2012. p. 565–574.

Bernardes, M. S.; Marín-Léon, L. Group-based food and nutritional education for the treatment of obesity in adult women using the family health strategy. *Revista de Nutricao*. Vol. 31. Num. 1. 2018. p. 59–70.

Birnie, K.; Thomas, L.; Fleming, C.; Phillips, S.; Sterne, J. A. C.; Donovan, J. L.; Craig, J. An evaluation of a multi-component adult weight management on referral intervention in a community setting. *BMC Research Notes*. Vol. 9. Num. 104. 2016. p. 1-8.

Blüher, M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology*. Vol. 15. Num. 5. 2019. p. 288-298.

Booth, A. O.; Nowson, C. A. Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their General Practitioner. *BMC Family Practice*. Vol. 11. Num. 1. 2010. p. 8.

Borek, A. J.; Abraham, C.; Greaves, C. J.; Tarrant, M. Group-Based Diet and Physical Activity Weight-Loss Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. Vol. 10. Num. 1. 2018. p. 62–86.

Bowen, P. G.; Lee, L. T.; Mccaskill, G. M.; Bryant, P. H.; Hess, M. A.; Ivey, J. B. Understanding health policy to improve primary care management of obesity. *Nurse Practitioner*. Vol. 43. Num. 4. 2018. p. 46–52.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília. 2014a. p. 212.

Brasil. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 2014b. p. 116 p.

Burlandy, L.; Teixeira, M. R. M.; Castro, L. M. C.; Cruz, M. C. C.; Santos, C. R. B.; Souza, S. R. De; Benchimol, L. S.; Araújo, T. D. S.; Neves Ramos, D. B. Das; Souza, T. R. Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*. Vol. 36. Num. 3. 2020. p. 1–19.

Campbell-Scherer, D.; Shahebina, W.; Kemp, A.; Piccinini-Vallis, H.; Vallis, T. M. Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management. *The Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines*. Canada. 2020.

Canuto, R.; Garcez, A.; Souza, R. VOL.; Kac, G.; Olinto, M. T. A. Nutritional intervention strategies for the management of overweight and obesity in primary health care: A systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews*. Vol. 22. Num. 3. 2020. e13143.

Carlucci, E. M. De S.; Gouvêa, J. A. G.; Oliveira, A. P. De; Silva, J. D. Da; Cassiano, A. C. M.; Bennemann, R. M. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. *Comun. ciênc. Saúde*. Vol. 24. Num. 4. 2013. p. 375–384.

Chad-Friedman, E.; Pearsall, M.; Miller, K. M.; Wheeler, A. E.; Denninger, J. W.; Mehta, D. H.; Dossett, M. L. Total Lifestyle Coaching: A Pilot Study Evaluating the Effectiveness of a Mind–Body and Nutrition Telephone Coaching Program for Obese Adults at a Community Health Center. *Global Advances in Health and Medicine*. Vol. 7. 2018.

Clark, J. Medicalization of global health 3: The medicalization of the non-communicable diseases agenda. *Global Health Action*. Vol. 7. Num. supp.1. 2014.

De Vos, B. C.; Runhaar, J.; Bierma-Zeinstra, S. M. A. Effectiveness of a tailor-made weight loss intervention in primary care. *European Journal of Nutrition*. Vol. 53. Num. 1. 2014. p. 95–104.

De Menezes, M. C.; Mingoti, S. A.; Cardoso, C. S.; Mendonça, R. De D.; Lopes, A. C. S. Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements - A randomized controlled trial. *Eating Behaviors*. Vol. 17. 2015. p. 37–44.

De Deus, R. M. De; Mingoti, S. A.; Jaime, P. C.; Lopes, A. C. S. The impact of a nutritional intervention on the nutritional status and anthropometric profile of participants in the health gym programme in Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*. Vol. 20. Num. 6. 2015. p. 1937–1946.

Dietz, W. H.; Baur, L. A.; Hall, K.; Puhl, R. M.; Taveras, E. M.; Uauy, R.; Kopelman, P. Management of obesity: Improvement of health-care training and systems for prevention and care. *The Lancet*. Vol. 385. Num. 9986. 2015. p. 2521-2533.

Eaton, C. B.; Hartman, S. J.; Perzanowski, E.; Pan, G.; Roberts, M. B.; Risica, p. M.; Gans, K. M.; Jakicic, J. M.; Marcus, B. H. A randomized clinical trial of a tailored lifestyle intervention for obese, sedentary, primary care patients. *Annals of Family Medicine*. Vol. 14. Num. 4. 2016. p. 311–319.

Fanzo, J.; Shawar, Y. R.; Shyam, T.; Das, S.; Shiffman, J. Challenges to Establish Effective Public-Private Partnerships to Address Malnutrition in All Its Forms. *International Journal of Health Policy and Management (IJHPM)*. Vol. 10. Num. 12. 2021. p. 934–945.

Ferreira, F. R.; Prado, S. D.; Carvalho, M. C. Da VOL. S.; Kraemer, F. B. Biopower and biopolitics in the field of food and nutrition. *Revista de Nutricao*. Vol. 28. Num. 1. 2015. p. 109–119.

Ferreira, N. L.; Mingoti, S. A.; Jaime, p. C.; Lopes, A. C. S. Effectiveness of nutritional intervention in overweight women in Primary Health Care. *Revista de Nutricao*. Vol. 27. Num. 6. 2014. p. 677–687.

Forhan, M.; Risdon, C.; Solomon, p. Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. *Primary health care research & development*. Vol. 14. Num. 4. 2013. p. 367–372.

Franco, M.; Bilal, U.; Orduñez, p.; Benet, M.; Morejón, A.; Caballero, B.; Kennelly, J. F.; Cooper, R. S. Population-wide weight loss and regain in relation to diabetes burden and cardiovascular mortality in Cuba 1980-2010: Repeated cross-sectional surveys and ecological comparison of secular trends. *BMJ (Online)*. Vol. 346. Num. 7903, 2013.

Glauser, T. A.; Roepke, N.; Stevenin, B.; Dubois, A. M.; Ahn, S. M. Physician knowledge about and perceptions of obesity management. *Obesity Research and Clinical Practice*. Vol. 9. Num. 6. 2015. p. 573–583.

Glisenti, K.; Strodl, E. Cognitive Behavior Therapy and Dialectical Behavior Therapy for Treating Obese Emotional Eaters. *Clinical Case Studies*. Vol. 11. Num. 2. 2012. p. 71–88.

Gomes, B. F.; Accardo, C. De M. Immunoinflammatory mediators in the pathogenesis of diabetes mellitus. *Reviewing Basic Sciences*. Vol. 17. Num. 1. 2019. p. 1–5.

Gracia-Arnaiz, M. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*. Vol. 49. Num. 3. 2007. p. 236–242.

Guirado, B. I. A.; Zavala, R. G. D.; Juillerat, M. E. F. V.; Plata, T. Q. Manejo de la obesidad en el primer nivel de atención con un programa intensivo de cambio de estilo de vida. *Nutricion Hospitalaria*. Vol. 32. Num. 4. 2015. p. 1526–1534.

Haesebaert, J. e colaboradores “they heard our voice!” patient engagement councils in community-based primary care practices: A participatory action research pilot study. *Research Involvement and Engagement*. Vol. 6. Num. 1. 2020.

Hawkes, C.; Ruel, M. T.; Salm, L.; Sinclair, B.; Branca, F. Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms. *The Lancet*. Vol. 395. Num. 10218. 2020. p. 142-155.

Heymsfield, S. B.; Wadden, T. A. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. *New England Journal of Medicine*. Vol. 376. Num. 3. 2017. p. 254–266.

Hill, J. O.; Wyatt, H. Outpatient management of obesity: A primary care perspective. *Obesity Research*. Vol. 10. Num. S12. 2002. p. 124-130.

Horne, M.; Hill, A.; Murells, T.; Ugail, H.; Irving, Chinnadorai, R.; Hardy, M. Using avatars in weight management settings: A systematic review. *Internet Interventions*. Vol. 19. Num. 100295. 2020. p. 1–17.

Huseinovic, E.; Bertz, F.; Agelii, M. L.; Johansson, E. H.; Winkvist, A.; Brekke, H. K. Effectiveness of a weightloss intervention in postpartum women: Results from a randomized controlled trial in primary health care. *American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 104. Num. 2. 2016. p. 362–370.

Jaime, p. C.; Silva, A. C. F. Da; Lima, A. M. C. De; Bortolini, G. A. Food and nutrition actions in primary healthcare: The experience of the Brazilian government. *Revista de Nutricao*. Vol. 24. Num. 6. 2011. p. 809–824.

Joudyian, N.; Doshmangir, L.; Mahdavi, M.; Tabrizi, J. S.; Gordeev. Vol. S. Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. *BMC Health Services Research*. Vol. 21. Num. 4. 2021. p. 1-18.

Kahan, S. Overweight and Obesity Management Strategies. *AJMC*. Vol. 22. Num. 7. 2016. p. 1-12.

Koball, A. M.; Mueller, p. S.; Craner, J.; Clark, M. M.; Nanda, S.; Kebede, E. B.; Grothe, K. B. Crucial conversations about weight management with healthcare providers: Patients’ perspectives and experiences. *Eating and Weight Disorders*. Vol. 23. Num. 1. 2018. p. 87–94.

Kruschitz, R.; Wallner-Liebmann, S. J.; Lothaller, H.; Luger, M.; Schindler, K.; Hoppichler, F.; Ludvik, B. Evaluation of a mealreplacement-based weight management program in primary care settings according to the actualEuropean Clinical PracticeGuidelines for the Management of Obesity in Adults. *Wiener KlinischeWochenschrift*. Vol. 126. Num. 19–20. 2014. p. 598–603.

Kumanyika, S. K.; Morales, K. H.; Allison, K. C.; Russell Localio, A.; Sarwer, D. B.; Phipps, E.; Fassbender, J. E.; Tsai, A. G.; Wadden, T. A. Two-Year Results of Think Health! ¡Vive Saludable!: A Primary Care Weight-Management Trial. *Obesity*. Vol. 26. Num. 9. 2018. p. 1412–1421.

Kushner, R. What Do WeNeed to Do to Get Primary Care Ready to Treat Obesity? *Obesity*. Vol. 26. Num. 4. 2018. p. 631-632.

Kushner, R. F. Tackling Obesity: Is Primary Care Up to the Challenge? *Arch Intern Med*. Vol. 170. Num. 2. 2010. p. 121–123.

Lang, T.; Barling, D.; Caraher, M. *Food Policy: Integratinghealth, environmentandsociety*. Oxford Academic. 2009.

Lenoir, L.; Maillot, M.; Guilbot, A.; Ritz. p. Primary care weightlossmaintenance with behavioral nutrition: An observational study. *Obesity*. Vol. 23. Num. 9. 2015. p. 1771–1777.

Lowe, M. R.; Butryn, M. L.; Thomas, J. G.; Coletta, M. Mealreplacements, reducedenergydensity eating, andweightlossmaintenance in primary care patients: A randomizedcontrolledtrial. *Obesity*. Vol. 22. Num. 1. 2014. p. 94–100.

Luz, F. Q. Da; Oliveira, M. Da S. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. *Aletheia*. Vol. 40. 2013. p. 150–173.

Mansoor, N.; Vinknes, K. J.; Veierod, M. B.; Retterstol, K. Effects of low-carbohydrate diets Vol. low-fat diets on body weightand cardiovascular risk factors a meta-analysis of randomisedcontrolledtrials. *British Journal of Nutrition*. Vol. 115. Num. 3. 2016. p. 466–479.

Mayes, C. *Medicalization of Eating andFeeding*. *Encyclopedia of Food andAgriculturalEthics*. 2014. p. 1–8.

Meurer, S. T.; Lopes, A. C. S.; Almeida, F. A.; Mendonça, R. De D.; Benedetti, T. R. B. Effectiveness of the VAMOS Strategy for IncreasingPhysicalActivityandHealthyDietaryHabits: A RandomizedControlled Community Trial. *Health EducationandBehavior*. Vol. 46. Num. 3. 2019. p. 406–416.

Moreira, R. L. S. F.; Fontes, W. D. De; Barboza, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Escola Anna Nery* [online]. Vol. 18. Num. 4. 2014. p. 615–621.

NCD-RisC. Worldwidetrends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurementstudies in 128·9 millionchildren, adolescents, andadults. *The Lancet*. Vol. 390. Num. 10113. 2017. p. 2627–2642.

Nettleton, S. *The Sociology of Health andIllness*. 3. ed. Cambridge. Polity Press. 2013.

Ossolinski, G.; Jiwa, M.; Mcmanus, A. Weight management practices andevidence for weightloss through primary care: A brief review. *Current Medical Research and Opinion*. Vol. 31. Num. 11. 2015. p. 2011–2020.

Pergola, G. De; Silvestris, F. Obesity as a major risk factor for câncer. *Journal of Obesity*. Vol. 2013. 2013. p. 1-13.

Petrin, C.; Kahan, S.; Turner, M.; Gallagher, C.; Dietz, W. H. Currentattitudesand practices of obesity counselling by health care providers. *Obesity Research and Clinical Practice*. Vol. 11. Num. 3. 2017. p. 352–359.

QSR International. NVivo software. Doncaster, Australia. 2012.

Rezende, L. F. M. De; Arnold, M.; Rabacow, F. M.; Levy, R. B.; Claro, R. M.; Giovannucci, E.; Eluf-Neto, J. The increasingburden of cancerattributable to high body mass index in Brazil. *CancerEpidemiology*. Vol. 54. 2018. p. 63–70.

Ritchie, J.; Spencer, L.; O'connor, W. Carrying Out Qualitative Analysis. In: Ritchie, J.; Lewis, J. (Eds.). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social StudentsandResearchers*. 1ª ed. London. SAGE Publications. 2003. p. 349.

Rumbo-Rodríguez, L.; Sánchez-Sansegundo, M.; Ruiz-Robledillo, N.; Albaladejo-Blázquez, N.; Ferrer-Cascales, R.; Zaragoza-Martí, A. Use of Technology-Based Interventions in the Treatment of Patients with Overweight and Obesity: A Systematic Review. *Nutrients*. Vol. 12. Num. 12. 2020. p. 3634.

Schutte, B. A. M.; Haveman-Nies, A.; Preller, L. One-Year Results of the BeweegKuurLifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings. *BioMed Research International*. Vol. 2015. 2015. p. 1–7.

Sebiany, A. Primary care physicians' knowledge and perceived barriers in the management of overweight and obesity. *Journal of Family and Community Medicine*. Vol. 20. Num. 3. 2013. p. 147-152.

Seekaew. p.; Jay, M. Encouraging use of the MyFitnessPal app does not lead to weightloss in primary care patients. *Journal of Clinical Outcomes Management*. Vol. 22. Num. 11. 2014.

Sellman, D.; Schroder, R.; Deering, D.; Elmslie, J.; Foulds, J.; Frampton, C. Psychosocial enhancement of the Green Prescription for obesity recovery: a randomised controlled trial. *The New Zealand medical journal*. Vol. 130. Num. 1450. 2017. p. 44–54.

Smith, K. L.; Straker, L. M.; Mcmanus, A.; Fenner, A. A. Barriers and enablers for participation in healthy lifestyle programs by adolescents who are overweight: A qualitative study of the opinions of adolescents, their parents and community stakeholders. *BMC Pediatrics*. Vol. 14. Num. 1. 2014. p. 1–14.

Souza, R.; Davies. Vol. F.; Silva, R. M. Da; Ferreira, J. C. VOL.; Nickel, D. A.; Calvo, M. C. M.; Lacerda, J. T. De. Interventions carried out in primary health care to deal with overweight and obesity - a scoping review. *Brazilian Journal of Health Review*. Vol. 3. Num. 6. 2020. p. 16794–16803.

Starfield, B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. *Journal of Integrated Care*. Vol. 1. Brasília. 2002.

Tarraga Marcos, M. L.; Panisello Royo, J. M.; Carbayo-Herencia, J. A.; Rosich Domenech, N.; Alins Presas, J.; Castell Panisello, E.; Tárraga López. p. J. L'application de la télémédecine dans la prise en charge de l'obésité. *European Research in Telemedicine*. Vol. 6. Num. 1. 2017. p. 3–12.

Tricco, A. C. e colaboradores PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 169. Num. 7. 2018. p. 467.

Tronieri, J. S.; Wadden, T. A.; Chao, A. M.; Tsai, A. G. Primary Care Interventions for Obesity: Review of the Evidence. *Current Obesity Reports*. Vol. 8. Num. 2. 2019. p. 128–136, jun.

Turner, M.; Jannah, N.; Kahan, S.; Gallagher, C.; Dietz, W. Current Knowledge of Obesity Treatment Guidelines by Health Care Professionals. *Obesity*. Vol. 26. Num. 4. 2018. p. 665–671.

WBG. Obesity Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. Washington. World Bank Group. 2020.

World Health Organization. Noncommunicable diseases: country profiles 2018. Geneva. 2018. p. 224.

World Health Organization. Obesidade e excesso de peso. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 24 jan. 2021.

Artigo 2

ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PROPOSTA DE MODELO AVALIATIVO

Rafaela Souza

Josimari Telino de Lacerda

Patrícia Maria de Oliveira Machado

Resumo

O artigo propõe um modelo avaliativo da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na Atenção Primária em Saúde. Utilizou como base o modelo proposto por Machado e Lacerda (2023) para avaliar a Atenção Nutricional. Foram analisados documentos oficiais e artigos científicos relacionados ao tema, além da consulta a um grupo de interessados que orientaram a elaboração do modelo teórico, modelo lógico e da matriz de análise e julgamento. Para a validação do modelo avaliativo foi utilizada a técnica de conferência de consenso com 11 especialistas na área de nutrição e avaliação em saúde. A matriz é composta por vinte e quatro indicadores e sessenta medidas, organizadas em sete subdimensões e duas dimensões: Gestão e Assistência. O modelo avaliativo parte do pressuposto da responsabilidade da gestão municipal em fornecer condições estruturais e organizacionais necessárias para a execução das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade de forma intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, seguindo os preceitos da atenção primária em saúde abrangente.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Nutrição em saúde pública. Obesidade.

Abstract

The article proposes an evaluative model for nutritional care to address obesity in Primary Health Care. It is based on the model proposed by Machado and Lacerda (2023) for evaluating Nutritional Care. Official documents and scientific articles related to the subject were analyzed, and input from a group of stakeholders guided the development of the theoretical model, logical model, and the analysis and judgment matrix. To validate the evaluative model, a consensus conference technique was used, involving 11 experts in the fields of nutrition and health evaluation. The matrix consists of twenty-four indicators and sixty measures, organized into seven subdimensions and two dimensions: Management and

Care. The evaluative model operates on the assumption that municipal management bears the responsibility of providing the necessary structural and organizational conditions for the implementation of nutrition and food-related actions to combat obesity in an intersectoral, multiprofessional, and interdisciplinary manner, following the principles of comprehensive primary health care.

Keywords: Health evaluation. Nutrition programs and policies. Obesity

Introdução

A obesidade é considerada um problema de saúde pública e a sua prevalência tem aumentado nas últimas décadas, atingindo a população de todas as idades em escala global. Em 2016, 13% da população adulta mundial apresentava obesidade, o que corresponde a mais de 650 milhões de pessoas. Estima-se que até 2030 mais de um bilhão de adultos em todo o mundo terão obesidade ^{1,2}. Entre as crianças e adolescentes de 5 a 19 anos, mais de 124 milhões ao redor do mundo (6% das meninas e 8% dos meninos), apresentavam obesidade em 2016. A estimativa para 2030 é que esse número atinja 254 milhões ^{1,2}.

No Brasil, a prevalência da obesidade em adultos aumentou 67,8% em doze anos. Passou de 11,8% para 19,8%, entre 2006 e 2018³ (IBGE, 2020). Até 2030, estima-se que esse valor ultrapasse 29%. Dentre as crianças brasileiras menores de 10 anos, estima-se que 3,1 milhões tenham obesidade, na população entre 10 a 19 anos a estimativa é de 3,4 milhões ⁴.

Os impactos associados à obesidade atuam negativamente na saúde do indivíduo, em suas famílias e no conjunto da sociedade. A obesidade é considerada uma doença complexa e também um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer; além de estar associada a maiores índices de mortalidade ⁵⁻⁷. Essas doenças e seus agravos resultam no aumento dos gastos em saúde e oneram os sistemas de saúde em diversos países do mundo ⁸.

Muitas evidências vêm demonstrando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o locus privilegiado para o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da obesidade ⁹⁻¹². A APS atua próximo à comunidade e tem como potencialidade compreender a dinâmica social, ofertando cuidados integrados e articulados de maneira multiprofissional ¹³⁻

Os cuidados relativos à alimentação e nutrição (A&N) direcionados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, incluindo a obesidade, são denominados atenção nutricional ¹⁴. Os desafios da APS para o enfrentamento da obesidade passam pelo provimento de condições adequadas para que as equipes de saúde consigam desenvolver as ações de A&N. E, estas condições devem ser garantidas como responsabilidade da gestão, que deve implantar uma atenção nutricional capaz de responder às demandas e necessidades relacionadas à obesidade e seus fatores correlacionados.

É necessário, então, avaliar a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade nos serviços de APS, por meio de um instrumento avaliativo viável e aplicável em diferentes contextos, buscando subsidiar gestores e profissionais da saúde na elaboração de estratégias efetivas para reduzir as prevalências de obesidade.

O presente estudo apresenta uma proposta de modelo avaliativo da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. Assume como marco referencial o modelo de APS do tipo abrangente ou integral, a partir da definição das ações adequadas e necessárias à implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, como parte do processo de trabalho das equipes de saúde. A APS abrangente ou integral diz respeito à assistência à saúde, incluindo ações de prevenção, promoção, cura e a reabilitação; cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. Baseia-se nos determinantes sociais da saúde, na intersetorialidade, no uso de tecnologias apropriadas e no uso eficiente dos recursos ¹⁵.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido durante o período de agosto de 2020 a novembro de 2021. O modelo proposto foi adaptado a partir do “Modelo Avaliativo da atenção nutricional no contexto da APS”, desenvolvido por Machado e Lacerda (2023)¹⁶.

Foi utilizada a metodologia “*Framework* para Avaliação de Programas em Saúde Pública”, desenvolvida pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC)¹⁷. A metodologia contempla seis etapas: 1) Formação de um grupo de interessados; 2) Descrição da intervenção; 3) Focalização do Projeto de Avaliação; 4) Reunião e avaliação das evidências; 5) Justificativa das conclusões; 6) Compartilhamento das lições aprendidas. Neste estudo, o termo intervenção refere-se ao objeto avaliativo - a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS.

1) Formação de um grupo de interessados: O processo de adaptação do modelo avaliativo contou com o envolvimento e ampla participação de um grupo de interessados, composto por 20 pessoas entre professores e estudantes da área da saúde coletiva, incluindo nutricionistas, em nível de mestrado e doutorado, integrantes do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) e da disciplina de Seminários de Avaliação em Saúde, ambos vinculados ao Programa de Pós Graduação da UFSC da UFSC.

2) Descrição da intervenção: Para a descrição da intervenção, foi realizada a análise dos documentos oficiais e a revisão de literatura que possibilitaram ampliar a compreensão sobre o objeto. A análise documental incluiu normativas, portarias, diretrizes técnicas e legislações de âmbito nacional e internacional. O recorte temporal compreendeu desde a criação do marco legal do SUS (1990) até o mês de novembro de 2021, e os termos utilizados na busca foram “obesidade” e “atenção nutricional na obesidade”.

Para a revisão de literatura foram consultadas as bases eletrônicas Pubmed, Ebsco, Scopus, Web Of Science, LILACS. Os termos de busca utilizados foram “Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição” OR “Programas de Alimentação e Nutrição” OR “Ações de Alimentação e Nutrição” AND “Atenção Primária à Saúde” AND “Obesidade”. Para cada base de dados, os termos de busca foram ajustados, adicionados os sinônimos e seus correspondentes em inglês e espanhol.

A descrição da intervenção possibilitou identificar a finalidade, os objetivos, as diretrizes, as atividades e as responsabilidades previstas para a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. Além de verificar a sua estrutura e o contexto.

Com base na análise documental, na revisão de literatura, no estudo de Machado e Lacerda (2023) e na participação dos interessados na avaliação, foram elaboradas versões preliminares do Modelo Teórico (MT) e do Modelo Lógico (ML).

3) Focalização do Projeto de Avaliação: Durante os encontros com o grupo de interessados, foi esclarecido o objeto avaliativo, bem como o propósito da avaliação. Foram definidos os usuários da avaliação, ou seja, as pessoas específicas a quem interessam os resultados da avaliação e como esses resultados seriam aplicados, a fim de orientar o plano para atender às necessidades destes atores.

Também foi definida a pergunta avaliativa, a qual serviu de orientação durante todo o processo de elaboração do Modelo Avaliativo. Tratando-se de uma adaptação de um modelo avaliativo já validado (MACHADO; LACERDA, 2023), esta etapa foi fundamental para

definir a metodologia empregada na escolha das unidades de análise, na coleta e análise de dados, na interpretação e no julgamento dos resultados.

4) Reunião e avaliação das evidências: Na sequência, foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), composta de dimensões, subdimensões e indicadores, acrescida das respectivas medidas com os parâmetros e fontes de informação, utilizados para emitir o juízo de valor. Todos os itens da matriz foram justificados por meio de *rationales* baseados nas melhores evidências científicas.

4.1 Validação do Modelo Avaliativo: O modelo avaliativo composto pelo MT, ML e pela MAJ foi validado em Conferência de Consenso, realizada totalmente à distância entre os meses de maio e julho de 2021. A conferência de consenso é uma técnica mista com preenchimento de instrumentos de forma individual e discussão em grupo. Concilia a possibilidade de discussão aberta e a preservação do anonimato e permite uma logística viável (SOUZA; VIEIRA DA SILVA; HARTZ, 2005).

Foram convidados a participar do consenso 12 especialistas da área saúde, alimentação e nutrição (n=7), e avaliação de políticas públicas (n=5); selecionados pela expertise na área, reconhecida atuação e análise do currículo lattes. Buscou-se preservar a representatividade entre membros da gestão, assistência e academia. O convite foi enviado via e-mail, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O modelo avaliativo foi disponibilizado por meio da plataforma *SurveyMonkey*®, através da qual os especialistas foram convidados a emitir sua concordância plena, parcial ou discordância sobre todos os itens do MT, ML e MAJ (total de 107 itens), num prazo de 30 dias. Nos casos de concordância parcial ou discordância foi solicitada justificativa e/ou contribuição para alteração. As contribuições foram analisadas e compiladas informando para cada item: o percentual de concordância, a análise e as sugestões dos especialistas, a resposta das pesquisadoras e, na sequência, a proposta de alteração do texto ou a justificativa, em caso da manutenção do texto anterior.

Os itens seriam considerados ‘aprovados’ – quando obtivessem mais de 90% de concordância plena/parcial. Para os demais casos, os itens seriam remetidos para nova rodada até obter consenso final. Todos os itens obtiveram mais de 90% de concordância plena/parcial (Quadros 1) e as sugestões consensuais foram incluídas integralmente, descartando nova rodada de consenso. A compilação foi encaminhada aos especialistas para ciência e será apresentada nos resultados.

5) Justificativa das conclusões: A partir da validação da MAJ, na qual foram descritos os *rationales* para cada dimensão, subdimensão e indicador, foi possível fazer a análise

descritiva de cada item do modelo avaliativo, uma síntese dos resultados obtidos e emissão do juízo de valor final. Os parâmetros para emissão de juízo de valor foram definidos a partir do modelo proposto por Machado e Lacerda (2023), das evidências científicas e aspectos normativos e dos acordos firmados entre o grupo de interessados.

6) Compartilhamento das lições aprendidas: O compartilhamento das lições aprendidas garante que a avaliação atinja seu objetivo principal, que é ser útil. A partir da definição do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade nos municípios, será possível associá-lo com o contexto onde cada município está inserido, contribuindo assim, para a formulação de políticas e protocolos de cuidado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer nº 3.822.183 e 4.451.510).

Resultados

A formação do grupo de interessados fundamentou a construção das etapas iniciais deste trabalho, tais como: a pergunta de pesquisa, os objetivos, a metodologia e a elaboração da versão preliminar do modelo avaliativo. Nessa primeira versão foi realizada a adaptação do modelo avaliativo da atenção nutricional no contexto da APS, proposto por Machado e Lacerda (2023). Para a adaptação do modelo avaliativo considerou-se que a descrição da intervenção, a modelagem e a matriz avaliativa devem ser sensíveis ao ponto de atender o novo objeto avaliativo - atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. As principais alterações propostas para os modelos foram:

- Especificação do termo “ações de A&N *para o enfrentamento da obesidade*”;
- Nos aspectos de contexto municipal e local, a substituição do termo “epidemiológico” pela “Transição Epidemiológica e Nutricional” e acréscimo dos aspectos culturais;
- Nos aspectos normativos foram acrescentadas a Portaria Nº 424 de 2013 que trata das diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como Linha de Cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas; o Plano Nacional de SAN; a Estratégia Intersetorial para o enfrentamento da obesidade; e o Caderno de Atenção Básica nº 38 sobre obesidade;
- As duas dimensões de análise se mantiveram - gestão e assistência, no entanto, nas atribuições da assistência houve destaque para as ações de A&N com foco na coordenação da atenção para o enfrentamento da obesidade, para além da integralidade e organização do cuidado;

- O componente “Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de A&N” foi adicionado na adaptação do ML, sendo a principal diferença em relação aos aspectos de gestão;
- Como impacto da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade implantada, houve substituição de “Melhoria dos Indicadores de Alimentação e Nutrição e redução das DCNT associadas à alimentação” para “redução das prevalências de obesidade e doenças crônicas associadas”, especificando o objeto avaliado;
- Na MAJ foram realizados ajustes nos indicadores, de modo a contemplar as alterações listadas anteriormente, assim como nas medidas e respectivos *rationales*-compreendido como a razão e justificativa para a escolha dos componentes da matriz de avaliação, em consonância com o objeto de estudo e sua teoria.

Esse conjunto de elementos que compõem o modelo avaliativo foi submetido à conferência de consenso para apreciação dos especialistas. Participaram do consenso, especialistas da área saúde, alimentação e nutrição (n=7), e avaliação de políticas públicas (n=4). As sugestões e alterações do Modelo Teórico, Modelo Lógico e MAJ estão relatadas na sequência.

O Modelo Teórico (Figura 1) traz em destaque o objeto da avaliação, compreendido como de responsabilidade da gestão municipal, dividido em duas dimensões de análise: a gestão e a assistência. A gestão municipal é responsável pelas decisões técnicas e políticas na implantação da atenção nutricional e pela implantação de uma APS abrangente que adote o modelo da ESF ou de uma ABS que siga os princípios da modalidade abrangente.

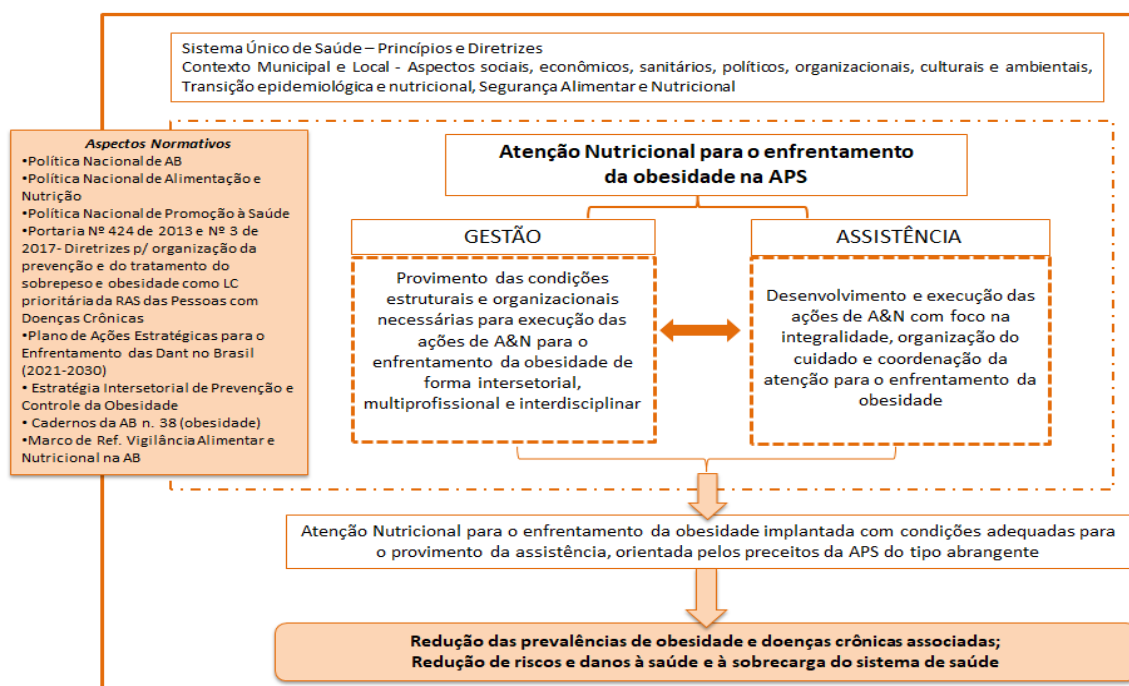
Na dimensão gestão contemplam-se os aspectos estruturais e organizacionais necessários para a execução das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade de forma intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar. Na assistência a execução das ações de alimentação e nutrição com foco na integralidade, organização do cuidado e coordenação da atenção para o enfrentamento da obesidade.

A estruturação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS é orientada pelos aspectos normativos que exercem influência sobre as ações de alimentação e nutrição. Neste ponto houve sugestão para descrever sobre o que se trata a *Portaria Nº 424 de 19 de março de 2013*, além de acrescentar a *Portaria Nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Ambas consolidam as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Inicialmente, a *Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)* e o *Plano Nacional de SAN* constavam nos aspectos normativos. Após análise dos especialistas, entendeu-se que esses documentos não induzem a atenção nutricional no âmbito da APS, considerando que esta é uma competência exclusiva e privativa do setor saúde. Segundo o especialista: “a SAN tem interface com a saúde e vice-versa, indubitavelmente, mas não a esse nível de ingerência sobre a organização da APS que cabe ao SUS, exclusivamente”.

Houve uma recomendação para “relativizar a expressão de que é de responsabilidade da gestão municipal [referindo-se à responsabilidade da gestão municipal em prover as condições necessárias para o desenvolvimento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS], já que o SUS tem gestão tripartite existindo inclusive instâncias de pactuação de ações, programas e políticas, como CIB e CIT”. A equipe optou por manter o texto original, pois entende-se que a gestão municipal está sendo avaliada em relação à capacidade de organização e estruturação da APS de modo a promover as condições ideais para que as equipes de saúde possam desenvolver a assistência de forma plena, de acordo com as diretrizes pactuadas. Outra contribuição importante foi descrever com maior clareza o conceito de atenção nutricional. Assim, o conceito de atenção nutricional foi revisado na descrição do modelo avaliativo, seguindo os preceitos da PNAN e do modelo proposto por Machado e Lacerda (2023).

Figura 1 - Modelo Teórico da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS

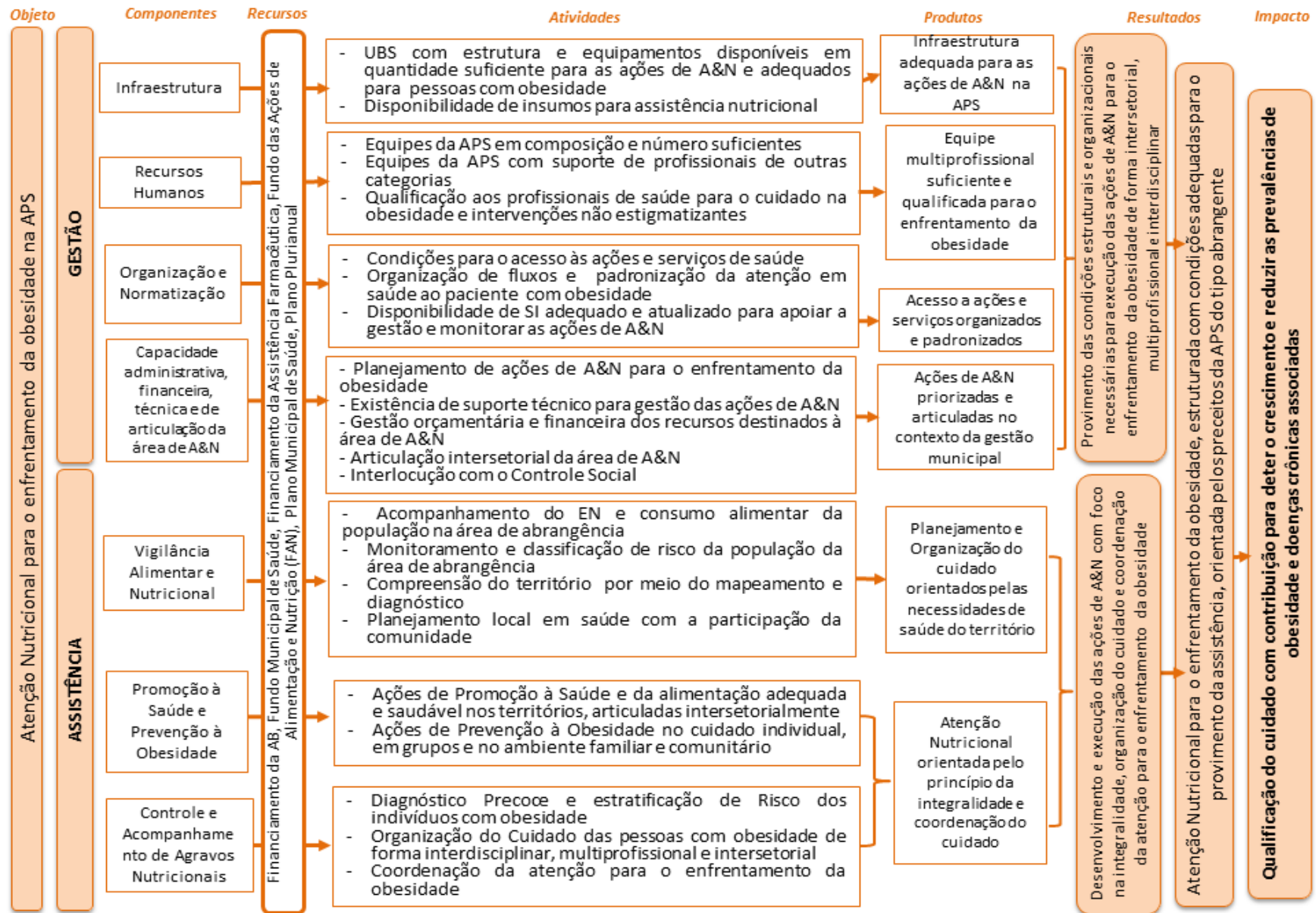


Fonte: Adaptado de Machado e Lacerda (2023)

O Modelo Lógico (Figura 2) apresenta uma sequência de elementos que apresentam relação entre si, com o objetivo de explicar a teoria do objeto avaliativo. As duas dimensões que compõem a Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade - Gestão e Assistência - são subdivididas em componentes, os quais se expressam por meio de atividades consideradas necessárias. Para tanto, espera-se que haja adequada aplicação dos recursos financeiros provenientes dos repasses federais, recursos próprios do município e demais fontes de recursos.

Em relação ao impacto, houve a seguinte contribuição: *“Creio que o resultado esperado seja a qualificação do cuidado com contribuição para a redução das prevalências e não diretamente a redução dessas prevalências, considerando que suas causas e determinantes extrapolam as competências do setor saúde. E também: “considerar como resultados esperados “deter o crescimento” da obesidade, não apenas a redução”*. Sendo assim, o impacto foi ajustado para *“Qualificação do cuidado com contribuição para deter o crescimento e reduzir as prevalências de obesidade e doenças crônicas associadas”*.

Figura 2 - Modelo Lógico da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS



Fonte: Adaptado de Machado e Lacerda (2023)

O percentual de concordância dos principais itens da MAJ está apresentado no quadro 1. A maioria das sugestões foi contemplada.

Dimensão Gestão:

Para essa dimensão, foram definidos quatro subdimensões, conforme quadro 1: *Infraestrutura*; *Recursos Humanos*; *Organização e Normatização*; e *Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de alimentação e nutrição*.

Para o conjunto de itens da *Infraestrutura* houve 38 comentários. Dois especialistas chamaram a atenção para o termo "pessoas obesas" descrito no *rationale*, sugerindo a substituição da frase "garantir acessibilidade para pessoas obesas" por "garantir acessibilidade para as pessoas com obesidade". A sugestão foi aceita pela equipe e o termo revisto em todo o modelo avaliativo. Também se questionou em relação à clareza do indicador sobre a disponibilidade de equipamentos para as ações de A&N, segundo o especialista "vai para além da disponibilidade mínima". A partir dessa contribuição, a redação do *rationale* foi ajustada, reforçando a necessidade das UBS disponibilizarem equipamentos e dispositivos de transporte adaptados às pessoas com obesidade e em condições de uso. Em relação à disponibilidade de insumos para assistência nutricional, os especialistas argumentaram que não há medicamentos incorporados ao SUS especificamente para o tratamento da obesidade. O *rationale* do indicador foi ajustado, destacando a importância da disponibilidade de medicamentos para os agravos associados à obesidade e de suplementos nutricionais, insumos fundamentais para o tratamento clínico e pós-tratamento cirúrgico da obesidade.

Em *Recursos Humanos*, sobre a suficiência de pessoal na APS, alguns especialistas propuseram esclarecer o parâmetro ideal para a análise, que é o modelo da ESF. Também expressaram dúvidas quanto à medida de cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde, que sofreu modificações após a PNAB de 2017¹⁸, considerada por eles insuficiente, portanto, a decisão da equipe foi excluí-la do modelo. Dez comentários indicaram a falta de clareza sobre o que seria considerada a oferta de atenção especializada. Justificou-se no *rationale* que a gestão municipal deve ofertar estruturas de apoio às equipes de saúde da família, tanto de atenção especializada nos diferentes níveis de atenção no âmbito da RAS quanto de suporte técnico pedagógico para oferta do cuidado no enfrentamento da obesidade. Incluiu-se o apoio de outras categorias profissionais como nutricionista, profissional de educação física e psicólogo dadas as especificidades de sua formação no controle, prevenção e cuidado da obesidade.

Na *Organização e Normatização*, um dos especialistas argumentou sobre a descrição genérica dos fluxos de encaminhamentos da APS para a Atenção Especializada. A equipe

optou pela modificação do *rationale*, especificando a estruturação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, a qual inclui a adoção de protocolos de fluxos de encaminhamentos. Houve uma observação para avaliar a pertinência de manter o termo "outro sistema informatizado" ou apenas SISVAN, SISAB e PBF para a disponibilidade de informação para a atenção nutricional e a equipe decidiu por manter, entendendo que o município pode contar com um sistema de informação próprio.

Para a *Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de alimentação e nutrição*, apesar da ampla concordância, um dos especialistas trouxe ressalvas importantes sobre a pertinência de algumas medidas, justificando: "(...) *em municípios pequenos não há área técnica de A&N e não acho prudente deslocar profissional da equipe para isso. Qualquer outro técnico na prefeitura poderá realizar esse planejamento e acompanhamento desde que solicitado.*"

Em outro trecho, o especialista afirma: "*É importante a participação de profissional da área [de A&N] na definição de compras (de algumas que serão estratégicas para a política, não todas) mas não no acompanhamento delas, é um processo burocrático que não demanda conhecimento técnico*". A equipe avaliou e decidiu por manter os itens apontados nesta subdimensão, no intuito de evidenciar o papel da gestão municipal em garantir uma área técnica de A&N com capacidade de pautar as demandas necessárias a sua pasta, com inserção nos instrumentos de planejamento e gestão, de orientar e defender que as ações de A&N sejam incluídas no orçamento, além da capacidade de articulação intersetorial, no contexto da gestão municipal.

Dimensão Assistência:

Para essa dimensão, foram definidos três subdimensões: *Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)*; *Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade*; e *Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais*.

Nos itens que compõem a *Vigilância Alimentar e Nutricional*, um especialista sugeriu a substituição por *Vigilância em Saúde*. O especialista entende que se propõe - e que é necessária - a vigilância ampliada. Ao conferir o *rationale*, o especialista afirma que está contemplado com a justificativa. Decidiu-se manter o item original, no sentido de reafirmar e fortalecer a VAN possibilitando fornecer subsídios para as decisões políticas, auxiliar no planejamento, no monitoramento e no gerenciamento das ações de A&N com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional dos indivíduos. Ainda nesta subdimensão, alguns especialistas sugeriram esclarecer o que seria "vigilância alimentar e nutricional nos espaços públicos na comunidade". O *rationale* foi revisitado, com a descrição

das ações realizadas nas UBS e no território de abrangência das equipes de saúde, incluindo creches, escolas, praças e parques, polos da Academia da Saúde, quadra de esportes, centros de convivência comunitária, etc.

Na *Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade*, um dos especialistas propôs o marco referencial da Educação Alimentar e Nutricional e chamou a atenção sobre não incluir grupos direcionados ou temáticos sobre obesidade na descrição do rationale. Ambas as sugestões foram aceitas e o texto do rationale foi ajustado. Para atender a segunda sugestão, também foram realizados pequenos ajustes nas medidas, direcionando o texto para orientações sobre alimentação com foco na prevenção da obesidade com abordagem coletiva.

Para a subdimensão *Controle e acompanhamento de agravos nutricionais*, foi sugerida a substituição da palavra “captação” por “identificação”. Segundo o especialista: “Entendo que as políticas públicas não tem o objetivo de captar indivíduos, mas garantir condições para que estes acessem as políticas. Por isso, ao invés de captação, o ideal é que os indivíduos com obesidade sejam identificados, e consigam acessar as unidades de saúde para o diagnóstico precoce e estratificação de risco”. A sugestão foi acolhida e este foi o único indicador que sofreu alteração na redação a partir da proposta original, resultando em: “Identificação, Diagnóstico Precoce e estratificação de risco”.

Quadro 1 - Síntese da matriz avaliativa com o percentual de concordância dos especialistas

ITEM	COMPONENTE	Percentual de concordância		
		Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Discordo
D1	GESTÃO	63,6	36,4	0
<i>SD1</i>	<i>Infraestrutura</i>	72,7	27,3	0
INF1	Adequação de espaço físico na UBS para a Atenção à Saúde	45,5	54,5	0
INF2	Disponibilidade de equipamentos para as ações de A&N	63,6	36,4	0
INF3	Disponibilidade de insumos para assistência nutricional	90,9	9,1	0
<i>SD2</i>	<i>Recursos Humanos</i>	90,9	9,1	0
RH1	Suficiência de Pessoal na APS	81,8	18,2	0
RH2	Suporte especializado para	63,6	36,4	0

ITEM	COMPONENTE	Percentual de concordância		
		Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Discordo
	as ações de A&N			
RH3	Qualificação das equipes de saúde	90,9	9,1	0
SD3	<i>Organização e Normatização</i>	63,6	36,4	0
ORG1	Condições para o acesso à Saúde	90,9	9,1	0
ORG2	Fluxos e padronização da Atenção em Saúde	81,8	18,2	0
ORG3	Disponibilidade de Informação para a Atenção Nutricional	90,9	9,1	0
SD4	<i>Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação</i>	63,6	36,4	0
CAP1	Planejamento de ações de A&N	90,9	9,1	0
CAP2	Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N	81,8	18,2	0
CAP3	Suporte Técnico para gestão das ações de A&N	90,9	9,1	0
CAP4	Articulação intersetorial da área de A&N	90,9	9,1	0
CAP5	Interlocução com o Controle Social	90,9	9,1	0
D2	ASSISTÊNCIA	90,9	9,1	0
SD5	<i>Vigilância Alimentar e Nutricional</i>	90,9	9,1	0
VAN1	Acompanhamento contínuo do estado nutricional e consumo alimentar	100	0	0
VAN2	Apropriação do território	90,9	9,1	0
VAN3	Planejamento Local em Saúde	100	0	0
SD6	<i>Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade</i>	100	0	0
PRO1	Ações de Promoção à Saúde	90,9	0	9,1

ITEM	COMPONENTE	Percentual de concordância		
		Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Discordo
PRO2	Ações de Prevenção à Obesidade	100	0	0
PRO3	Articulação intersetorial para PAAS	81,8	18,2	0
SD7	<i>Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais</i>	90,9	9,1	0
CON1	Identificação, Diagnóstico Precoce e estratificação de risco	90,9	9,1	0
CON2	Organização do Cuidado	90,9	9,1	0
CON3	Atenção interdisciplinar e multiprofissional	90,9	9,1	0
CON4	Coordenação do Cuidado	90,9	9,1	0

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: D= dimensão SB= subdimensão

Discussão

As contribuições dos especialistas durante a Conferência de Consenso foram fundamentais para a qualificação do modelo avaliativo proposto. Ao dialogar com os especialistas, ficou evidente a necessidade de garantir a plena compreensão do conceito de atenção nutricional adotado no modelo. A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição direcionados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos ¹⁴. Na APS do tipo abrangente ou integral, a atenção nutricional deve estar organizada para atender as demandas e necessidades de saúde do território, analisando os critérios de risco e vulnerabilidade, e deve ainda fazer parte do processo de trabalho das equipes de saúde ^{14,19}.

A concepção desta pesquisa ampliou a visão em relação ao próprio tema da obesidade. De acordo com os especialistas é importante que a obesidade seja compreendida como uma doença e não como uma característica dos indivíduos, evitando cair no foco da culpabilização do indivíduo. Nesse sentido, é fundamental resgatar nos processos de formação com os profissionais de saúde, o conceito de corresponsabilização entre profissional e usuário, que pode contribuir para evitar os extremos da culpabilização e/ou vitimização e uma compreensão contextualizada e abrangente do problema da obesidade ²⁰.

Os especialistas ressaltaram também que, levando em consideração a complexidade do problema da obesidade, o cuidado deve extrapolar o campo da saúde, sinalizando a necessidade de articulação com outros setores para o enfrentamento deste problema. As ações intersetoriais precisam ser ampliadas, fortalecidas e integradas com instituições e os outros equipamentos públicos sociais existentes nos territórios, induzindo uma APS acolhedora, ordenadora e resolutiva, capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas para os problemas relacionados à obesidade ²¹.

O componente “Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de A&N”, traduz a necessidade de participação da área técnica de A&N nos processos decisórios de planejamento e gestão municipal e do setor saúde, com a inclusão de ações e metas relacionadas a sua pasta, assim como previsão no orçamento e financiamento. Adicionalmente, a instituição e regulamentação de uma política de alimentação e nutrição municipal corroboram para esta capacidade de articulação com demais setores da administração municipal, além da participação ativa do controle social sobre as demandas de saúde da população ^{19,22}.

Considerações Finais

Devido à complexidade e à interação dos fatores que influenciam a determinação da obesidade, sabe-se que a APS assume papel principal na organização e oferta do cuidado em saúde, incluindo os portadores de obesidade.

No entanto, espera-se que a APS adote o modelo abrangente com foco na integralidade do cuidado. Nesse formato, a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade se expressa por meio de ações de gestão e de assistência com caráter intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as necessidades identificadas no território; voltada a indivíduos, famílias e comunidade, acompanhados ao longo do tempo.

O modelo avaliativo para o enfrentamento da obesidade na APS proposto neste artigo contou com ampla participação de um grupo de interessados. Buscou-se o equilíbrio entre a participação de pesquisadores da área de avaliação em saúde e nutrição em saúde pública, além de gestores de políticas públicas relacionadas à nutrição e profissionais com atuação na atenção nutricional.

A validação do modelo foi realizada por especialistas em conferência de consenso, os quais julgaram o modelo lógico, o modelo teórico e a matriz de análise e julgamento

apropriados, úteis e sensíveis para avaliar a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na APS.

Espera-se que este modelo avaliativo sirva de subsídios para desenvolvimento de futuras avaliações em nível municipal e que possa orientar os gestores de saúde na tomada de decisão acerca da atenção nutricional ofertada.

Referências

1. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, Abu-Rmeileh NM, Acosta-Cazares B, Acuin C, *et al.* Worldwidetrends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurementstudies in 128·9 millionchildren, adolescents, andadults. *The Lancet*. 2017 Jul;390(10113):2627–42.
2. Lobstein T, Brinsden H. Atlas of Childhood Obesity [Internet]. World Obesity Federation. 2019 [cited 2023 Sep 15]. p. 1–212.
3. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2020. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
4. Brasil. Atlas da Obesidade Infantil do Brasil [Internet]. Brasília; 2019. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dados_atlas_obesidade.pdf
5. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronicrelapsingprogressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2021 Jan 12];18(7):715–23.
6. Contaldo F, Santarpia L, Cioffi I, Pasanisi F. Nutrition TransitionandCancer. *Nutrients* [Internet]. 2020 Mar 18 [cited 2021 Jan 12];12(3):795.
7. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies andTheirImplications [Internet]. Vol. 45, *EndocrinologyandMetabolismClinics of North America*. W.B. Saunders; 2016 [cited 2021 Jan 12]. p. 511–20.
8. Shekar M, Popkin B. Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge [Internet]. Shekar M, Popkin B, editors. The World Bank; 2020. 233.
9. BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade [Internet]. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 212 p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
10. Hill JO, Wyatt H. Outpatient management of obesity: A primary care perspective [Internet]. Vol. 10, *Obesity Research*. North American Assoc. for the Study of Obesity; 2002 [cited 2021 Jan 12].

11. Kahan SI. Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. *Mayo Clin Proc.* 2018 Jul;93(3):351–9.
12. Semlitsch T, Stigler FL, Jeitler K, Horvath K, Siebenhofer A. Management of overweight and obesity in primary care—A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obesity Reviews* [Internet]. 2019 Sep 8 [cited 2021 Jan 12];20(9):1218–30.
13. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. da Saúde M, editor. Ministério da Saúde; 2012. 110. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
14. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. 1ª. SAÚDE M DA, Saúde S de A à, Básica D de A, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 Jan 12]. 84 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
15. Giovanella L, de Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. 2nd ed. Fiocruz, editor. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2012.
16. MACHADO PM de O, LACERDA JT. Avaliação de Programas de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde: análise de implantação. In: Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023. p. 639.
17. CDC. Framework for program evaluation in public health. *MMWR Recomm Rep* [Internet]. 1999 Jul;48(RR-11):1–40. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4811a1.htm>
18. Brasil. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 [Internet]. 2017. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
19. Bortolini GA, de Oliveira TFV, da Silva SA, da Costa Santin R, de Medeiros OL, Spaniol AM, *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2020 Jul;44:1.
20. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, Cruz MCC, Santos CRB, De Souza SR, *et al.* Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *CadSaude Publica.* 2020;36(3):1–19.
21. Ramos DB das N, Burlandy L, Dias PC, Henriques P, Castro LMC, Teixeira MRM, *et al.* Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. *CadSaude Publica.* 2020;36(6).
22. Brandão AL, Casemiro JP, dos Reis EC, Vitorino SAS, de Oliveira A da SB, Bortolini GA. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2022 Oct10;46:1.

Artigo 3

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM SANTA CATARINA

Rafaela Souza

Josimari Telino de Lacerda

Patricia Maria de Oliveira Machado

Resumo

Este artigo teve o objetivo de determinar o grau de implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em Santa Catarina e analisar aspectos de contexto. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação. Os parâmetros para emissão de juízo de valor que orientaram a análise descritiva foram definidos com base em padrões normativos, conhecimento científico e ponderações dos especialistas consultados durante a construção da proposta de adaptação do modelo avaliativo de Machado e Lacerda (2023). O grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS foi considerado incipiente em 76,4% das unidades básicas de saúde (UBS) analisadas, intermediário em 18,2% e avançado em 5,4%. O melhor resultado foi observado na subdimensão assistência e o pior na subdimensão gestão. Foram identificadas importantes deficiências com destaque para infraestrutura, condições para o acesso à saúde, fluxos e padronização da atenção, apropriação do território e organização do cuidado à pessoa com obesidade, demonstrando ações de saúde focalizadas e desarticuladas. O grau de implantação está associado com porte populacional. A superação dos desafios para a implantação da atenção nutricional voltada para o cuidado à obesidade é fundamental para a consolidação de um modelo de atenção pautado pela integralidade e coordenado pela APS.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde; Política Nutricional; Obesidade.

Abstract

This article aimed to determine the level of implementation of Nutritional Care for addressing obesity within the scope of Primary Health Care (PHC) in Santa Catarina and to analyze contextual aspects. It represents an evaluative research, focusing on implementation analysis using secondary data. The criteria for judgment that guided the descriptive analysis were established based on normative standards, scientific knowledge, and input from experts consulted during the development of the adaptation proposal for Machado and Lacerda (2018) evaluative model. The degree of implementation of nutritional care for obesity management in

PHC was considered incipient in 76.4% of the analyzed basic health units (BHUs), intermediate in 18.2%, and advanced in 5.4%. The best results were observed in the care subdimension, while the management subdimension showed the poorest performance. Significant deficiencies were identified, primarily concerning infrastructure, healthcare access, care standardization, territorial engagement, and the organization of care for individuals with obesity, reflecting focused and disjointed healthcare actions. The degree of implementation is associated with the size of the population. Overcoming the challenges for implementing nutritional care focused on obesity management is essential for consolidating a comprehensive and PHC-coordinated healthcare model.

Keywords: Health Evaluation Obesity; Nutrition Policy; Health Management; Obesity.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura que traz repercussões à saúde ¹. Pautado em estudos populacionais que indicam sua crescente prevalência no Brasil e no mundo nas últimas quatro décadas, a obesidade é considerada um grave problema de saúde pública ²⁻⁴. Na população brasileira, a prevalência de obesidade aumentou significativamente entre os anos de 2006 e 2018, passando de 11,8% para 19,8%, respectivamente ⁵.

A obesidade além de um agravo em saúde, constitui-se fator de risco para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) entre as quais: complicações metabólicas, doenças cardíacas, cerebrovasculares, diabetes tipo 2, dislipidemias, distúrbios musculoesqueléticos e alguns tipos de câncer ⁶. As causas da obesidade são multifatoriais, incluindo alimentação inadequada, aumento do consumo de alimentos processados de alta densidade calórica, gasto energético reduzido devido ao sedentarismo, além de fatores genéticos, metabólicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais ^{4,7-10}.

O Brasil vem instituindo políticas de prevenção e enfrentamento da obesidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e processo de consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a APS como porta de entrada preferencial para os serviços de saúde e responsável pela coordenação do cuidado ¹¹⁻¹⁴.

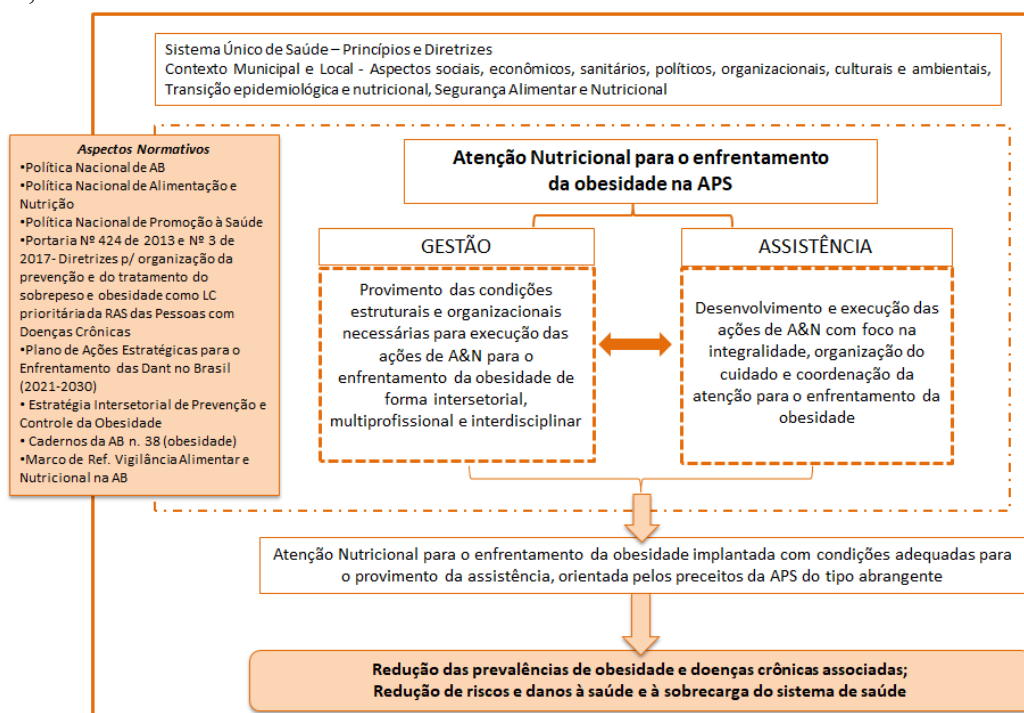
A atenção nutricional é conceituada como *um conjunto de ações em prol da promoção à saúde, prevenção, tratamento e controle dos agravos nutricionais* nos três níveis de atenção do SUS. Prevê ações intersetoriais para o enfrentamento da obesidade, ao englobar ações individuais, coletivas e ambientais de forma articulada com a RAS ^{11,15}.

Considerando que a atenção nutricional deve ser estruturada e organizada em serviços de APS resolutivos e que atendam adequadamente os indivíduos com obesidade, faz-se necessário avaliar esta intervenção nas UBS e oferecer subsídios à gestão local na perspectiva da sua consolidação nos moldes de uma APS do tipo integral ou abrangente. Desta forma, o objetivo deste artigo foi determinar o grau de implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina e analisar os aspectos de contexto.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação que consiste em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção. A medida do grau de implantação de uma intervenção busca identificar as práticas requeridas, descrever as práticas realizadas e analisar a variação na implantação diante de diferentes características contextuais^{16,17}. O modelo avaliativo utilizado é uma adaptação do modelo proposto por Machado¹⁸ com as especificidades para o enfrentamento da obesidade na APS (figura 1).

Figura 1 - Modelo Teórico da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, 2023



Fonte: Adaptado de Machado¹⁸

O modelo é composto por duas dimensões de análise: a **gestão** e a **assistência**. As duas dimensões são relacionadas, porém interdependentes, em relação ao planejamento, organização e normatização das ações prestadas. A **Gestão** deve promover as condições estruturais e organizacionais necessárias para a execução das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade de forma intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar. A **Assistência** é responsável pela execução das ações de alimentação e nutrição com foco na integralidade, organização do cuidado e coordenação da atenção. A Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade implantada nos municípios com condições adequadas para o provimento da assistência, orientada pelos preceitos da APS abrange ou integral, deverá contribuir para a redução das prevalências de obesidade e de doenças crônicas associadas, redução de riscos e consequentemente a sobrecarga do sistema de saúde.

Na aplicação do modelo foram utilizados dados provenientes das seguintes fontes: i) “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com obesidade na APS”; ii) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e; iii) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No CNES foram coletadas as informações de número de UBS por município e no IBGE foi consultada a população dos municípios, tendo como referência, o ano de 2020. Essas informações foram utilizadas como fonte para a medida “UBS localizada em município com cobertura de ESF adequada”. Para as demais medidas, foram utilizadas informações provenientes do Diagnóstico.

O “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS”, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) e universidades públicas por meio da CHAMADA CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018. O instrumento coletou informações para subsidiar o apoio e qualificação da gestão municipal para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, e estava estruturado em dois componentes: I) *Gestão das ações* de alimentação e nutrição no âmbito do setor saúde municipal, o qual foi respondido por um gestor de saúde do município; II) *Organização, gestão e o cuidado nutricional* ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, respondido por um profissional de saúde atuante da APS. Para a aplicação do questionário de coleta de dados, os municípios foram estratificados segundo o porte populacional e a distribuição por estado, sendo: *porte A*: capitais brasileiras; *porte B*: municípios acima de 150 mil habitantes; *porte C*: municípios entre 30 e 150 mil habitantes; e *porte D*: municípios abaixo de 30 mil habitantes.

Foi calculado uma amostra probabilística de UBS por estado, assumindo um erro de 5% e nível de significância de 95%. A distribuição da amostra seguiu a proporcionalidade de distribuição das UBS por estrato, e a seleção foi aleatória. A amostra incluiu 759 UBS de 253 municípios catarinenses, representando 40% do total de UBS e 85,8% dos municípios. O quadro 1 apresenta a distribuição das UBS em Santa Catarina segundo estrato populacional, amostra e participação na pesquisa.

Quadro 1 - Distribuição das UBS em Santa Catarina segundo estrato populacional, amostra e participação na pesquisa

ESTRATO	EXISTENTE	AMOSTRA	PARTICIPANTES
Porte A	45	45	37
Porte B	401	184	170
Porte C	555	238	202
Porte D	895	292	222
TOTAL	1.896	759	631

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Adotou-se como unidade de análise, as UBS localizadas em municípios de Santa Catarina que participaram do “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS”, e que responderam aos dois componentes do instrumento citados anteriormente.

Os dados foram tabulados no programa Excel e foi utilizada análise descritiva. Os parâmetros para emissão de juízo de valor foram definidos com base em padrões normativos, conhecimento científico e ponderações dos especialistas consultados durante a construção da proposta de adaptação do modelo avaliativo de Machado e Lacerda¹⁸. O Juízo de valor para as medidas foi definido com base no cumprimento dos itens estabelecidos, adotando a classificação dicotômica “bom” e “ruim”. Os indicadores compostos por duas medidas foram considerados “bom” ou “ruim” quando houve coincidência das classificações e “regular” quando as mesmas foram discordantes, nos casos com apenas uma medida adotou-se “bom” para sim e “ruim” para não. Nas demais situações, os indicadores foram analisados conforme a Matriz de Análise e Julgamento representada nos quadros 2 e 3.

Para a análise das subdimensões, das dimensões e do grau de implantação, atribuiu-se aos indicadores os escores: 10 (dez) para a classificação “bom”; 5 (cinco) para “regular”; 0 (zero) para “ruim”. O julgamento dos componentes da matriz de análise se deu com base

no somatório dos seus elementos, considerando o percentual da pontuação obtida comparado à pontuação máxima esperada, utilizando a fórmula $JV = (\sum PO / \sum PM) \times 100$. Dessa forma, considerou-se “bom” quando a pontuação obtida correspondeu a 75% ou mais do esperado; “regular” quando ficou entre 74,9% e 60%; ruim quando foi menor que 60% (quadro 2). Foi atribuído o dobro do peso para a dimensão assistência, devido a sua relevância na implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, conforme modelo de Machado¹⁸.

Para a classificação do grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento na APS adotou-se os critérios anteriormente relatados, modificando apenas a terminologia:

- 75% ou mais – avançado;
- entre 74,9% e 60% - intermediário;
- menor que 60% - incipiente.

A análise descritiva para a distribuição das UBS segundo os graus de implantação e variáveis de contexto contemplou as seguintes variáveis: Macrorregião de Saúde de Santa Catarina: Foz do Rio Itajaí; Grande Florianópolis; Grande Oeste; Meio Oeste e Serra; Planalto Norte e Nordeste; Sul; Vale do Itajaí; Porte Populacional Municipal: porte A: capital do estado; porte B: municípios acima de 150 mil habitantes; porte C: municípios entre 30 e 150 mil habitantes; e porte D: municípios abaixo de 30 mil habitantes; Cobertura de ESF: até 79,9%; entre 80% e 100%.

As variáveis do estudo foram consolidadas em banco de dados único utilizando-se o software Microsoft Office Excel® (Microsoft Corp., Estados Unidos) e posteriormente o Stata® 13.0 (StataCorp, CollegeStation, Estados Unidos) para as análises de associação. O desfecho foi dicotomizado em “implantado (1) e não implantado (0)” e utilizado teste exato de Fisher para verificar associação das variáveis de contexto e a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, em conformidade com a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sob número de parecer 3.822.183 e 4.451.510

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2023.

(Continua)

Dimensão Gestão			
Subdimensão	Indicador	Medidas	Parâmetro Agregação
1.1 Infraestrutura	1.1.1 Adequação de espaço físico na UBS para a Atenção à Saúde	UBS com espaço físico adequado para realização de atividades coletivas	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
		UBS com estrutura física que permita a circulação e permanência dos usuários com obesidade	
	1.1.2 Disponibilidade de equipamentos para as ações de A&N	UBS com disponibilidade de equipamentos adequados para o atendimento à pessoa com obesidade	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
		UBS com disponibilidade de dispositivos de transporte para a pessoa com obesidade	
	1.1.3 Disponibilidade de insumos para assistência nutricional	UBS com suporte da gestão para disponibilizar suplementos nutricionais para indivíduos com obesidade	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
		UBS localizada em município onde os pacientes indicados à cirurgia bariátrica tem acesso regular aos medicamentos necessários	
1.2 Recursos Humanos	1.2.1 Suficiência de Pessoal na APS	UBS localizada em município com cobertura de ESF adequada	Bom: $\geq 80\%$ (10) Ruim: $< 80\%$ (0)
	1.2.2 Suporte especializado para as ações de A&N	UBS que conta com atenção especializada no cuidado ao indivíduo com obesidade, nos diferentes níveis de atenção no âmbito da RAS	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
		UBS que conta com equipe multiprofissional na Rede de Atenção à Saúde no cuidado ao indivíduo com obesidade	
	1.2.3 Qualificação das equipes de saúde	UBS cujas equipes foram capacitadas para o atendimento ao indivíduo com obesidade	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
		UBS localizada em município que incentiva a educação permanente e/ou de educação continuada sobre prevenção e controle da obesidade	

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2023.

(Continuação)

Dimensão Gestão			
Subdimensão	Indicador	Medidas	Parâmetro Agregação
1.3 Organização e Normatizaçã o	1.3.1 Condições para o acesso à Saúde	UBS com disponibilidade de atendimento em horário estendido	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
		UBS que possibilita a participação do usuário na decisão sobre horário e frequência dos atendimentos	
	1.3.2 Fluxos e padronização da Atenção em Saúde	UBS localizada em município que utiliza Unidade/central de Regulação para a organização do cuidado aos usuários com obesidade	Bom (10): três medidas “bom”; Regular (5): duas medidas “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): todas as medidas “ruim”
		UBS localizada em município que disponibiliza protocolos de encaminhamentos da APS para a Atenção Especializada	
		UBS localizada em município que disponibiliza protocolos clínicos, guias ou documentos orientativos para atenção à obesidade	
	1.3.3 Disponibilidade de Informação para a Atenção Nutricional	UBS que realiza atualização e monitoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN web)	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
		UBS localizada em município que utiliza algum sistema de informação do MS para apoiar a gestão e monitorar as ações de A&N	

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2023.

(Continuação)

Dimensão Gestão			
Subdimensão	Indicador	Medidas	Parâmetro Agregação
1.4 Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação	1.4.1 Planejamento de ações de A&N	UBS localizada em município com participação da área técnica de A&N nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
		UBS localizada em município com uma política de A&N instituída e regulamentada	
	1.4.2 Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N	UBS localizada em município onde a área técnica de A&N orienta e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua pasta	Bom (10): três medidas “bom”; Regular (5): duas medidas “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): todas as medidas “ruim”
		UBS localizada em município onde a área técnica de A&N acompanha os processos licitatórios relacionados a sua área de atuação	
		UBS localizada em município que alocou recursos financeiros próprios para ações de enfrentamento à obesidade	
	1.4.3 Suporte Técnico para gestão das ações de A&N	UBS localizada em município com Responsável Técnico pela gestão das ações de alimentação e nutrição	Bom: sim (10) Ruim: não (0)
	1.4.4 Articulação intersetorial da área de A&N	UBS localizada em município com participação da área de Alimentação e Nutrição da SMS em processos decisórios de planejamento e gestão intersetorial	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
		UBS localizada em município que desenvolve ações interssetoriais de A&N junto aos diferentes setores da gestão municipal e da sociedade civil	
	1.4.5 Interlocação com o Controle Social	UBS localizada em município que disponibiliza canal de ouvidoria e/ou orientação sobre programas e ações de A&N	Bom (10): 2 ou mais medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e demais “ruim”; Ruim (0): todas as medidas “ruim”
		UBS localizada em município que apresenta a situação alimentar e nutricional da população e reivindica ação de A&N junto ao CMS	
		UBS localizada em município com participação da área de A&N em alguma instância de controle social	
		UBS localizada em município que inclui ações e demandas da área de A&N nas discussões da conferência municipal de saúde	

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2023.

(Continuação)

Dimensão Assistência			
Subdimensão	Indicador	Medidas	Parâmetro Agregação
2.1 Vigilância Alimentar e Nutricional	2.1.1 Acompanhamento contínuo do estado nutricional e consumo alimentar	UBS que realiza ações de vigilância nutricional voltadas a toda população em diferentes locais do território adstrito	Bom (10): três medidas “bom”; Regular (5): duas medidas “bom” e uma “ruim”; Ruim (0): todas as medidas “ruim”
		UBS que realiza avaliação do estado nutricional e/ou composição corporal de pessoas com sobrepeso e obesidade	
		UBS que realiza avaliação do consumo alimentar de pessoas com sobrepeso e obesidade	
	2.1.2 Apropriação do território	UBS que realiza o mapeamento das áreas de risco para insegurança alimentar e nutricional no território	Bom (10): três medidas “bom”; Regular (5): duas medidas “bom” e uma “ruim”; Ruim (0): todas as medidas “ruim”
		UBS que realiza o diagnóstico do sistema de produção, abastecimento e/ou comercialização de alimentos saudáveis no território	
		UBS que identifica a estrutura comunitária de apoio e/ou programas de proteção social às pessoas ou famílias em situação de vulnerabilidade	
	2.1.3 Planejamento Local em Saúde	UBS que realiza a seleção e priorização dos problemas no território com base em indicadores de alimentação e nutrição	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
UBS cujas equipes realizam o planejamento das ações de forma conjunta com a comunidade e/ou outros profissionais			

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2023.

(Continuação)

Dimensão Assistência			
Subdimensão	Indicador	Medidas	Parâmetro Agregação
2.2 Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade	2.2.1 Ações de Promoção à Saúde	UBS que desenvolve ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física/práticas corporais no território	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
		UBS que realiza oficinas culinárias de valorização da cultura alimentar	
	2.2.2 Ações de Prevenção à Obesidade	UBS que realiza orientações sobre alimentação com foco na prevenção da obesidade com abordagem coletiva	Bom (10): três medidas “bom”; Regular (5): duas medidas “bom” e uma “ruim”; Ruim (0): todas as medidas “ruim”
		UBS que desenvolve orientação sobre alimentação com abordagem individual às pessoas com obesidade	
		UBS que desenvolve orientação relacionada à atividade física com abordagem individual	
	2.2.3 Articulação intersetorial para PAAS	UBS que realiza articulação intersetorial para desenvolver ações de educação alimentar e nutricional no território	Bom (10): ambas as medidas “bom”; Regular (5): uma medida “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas as medidas “ruim”
UBS que apoia a implantação e manutenção de estratégias para facilitar o acesso a alimentos saudáveis, por meio da articulação com outros setores públicos e parcerias locais			

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2023.

(Continuação)

Dimensão Assistência				
Subdimensão	Indicador	Medidas Parâmetro/Fonte	Parâmetro Agregação	
2.3 Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	2.3.1 Identificação, Diagnóstico Precoce e Estratificação de Risco	UBS que realiza a identificação de indivíduos com obesidade por meio da demanda espontânea	Bom (10): uma ou mais medidas “bom”; Ruim (0): todas as medidas “ruim”	Bom (10): ambas “bom”; Regular (5): uma “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas “ruim”
		UBS que realiza a identificação indivíduos com obesidade por meio da busca ativa		
		UBS localizada em município que realiza o diagnóstico precoce da obesidade, a partir do acompanhamento nutricional		
		UBS localizada em município que realiza estratificação de risco/classificação de gravidade para obesidade	Bom: sim (10) Ruim: não (0)	
	2.3.2 Organização do cuidado	UBS que realiza pactuação entre usuário e profissional sobre as metas e os resultados do cuidado alimentar e nutricional	Bom (10): três medidas “bom”; Regular (5): duas medidas “bom” e uma “ruim”; Ruim (0): todas as medidas “ruim”	
		UBS localizada em município que realiza a busca ativa de faltosos para acompanhamento da obesidade		
		UBS que realiza avaliação do processo de trabalho e dos resultados alcançados no cuidado de pessoas com obesidade		

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2023.

(Conclusão)

Dimensão Assistência				
Subdimensão	Indicador	Medidas	Parâmetro Agregação	
2.3 Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	2.3.3 Atenção Interdisciplinar e Multiprofissional	UBS que elabora Projeto Terapêutico Singular (PTS) no cuidado de pessoas com obesidade	Bom (10): uma ou mais medidas “bom”; Ruim (0): todas as medidas “ruim”	
		UBS que oferta suporte psicológico no cuidado a pessoas com obesidade		
		UBS que desenvolve ações coletivas com abordagem cognitiva comportamental, oferta Práticas Integrativas Complementares (PICS) ou ações de atividade física no espaço da Academia da Saúde		
		UBS que realiza atendimento com profissional nutricionista	Bom: sim (10) Ruim: não (0)	Bom (10): ambas “bom”; Regular (5): uma “bom” e outra “ruim”; Ruim (0): ambas “ruim”
	2.3.4 Coordenação do Cuidado	UBS localizada em município que realiza gestão de listas de espera dos pacientes com obesidade encaminhados aos outros pontos de atenção	Bom (10): três ou mais medidas “bom”; Regular (5): duas medidas “bom” e outras duas “ruim”; Ruim (0): todas as medidas “ruim”	
		UBS cujas equipe utiliza protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para atendimento às pessoas com obesidade na APS		
		UBS cuja equipe adota fluxos de referência e contrarreferência para os usuários encaminhados à atenção especializada		
UBS que realiza o acompanhamento dos usuários antes e após cirurgia bariátrica na RAS				

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 3 - Matriz de julgamento da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, 2023

Dimensão	Subdimensão	Julgamento		
		Subdimensão	Dimensão	GI
1. Gestão	1.1 Infraestrutura	\sum PM: 30	\sum PM: 140	\sum PM: 340 $\geq 75\%$: avançado 74,9% e 60% intermediário <60%: incipiente
	1.2 Recursos Humanos	\sum PM: 30		
	1.3 Organização e Normatização	\sum PM: 30		
	1.4 Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação	\sum PM: 50		
2. Assistênci a	2.1 Vigilância Alimentar e Nutricional	\sum PM: 30	\sum PM: 100 (peso 2)	
	2.2 Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade	\sum PM: 30		
	2.3 Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	\sum PM: 40		

Fonte: Dados da pesquisa

Resultados

Foram avaliadas 631 unidades básicas de saúde, distribuídas em 208 municípios de Santa Catarina, correspondendo a 70,5% dos municípios do estado. A amostra apresentou distribuição heterogênea, com representação nas 9 macrorregiões de saúde do estado.

O grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS foi considerado incipiente em 76,4% das UBS analisadas, e avançado em apenas 5,4%. O detalhamento da distribuição segundo os itens da matriz avaliativa está na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de unidades de saúde avaliadas para implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, segundo os indicadores, subdimensões e dimensões com juízo de valor (n=631). Dados da pesquisa, 2023.

Dimensão	Classificação					
	Ruim		Regular		Bom	
	n	%	n	%	n	%
Gestão	550	87,2	71	11,3	10	1,6
<i>Infraestrutura</i>	556	88,1	38	6,0	37	5,9
Adequação de espaço físico	362	57,4	205	32,5	64	10,1
Disponibilidade de equipamentos	394	62,4	177	28,1	60	9,5
Disponibilidade de insumos	319	50,6	214	33,9	98	15,5
<i>Recursos Humanos</i>	370	58,6	157	24,9	104	16,5
Suficiência de Pessoal na APS	325	51,5	-	-	306	48,5
Suporte especializado para as ações de A&N	82	13,0	251	39,8	298	47,2
Qualificação das equipes de saúde	187	29,6	338	53,6	106	16,8
<i>Organização e Normatização</i>	460	72,9	114	18,1	57	9,0
Condições para o acesso à Saúde	292	46,3	243	38,5	96	15,2
Fluxos e padronização da Atenção em Saúde	275	43,6	230	36,5	126	20,0
Disponibilidade de Informação para a Atenção Nutricional	44	7,0	441	69,9	146	23,1
<i>Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação</i>	436	69,1	99	15,7	96	15,2
Planejamento de ações de A&N	414	65,6	128	20,3	89	14,1
Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N	250	39,6	228	36,1	153	24,2
Suporte Técnico para gestão das ações de A&N	359	56,9	-	-	272	43,1
Articulação intersetorial da área de A&N	250	39,6	256	40,6	125	19,8
Interlocução com o Controle Social	147	23,3	246	39,0	238	37,7
Assistência	389	61,6	136	21,6	106	16,8
<i>Vigilância Alimentar e Nutricional</i>	405	64,2	127	20,1	99	15,7
Acompanhamento contínuo do estado nutricional e consumo alimentar	188	29,8	244	38,7	199	31,5
Apropriação do território	445	70,5	99	15,7	87	13,8
Planejamento Local em Saúde	225	35,7	2	0,3	404	64,0
<i>Promoção à saúde e prevenção à obesidade</i>	447	70,8	92	14,6	92	14,6
Ações de Promoção à Saúde	111	17,6	434	68,8	86	13,6
Ações de Prevenção à Obesidade	131	20,8	320	50,7	180	28,5
Articulação intersetorial para PAAS	356	56,4	165	26,1	110	17,4
<i>Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais</i>	281	44,5	128	20,3	227	36,0
Identificação, Diagnóstico Precoce e estratificação de risco	42	6,7	160	25,4	429	68,0
Organização do Cuidado	405	64,2	158	25,0	68	10,8
Atenção interdisciplinar e multiprofissional	172	27,3	118	18,7	341	54,0
Coordenação do Cuidado	150	23,8	127	20,1	354	56,1
Grau de Implantação	482	76,4	115	18,2	34	5,4

Na dimensão **Gestão** observou-se pior resultado quando comparado à dimensão **Assistência**, com 87,2% das UBS classificadas como “ruim”, ou seja, sem a garantia de condições estruturais e organizacionais para o provimento das ações de A&N no enfrentamento da obesidade. O mesmo comportamento foi observado nas quatro subdimensões deste componente, com menos de 1/5 das UBS com classificação “bom” nos aspectos de *Infraestrutura* (5,9%), *Organização e Normatização* (9,0%), *Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação* (15,2%) e *Recursos Humanos* (16,5%).

Os indicadores da dimensão **Gestão** onde as unidades apresentaram os melhores resultados foram “Suficiência de Pessoal na APS”, “Suporte especializado para as ações de A&N”, “Suporte Técnico para gestão das ações de A&N” e “Interlocução com o Controle Social”, com o percentual de classificação “bom” variando entre 48,5% e 37,7%, respectivamente.

O melhor resultado na dimensão **Assistência** corresponde a 16,8% das UBS classificadas com um bom desenvolvimento e execução das ações de A&N para o enfrentamento da obesidade, 10,5 vezes o observado na dimensão **Gestão**. Destaque para o *Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais* com o maior percentual de UBS classificadas como “bom” dentre todas as subdimensões da MAJ. *Vigilância Alimentar e Nutricional* e *Promoção à saúde e prevenção à obesidade* seguem o mesmo comportamento das demais dimensões, com menos de 1/5 das UBS com classificação “bom”.

Indicadores como destaque positivo nesta dimensão foram “Identificação, Diagnóstico Precoce e estratificação de risco”, “Planejamento Local em Saúde”, “Coordenação do Cuidado” e “Atenção interdisciplinar e multiprofissional” com mais de 54% das UBS cumprindo satisfatoriamente os requisitos analisado. Em contraponto estão “Apropriação do território”, “Organização do Cuidado” e “Articulação intersetorial para PAAS” com elevados percentuais de UBS classificadas como “ruim”, respectivamente 70,5%, 64,2% e 56,4%.

A tabela 2 apresenta a distribuição das UBS de acordo com o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS e as variáveis de contexto. A variável porte municipal foi a única apresentou associação estatisticamente significativa com com maior percentual de UBS avaliadas como implantadas na capital ($p=0,003$).

Tabela 2 - Distribuição das UBS de acordo com o grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS e variáveis de contexto (n= 631). Dados da pesquisa, 2023.

Variáveis de contexto	Não implantado	Implantado	<i>Valor-p*</i>
Categorias	n (%)	n (%)	
Santa Catarina (total)	597 (94,6)	34 (5,4)	
Macrorregiões de saúde			0,054
Foz do Rio Itajaí	43 (95,6)	2 (4,4)	
Grande Florianópolis	75 (88,2)	10 (11,8)	
Grande Oeste	78 (97,5)	2 (2,5)	
Meio Oeste e Serra	97 (97,0)	3 (3,0)	
Planalto Norte e Nordeste	108 (94,7)	6 (5,3)	
Sul	93 (92,1)	8 (7,9)	
Vale do Itajaí	103 (97,2)	3 (2,8)	
Porte Municipal			0,003
A: capital do estado	30 (81,1)	7 (19,9)	
B: >150 mil habitantes	160 (94,1)	10 (5,9)	
C: entre 30 e 150 mil habitantes	197 (97,5)	5 (2,5)	
D: <30 mil habitantes	210 (94,6)	12 (5,4)	
Cobertura da ESF			0,096
Até 79,9%	313 (96,3)	12 (3,7)	
Entre 80% e 100%	284 (92,8)	22 (7,2)	

**Teste exato de Fisher*

Discussão

Segundo os dados do presente estudo, é incipiente a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina, na grande maioria das unidades avaliadas, assim como nas dimensões e subdimensões de análise.

Os aspectos de *Infraestrutura* foram destaque entre os piores resultados da avaliação. A adequação do espaço físico das UBS para a realização de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas, práticas integrativas complementares de saúde (PICS) é fundamental para garantir as ações de promoção à saúde e prevenção¹⁹. No contexto da obesidade, ressalta-se a acessibilidade para as pessoas, interna e externamente, como por exemplo: cadeiras, bancos e mesa de exame adequados, largura das portas e corredores, rampas e banheiros adequados^{20,21}. Outro ponto importante foi a baixa disponibilidade de

equipamentos e dispositivos de transporte nas UBS, adequados à pessoa com obesidade. Além da disponibilidade mínima de equipamentos para as ações de A&N, como balança adulto e infantil, fitas métricas, réguas antropométricas, é necessário equipar as UBS com balança com capacidade máxima de 230kg, aparelhos de pressão adaptados às pessoas com obesidade, cadeira de rodas, maca de transferência e dispor de veículo adaptado, além de garantir que todos os equipamentos estejam em condições de uso^{20,21}.

A subdimensão *Recursos Humanos*, apresentou os resultados mais favoráveis dentro do escopo da gestão. É premente adequar o número de equipes de saúde da família para garantir a cobertura suficiente e a consolidação da APS e oferecer o suporte de diferentes profissionais para o atendimento integral às pessoas com obesidade, e às demais necessidades de saúde do território²². Além disso, a oferta sistemática e regular de qualificação dos profissionais da APS e gestores do SUS para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado das pessoas com obesidade reflete a preocupação da gestão municipal com a implantação atenção nutricional para o cuidado do indivíduo com obesidade na APS e práticas menos estigmatizantes^{23,24}.

Na *Organização e Normatização* avaliou-se o compromisso da gestão municipal com a disponibilidade contínua de informações para a Atenção Nutricional, com resultado regular na maioria das unidades de saúde avaliadas. A disponibilidade contínua de informações é importante para apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade^{22,25,26}. Os resultados negativos para as condições de acesso à saúde e para os fluxos e padronização da atenção à saúde revelam que ainda há um caminho a percorrer. A APS constitui-se “porta de entrada” preferencial para o sistema de saúde e o primeiro contato com a população. Garantir o funcionamento das UBS em horário estendido e a participação do usuário na decisão sobre horário e frequência dos atendimentos, são possibilidades para facilitar o acesso e a execução das atividades²⁷. Além disso, a pactuação de fluxos de encaminhamento e de regulação para articulação da APS com os diferentes pontos de atenção e a padronização de protocolos clínicos são importantes para a garantia da integralidade em saúde, além de qualificar o encaminhamento e a assistência à saúde por meio da equidade do acesso e coordenação do cuidado ao indivíduo com obesidade^{22,28}.

O resultado observado na subdimensão *Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da gestão* indica que apesar da presença do profissional nutricionista responsável técnico, há baixa capacidade desta área técnica em pautar aspectos prioritários e necessários ao pleno desenvolvimento das ações que fazem parte do escopo da atenção nutricional. Demonstra a falta de compromisso da gestão municipal com o planejamento de

ações de A&N. Essas ações devem estar regulamentadas através de uma política de A&N implementada no município, que deve dialogar com as demais políticas públicas desenvolvidas e em consonância com a PNAN do nível federal²⁹.

Alguns pontos positivos foram observados nesta subdimensão. A gestão municipal se compromete com a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade quando inclui a área técnica de A&N nas instâncias de planejamento e gestão da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), educação, assistência social, além de viabilizar e promover ações intersetoriais de A&N junto às estruturas e equipamentos de diferentes setores de governo e da sociedade civil^{30,31}. A gestão municipal também expõe compromisso com a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade quando respeita e garante que o controle social participe na formulação, fiscalização e deliberação sobre as políticas de saúde, incluindo aquelas relacionadas à obesidade^{22,32}.

Na *Vigilância Alimentar e Nutricional*, o destaque positivo foi para o acompanhamento do estado nutricional e consumo alimentar da população e para o planejamento local, indicando uma preocupação das equipes com o monitoramento contínuo dos marcadores de alimentação e nutrição, os quais indicam os fatores de risco associados à obesidade^{26,33,34}. Ainda nesta subdimensão, o planejamento das ações para o enfrentamento da obesidade deve fazer parte da rotina de trabalho das equipes da APS, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde do território, contudo, o indicador que avaliou a apropriação do território teve resultado muito incipiente. Este achado pode estar relacionado à PNAB atualizada em 2017, que trouxe a possibilidade de a equipe de atenção básica não possuir em sua composição, o agente comunitário de saúde (ACS), o qual tem papel fundamental na mobilização e orientação comunitária, assim como na compreensão e inserção territorial^{35,36}.

Na *Promoção à saúde e prevenção à obesidade*, o resultado ruim para articulação intersetorial para a PAAS, indica o desafio das equipes de atenção primária no desenvolvimento das ações intersetoriais, as quais precisam ser ampliadas, fortalecidas e integradas com instituições e os outros equipamentos públicos sociais existentes nos territórios, induzindo uma APS acolhedora, ordenadora e resolutiva, capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas para os problemas relacionados à obesidade³⁷. Além disso, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e o incentivo à prática de atividade são vertentes da promoção à saúde e devem ser realizadas pelas equipes de APS, além de comporem uma agenda de intervenções estratégicas para

prevenção da obesidade no território, refletindo assim, o componente assistencial da atenção nutricional para enfrentamento deste agravo ²⁶.

Por fim, na subdimensão *Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais*, a avaliação revelou que as UBS se preocupam com a identificação, diagnóstico precoce e estratificação de risco da obesidade. O acesso a exames diagnósticos na APS pressupõe a qualidade do atendimento clínico e melhor adequação aos tratamentos adotados à conduta profissional. E a partir do diagnóstico, estabelece-se a estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades, com o objetivo de promover equidade no acesso ^{11,13,38}.

Em contrapartida, o resultado incipiente para o indicador Organização do Cuidado pode estar relacionado com a dificuldade para a implantação das Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no SUS (LCSO)³⁹, as quais orientam, na perspectiva da gestão, o itinerário de cuidados dos usuários do SUS na Rede de Atenção à Saúde. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, é necessário encarar a obesidade como doença complexa e importante fator de risco para outras doenças e agravos, como as cardiovasculares e câncer ⁶. Nesse sentido, o modelo de avaliação para o enfrentamento da obesidade é importante, ao reforçar a necessidade de colocar o fenômeno da obesidade como uma agenda prioritária para a gestão e a assistência em saúde.

O modelo avaliativo proposto foi capaz de identificar as fragilidades da implantação desta intervenção no contexto da APS, além de ter o potencial para ser utilizado em novas pesquisas científicas para analisar em profundidade as características de contexto local. Este estudo apresenta como limitação a falta de observação *in loco* dos resultados apresentados. Não se pode descartar uma imprecisão da realidade por parte dos respondentes. Adicionalmente, destaca-se o fato de a coleta de dados ter ocorrido em período anterior à pandemia do coronavírus, o que pode ter complicado a situação da implantação.

Considerações finais

Os resultados apresentados nesta pesquisa revelam um cenário preocupante sobre a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS em Santa Catarina. Identificou-se que as equipes realizam atividades de promoção à saúde e ações de vigilância alimentar e nutricional, ofertam atenção interdisciplinar e multiprofissional e contam com profissionais qualificados. No entanto, apresentam importantes deficiências em relação à infraestrutura, condições para o acesso à saúde, fluxos e padronização da atenção, apropriação

do território e organização do cuidado à pessoa com obesidade, demonstrando ações de saúde focalizadas e desarticuladas, impondo grandes desafios a serem superados pela gestão municipal.

Com a recente retomada das equipes multiprofissionais no contexto da APS seria oportuno uma nova consulta junto às UBS para o diagnóstico das ações desenvolvidas no novo formato de atuação. O cumprimento das ações de alimentação e nutrição previstas para o enfrentamento da obesidade, podem auxiliar no processo de construção das Linhas de Cuidado ao Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS, considerando o papel APS na coordenação do cuidado em saúde.

Referências

1. WHO. Obesidade e excesso de peso [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Ferreira AP de S, Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB de. Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2021;24(suppl 2).
3. Hernandez RJ, Dominguez YA, Moncada EOM. Prevalencia y tendencia actual del sobrepeso y la obesidad en personas adultas en el mundo. *Revista Cubana de Endocrinología* [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 2];30(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532019000300009&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Malta DC, Andrade SC, Claro RM, Bernal RTI, Monteiro CA. Trends in prevalence of overweight and obesity in adults in 26 Brazilian state capitals and the Federal District from 2006 to 2012. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014;17(suppl 1):267–76.
5. IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil [Internet]. 1st ed. Vol. 1. IBGE; 2020. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
6. Lee J woo, Choi YE, Kim D wook, Lee S, Cho KH. Trends in socioeconomic costs of morbid obesity among Korean adults, 2009–2013: Data from National Health Insurance Service. *Obes Res Clin Pract*. 2018 Jul;12(4):389–93.
7. Campbell-Scherer D, ii SW, iii ABAKBk, iv HPV, Psych TRMV. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management [Internet]. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. 2020. p. 1–14. Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/primarycare>
8. Hawkes C, Demaio AR, Branca F. Double-duty actions for ending malnutrition within a decade [Internet]. Vol. 5, *The Lancet Global Health*. Elsevier Ltd; 2017 [cited 2021 Jan 12]. p. e745–6. Available from: www.thelancet.com/lancetgh

9. Hill JO. Understanding and Addressing the Epidemic of Obesity: An Energy Balance Perspective. *Endocr Rev* [Internet]. 2006 Dec 1 [cited 2021 Jan 14];27(7):750–61. Available from: <https://academic.oup.com/edrv/article/27/7/750/2355230>
10. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet* [Internet]. 2019 Jul;393(10173):791–846. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673618328228/fulltext>
11. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. 1a. SAÚDE M DA, Saúde S de A à, Básica D de A, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 Jan 12]. 84 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
12. Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade [Internet]. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 212 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_ca_b38.pdf
13. Brasil. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde. 2020 [cited 2023 Jul 23]. p. 1–55. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf
14. Brasil. PORTARIA No 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013 [Internet]. Brasil; 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html
15. Machado PM de O. Atenção Nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde: análise de implantação em municípios brasileiros [Tese]. Atenção Nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde: análise de implantação em municípios brasileiros. Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.
16. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A pierre, Hartz Z. Avaliação conceitos e métodos. FIOCRUZ, editor. Rio de Janeiro; 2011. 292 p.
17. Denis JL, Champagne F. Análise da Implantação. In: Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1st ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49–88.
18. Machado PM de O, Lacerda JT. Avaliação de Programas de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde: análise de implantação. In: Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023. p. 639.
19. Machado PM de O, Lacerda JT de, Colussi CF, Calvo MCM. Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2021;30(2).

20. Brandão AL, dos Reis EC, da Silva CVC, Seixas CM, Casemiro JP. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. *Saúde em Debate*. 2020 Jul;44(126):678–93.
21. Reis EC dos, Brandão AL, Casemiro JP. Práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e processos de trabalho. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2021 May;16.
22. Brandão AL, Casemiro JP, dos Reis EC, Vitorino SAS, de Oliveira A da SB, Bortolini GA. Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022 Oct10;46:1.
23. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, Cruz MCC, Santos CRB, De Souza SR, *et al*. Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *CadSaude Publica*. 2020;36(3):1–19.
24. Giovanella L, de Mendonça MHM. *Atenção Primária à Saúde*. 2nd ed. Fiocruz, editor. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2012.
25. Brasil. Marco de Referência da Vigilância Alimentar Nutricional. 2015. p. 56.
26. Bortolini GA, de Oliveira TFV, da Silva SA, da Costa Santin R, de Medeiros OL, Spaniol AM, *et al*. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020 Jul;44:1.
27. Starfield B. *Atenção Primária Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
28. De Almeida ER, de Sousa ANA, Brandão CC, de Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. [National primary health care policy in Brazil: an analysis of the review process (2015-2017) Política Nacional de Atención Básica en Brasil: un análisis del proceso de revisión (2015-2017)]. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e180.
29. Bortolini GA, Pereira TN, Nilson EAF, Pires ACL, Moratori MF, Ramos MKP, *et al*. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. *CadSaude Publica*. 2021;37(suppl 1).
30. Melo FCT de, Carvalho DF de. Intersetorialidade das ações de alimentação e nutrição relação com a prevalência de obesidade no estado da Paraíba. *Revista De Nutrição*. 2023;35:1–12.
31. Caisan. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios [Internet]. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. 2014 [cited 2021 Jan 17]. p. 39. Available from: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf

32. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(suppl 1):557–70.
33. Silva N de J, Mello e Silva JF de, Carrilho TRB, Pinto E de J, Andrade R da CS de, Silva SA, *et al*. Qualidade dos dados antropométricos infantis do Sisvan, Brasil, 2008-2017. *RevSaude Publica*. 2023 Sep 14;57(1):62.
34. Campos DS, Fonseca PC. A vigilância alimentar e nutricional em 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *CadSaude Publica*. 2021;37(suppl 1).
35. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018 Sep;42(spe1):244–60.
36. Brasil. PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 [Internet]. 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
37. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Luz LA Da, *et al*. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde em Debate*. 2014;38(special).
38. da Costa Alberto NSM, de Barros DC, Vitorino SAS, de Oliveira Cardoso O. Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. *Saúde em Debate*. 2022 Jul;46(133):405–20.
39. Ferreira CR, Cesse EÂP, Alves CK de A. Avaliação do grau da implantação da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade na Região de Saúde Central do Distrito Federal [Dissertação]. [Brasília]: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese avaliou a implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade no contexto da APS em Santa Catarina e revelou um cenário preocupante para a grande maioria das unidades básicas de saúde avaliadas. Os resultados apontaram fragilidades importantes do ponto de vista da gestão municipal e que precisam ser superadas para efetivar a atenção nutricional, compreendida neste estudo, como um conjunto de ações desenvolvidas em prol da promoção à saúde, prevenção, tratamento e controle dos agravos nutricionais e que devem ocorrer de forma transversal às demais ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na atenção primária. A atenção nutricional prevê ações intersetoriais desenvolvidas de forma articulada com a RAS, tendo a APS do tipo abrangente ou integral como referência.

O modelo avaliativo proposto foi adaptado a partir do modelo de Machado e Lacerda (2023) que analisou a atenção nutricional na APS e passou por um longo processo de construção, aprimoramento e validação até a versão final. O enfoque para o enfrentamento da obesidade vem ao encontro do atual cenário epidemiológico que revela elevadas prevalências de obesidade em todos os países do mundo e que atinge todas as faixas etárias e estratos sociais.

É necessário juntar esforços para reverter este panorama e a contribuição desta tese para a saúde coletiva é apontar o que se espera de um modelo de atenção à saúde em desenvolvimento na APS, com a inclusão de elementos que compõe a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade e que devem estar presentes em todos os municípios. Além disso, a identificação de unidades básicas de saúde localizadas em municípios com maior e menor grau de implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade subsidia o planejamento de políticas públicas que promovam as condições necessárias ao pleno desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, incluindo o seu financiamento.

A tese evidenciou que as UBS melhor avaliadas em Santa Catarina encontram-se localizadas nas macrorregiões de saúde da Grande Florianópolis e Sul, na capital e com 80% ou mais de cobertura da ESF, caracterizando contextos mais favoráveis à implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. Tais achados podem direcionar o investimento financeiro, de capacitação da gestão e também dos profissionais de saúde aos contextos menos favoráveis, a fim de melhorar os resultados apresentados.

A incipiência da implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade apresentada neste estudo pode estar relacionada com as políticas de austeridade fiscal e com o negacionismo à comunidade científica que o nosso país enfrentou nos últimos

anos, intensificado pelo teto do gasto definido pela Emenda Constitucional nº 95 – EC 95, a qual congelou os investimentos para a área da saúde pelos próximos anos.

Apesar dos esforços despendidos pela equipe técnica nos órgãos de gestão, em especial no nível federal, e que puderam ser verificados nas normas e publicações técnicas vigentes durante as revisões de literatura para a construção da tese, ainda há um longo caminho a percorrer no fortalecimento da área técnica de alimentação e nutrição em pautar as ações referentes à pasta nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, em cada município catarinense.

Foi evidenciado também a priorização de ações de vigilância alimentar e nutricional focalizadas e voltadas ao monitoramento de agravos, em detrimento ao reconhecimento e vivência do território em saúde, onde os indivíduos vivem e trabalham. Além disso, a atuação intersetorial para o desenvolvimento da atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na APS obteve padrões ruins na avaliação realizada, demonstrando as debilidades da saúde em atuar de forma conjunta com os demais setores da gestão pública municipal.

A implantação incipiente ou a não-implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, pode trazer graves implicações para a saúde pública. A gravidade e a complexidade da obesidade estão amplamente discutidas na literatura científica, além de caracterizar-se como uma doença, a obesidade é considerada um importante fator de risco para uma série de doenças e agravos não transmissíveis.

De acordo com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no estado de Santa Catarina de 2021, as doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores) e doenças do aparelho respiratório se mantiveram entre as três principais causas de morte no estado, constituindo 60% do total de óbitos. Ainda, no ano de 2019, foram gastos mais de 258 milhões de reais apenas em Santa Catarina em internações devido às doenças crônicas não transmissíveis. Isso equivale a 38% do total gasto em internações no SUS. A avaliação ruim das UBS, mesmo utilizando parâmetros de julgamento bastante flexíveis, demonstra a falta de compromisso dos gestores municipais em garantir as condições mínimas para a estruturação e desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição na APS e que fazem parte do escopo da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade deve ser revertido com urgência. Ao passo que deve ser incentivado aos municípios, implementar e regulamentar uma política de alimentação e nutrição municipal que deve dialogar com a PNAN entre as três esferas de governo. A nível federal, deve-se investir mais em financiamento para a atenção nutricional, para o

fortalecimento da APS do tipo abrangente ou integral e para o estabelecimento da equipe multiprofissional como parte desse processo.

É importante destacar que durante o desenvolvimento desta tese, alguns desafios se fizeram presentes e devem ser contextualizados. Começando pelo próprio tema, ao abordar a obesidade é necessário demarcar sob qual referencial teórico a pesquisa está sendo desenvolvida e evitar replicar discursos culpabilizadores e de gordofobia. Sobre este aspecto é importante encarar a obesidade enquanto um problema de saúde pública, sob a qual deve-se intervir preventivamente e precocemente para evitar o agravamento e o aparecimento de comorbidades relacionadas e que estão extensamente descritas na literatura científica.

Em segundo lugar, atravessar um período pandêmico durante o doutorado, implicou em atrasos na coleta de dados e mudança de planos por diversas vezes, exigindo resiliência e capacidade de adaptação a novas realidades.

Em relação à metodologia, o maior desafio foi a limitação de dados disponíveis que pudessem expressar de maneira específica e sensível a implantação da atenção nutricional no enfrentamento da obesidade na APS. Então, foi utilizada como principal fonte de dados, o “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS”. Essa pesquisa foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde por meio da CGAN em 2019/2020 e destinada às equipes que atuam na APS nos municípios brasileiros. A amostra estatística utilizada no Diagnóstico foi calculada por estado, a partir da representatividade das UBS em quatro portes municipais, fato que implicou para que a unidade de análise dessa pesquisa fosse a própria UBS e não o município.

Outro desafio diz respeito à falta de observação *in loco* dos resultados apresentados. Sugere-se para pesquisas futuras, ampliar o escopo dos estudos avaliativos da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, com a utilização de estudos de casos e triangulação de dados para que os achados possam ser analisados em profundidade, de acordo com cada contexto.

Por fim, a pesquisadora se compromete com a devolutiva dos resultados desta pesquisa para a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, por meio de relatório e apresentação dos principais achados; e ao Ministério da Saúde/CGAN, com a publicação do modelo avaliativo da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS validado, o qual poderá ser replicado a outras realidades.

REFERÊNCIAS

- ABARCA-GÓMEZ, L. *et al.* Worldwidetrends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurementstudies in 128·9 millionchildren, adolescents, andadults. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2627–2642, jul. 2017.
- ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**, 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
- ABOUEID, S.; BOURGEAULT, I.; GIROUX, I. Nutrition care practices of primary care providers for weight management in multidisciplinary primary care settings in Ontario, Canada - a qualitative study. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 1, p. 69, jul. 2018.
- ABU DAYYEH, B. K. *et al.* Adjustableintra-gastricballoon for treatment of obesity: a multicentre, open-label, randomisedclinicaltrial. **Lancet**, v. 398, n. 10315, p. 1965-1973, nov. 2021.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Parecer público de avaliação do medicamento - Wegovy – Aprovação. 2023. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/pareceres/q/?nomeProduto=Wegovy> . Acesso em: 17 out. 2023.
- ALBUQUERQUE, D. *et al.* Current review of genetics of human obesity: from molecular mechanisms to an evolutionary perspective. **Molecular GeneticsandGenomics**, v. 290, n. 4, p. 1191–1221, jul. 2015.
- ALGHAMDI, R. Q. A randomizedcontrolledtrial of a 12-week intensivelifestyle intervention programat a primary care obesity clinic for adults in western Saudi Arabia. **Saudi Medical Journal**, v. 38, n. 8, p. 837–845, 2 ago. 2017.
- AN, R.; XIANG, X. Social Vulnerabilityand Obesity among U.S. Adults. **InternationalJournal of Health Sciences (IJHS)**, v. 3, n. 3, 2015.
- ARORA, M. *et al.* Stigmaand obesity: the crux of the matter. **The Lancet Public Health**, v. 4, n. 11, p. e549–e550, jul. 2019.
- BARNES, R. D. *et al.* A randomizedcontrolledtrialcomparingscalableweightlosstreatments in primary care. **Obesity**, v. 22, n. 12, p. 2508–2516, 1 dez. 2014.
- BAZERBACHI, F. *et al.* EndoscopicBariatricTherapy: A Guide to the Intra-gastricBalloon. **The American Journal of Gastroenterology**,v. 114, n. 9, p. 1421-1431, sep. 2019.
- BERNARDES, M. S.; MARÍN-LÉON, L. Group-based food and nutritional education for the treatment of obesity in adultwomen using the familyhealthstrategy. **Revista de Nutricao**, v. 31, n. 1, p. 59–70, 1 jan. 2018.
- BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Restrained eating behaviorand obesity. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 1, p. 85-93, 1 jan. 2005.

BIRNIE, K. *et al.* An evaluation of a multi-component adult weight management on referral intervention in a community setting. **BMC Research Notes**, v. 9, n. 1, 17 fev. 2016.

BLOOM, K. *et al.* Examining Patient Perspectives on Weight Management Support in the Primary Care Setting. **The Journal of Primary Prevention**, v. 39, n. 4, p. 387–399, jul. 2018.

BLOOMBERG, M. R.; SUMMERS., L. H. **Impostos a Favor da Saúde Para Salvar Vidas**. Nova York: 2019. Disponível em: <https://assets.bbhub.io/dotorg/sites/2/2020/05/Task-Force-Portuguese.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRANDÃO, A. L. *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 678–693, jul. 2020.

BRASIL. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

BRASIL. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 48 p.

BRASIL. **PORTARIA Nº 687, DE 30 DE MARÇO DE 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html>. Acesso em: 17 jan. 2021

BRASIL. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, v. 12).

BRASIL. **Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências**. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRASIL. **PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012b.

BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.681, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2013c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 156 p.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 17 jan. 2021

BRASIL. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 56 p.

BRASIL. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.

BRASIL. **Atlas da Obesidade Infantil do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dados_atlas_obesidade.pdf. Acesso em: 23 jul. 2023.

BRASIL. **Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf Acesso em: 17 jan. 2021.

BRASIL. **PORTARIA SCTIE/MS Nº 53, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2020 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos**. Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf

BRASIL. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 429, DE 8 DE OUTUBRO DE 2020 Dispõe sobre a rotulagem nutricional dos alimentos embalados**. 2020b. Disponível

em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-429-de-8-de-outubro-de-2020-282070599>

BRASIL. **Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS**. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

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

BRASIL. **PORTARIA GM/MS Nº 1.862, DE 10 DE AGOSTO DE 2021 Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - Proteja**. 2021c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1862_11_08_2021.html. Acesso em: 24 jul. 2023c.

BRASIL. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 23 jul. 2023.

BRASIL. **PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c.

BRAY, G. A.; KIM, K. K.; WILDING, J. P. H. Obesity: a chronicrelapsingprogressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. **Obesity Reviews**, v. 18, n. 7, p. 715–723, jul. 2017.

BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 292 p.

BURLANDY, L. *et al.* Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020.

CAISAN. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios**. 2014 Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021.

CAISAN. **II PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**. 2017. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Caisan_Nacional/PLANSAN_2016-2019_revisado_completo.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021.

CAMPBELL-SCHERER, D. *et al.* **Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management.** Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines, 2020. Disponível em: <https://obesitycanada.ca/guidelines/primarycare>. Acesso em: 17 jan. 2023.

CANUTO, R. *et al.* Nutritional intervention strategies for the management of overweight and obesity in primary health care: A systematic review with meta-analysis. **Obesity Reviews**, v. 22, n. 3, e13143, 2 out. 2020.

CANUTO, R.; FANTON, M.; DE LIRA, P. I. C. Social inequities in food consumption in Brazil: A critical review of the national surveys. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 9, 2019.

CATANEO, C.; CARVALHO, A. M. P.; GALINDO, E. M. C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 39–46, abr. 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Framework for program evaluation in public health. **MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports**, v. 48, n. RR-11, p. 1–40, jul. 1999.

CHAD-FRIEDMAN, E. *et al.* Total Lifestyle Coaching: A Pilot Study Evaluating the Effectiveness of a Mind–Body and Nutrition Telephone Coaching Program for Obese Adults at a Community Health Center. **Global Advances in Health and Medicine**, v. 7, p. 216495611878490, jan. 2018.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A. (Ed.). **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

CHAVES, L. D. P. C. *et al.* Considerações sobre a condição traçadora. (O. Y. Tanaka, E. L. Ribeiro, C. A. L. de Almeida, Eds.). **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

CHEN, J.-L. *et al.* The Feasibility and Efficacy of Healthy Weight Management Program for Low Income Chinese American Overweight and Obese Children in a Primary Care Clinic. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 30, n. 6, p. 821–828, jul. 2015.

CHO, S.-H. *et al.* Acupuncture for obesity: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Obesity**, v. 33, n. 2, p. 183–196, 13 fev. 2009.

COLCHERO, M. A. *et al.* Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: Observational study. **BMJ (Online)**, v. 352, 6 jan. 2016.

CONGDON, P. Variations in Obesity Rates between US Counties: Impacts of Activity Access, Food Environments, and Settlement Patterns. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 9, p. 1023, 7 set. 2017.

CONTALDO, F. *et al.* Nutrition Transition and Cancer. **Nutrients**, v. 12, n. 3, p. 795, 18 mar. 2020a.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 2, p. s332–s340, 2008.

CSERJÉSI, R. *et al.* Altered executive function in obesity. Exploration of the role of affective states on cognitive abilities. **Appetite**, v. 52, n. 2, p. 535–539, 1 abr. 2009.

DA COSTA ALBERTO, N. S. M. *et al.* Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondentes à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 405–420, jul. 2022.

DE DEUS, R. M. *et al.* The impact of a nutritional intervention on the nutritional status and anthropometric profile of participants in the health gym programme in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1937–1946, 2015.

DE MENEZES, M. C. *et al.* Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements - A randomized controlled trial. **Eating Behaviors**, v. 17, p. 37–44, 1 abr. 2015.

DE MENEZES, M. C. *et al.* A systematic review of effects, potentialities, and limitations of nutritional interventions aimed at managing obesity in primary and secondary health care. **Nutrition**, v. 75–76, p. 110784, jul. 2020.

DE VOS, B. C.; RUNHAAR, J.; BIERMA-ZEINSTRAS, S. M. A. Effectiveness of a tailor-made weight loss intervention in primary care. **European Journal of Nutrition**, v. 53, n. 1, p. 95–104, 2014.

DENIS, J.-L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. Em: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. v. 1, p. 49–88.

DODD-REYNOLDS, C. J. *et al.* Prototyping for public health in a local context: a streamlined evaluation of a community-based weight management programme (Momenta), Northumberland, UK. **BMJ Open**, v. 9, n. 10, p. e029718, jul. 2019.

DOS SANTOS COSTA, C. *et al.* Role of ultra-processed food in fat mass index between 6 and 11 years of age: a cohort study. **International Journal of Epidemiology**, v. 50, n. 1, p. 256–265, jul. 2021.

DURRER SCHUTZ, D. *et al.* European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. **Obesity Facts**, v. 12, n. 1, p. 40–66, 2019.

EATON, C. B. *et al.* A randomized clinical trial of a tailored lifestyle intervention for obese, sedentary, primary care patients. **Annals of Family Medicine**, v. 14, n. 4, p. 311–319, 1 jul. 2016.

EGGER, G.; SWINBURN, B. An “ecological” approach to the obesity pandemic. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 315, n. 7106, p. 477–480, jul. 1997.

ELLULU, M. S. *et al.* Obesity and inflammation: the linking mechanism and the complications. **Archives of Medical Science**, v. 4, p. 851–863, 2017.

ESCODA, M. DO S. Q. Iniquidades em saúde no Brasil sob as lentes da sociedade civil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1595–1602, 2012.

EVANS, A. *et al.* Increasing access to healthful foods: a qualitative study with residents of low-income communities. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 12, n. S1, p. S5, 27 dez. 2015.

FALL, T.; MENDELSON, M.; SPELIOTES, E. K. Recent Advances in Human Genetics and Epigenetics of Adiposity: Pathway to Precision Medicine? **Gastroenterology**, v. 152, n. 7, p. 1695–1706, 1 maio 2017.

FANG, S. *et al.* Acupuncture and Lifestyle Modification Treatment for Obesity: A Meta-Analysis. **The American Journal of Chinese Medicine**, v. 45, n. 02, p. 239–254, 19 jan. 2017.

FAO *et al.* **Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019**. Santiago: FAO, OPAS, WFP y UNICEF 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51685>. Acesso em: 17 jan. 2023.

FAO; WHO. **The Rome Declaration on Nutrition**. Rome: 2014. Disponível em: <<http://www.fao.org/resources/infographics/infographics-details/en/c/266118/>>. Acesso em: 17 jan. 2021.

FAO; WHO. **Second International Conference on Nutrition (ICN2). Framework for action**. Rome: 2014. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/a34303.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2021.

FERREIRA, N. L. *et al.* Effectiveness of nutritional intervention in overweight women in Primary Health Care. **Revista de Nutricao**, v. 27, n. 6, p. 677–687, 2014.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jul. 2015.

FITZPATRICK, S. L. *et al.* An Evidence-based Guide for Obesity Treatment in Primary Care. **The American Journal of Medicine**, v. 129, n. 1, p. 115.e1-115.e7, jul. 2016.

FONSECA, A. C. P. **Abordagem epidemiológica e molecular da obesidade em uma amostra do Rio de Janeiro**. 2019. 249 p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em em Biologia Celular e Molecular, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

GADSBY, E. W. *et al.* Impact of a community-based pilot intervention to tackle childhood obesity: a ‘whole-system approach’ case study. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 1818, jul. 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2, 2012. p.1100.

GOMES, H. K. B. C.; TREVISAN, M. O uso do ozempic (semaglutida) como medicamento off label no tratamento da obesidade e como auxiliar na perda de peso. **Revista Artigos. Com**, v. 29, e7498, jun. 2021.

GORTMAKER, S. L. *et al.* Three interventions that reduce childhood obesity are projected to save more than they cost to implement. **Health Affairs**, v. 34, n. 11, p. 1932–1939, 2 ago. 2015.

GOVERS, E. *et al.* Weight related health status of patients treated by dietitians in primary care practice: first results of a cohort study. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 1, p. 161, jul. 2014.

GRANJA, I. P. T. *et al.* **Nova rotulagem nutricional de alimentos embalados**. Alfenas-MG: Ed. UNIFAL-MG, 2023. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/bibliotecas/wp-content/uploads/sites/125/2023/02/Ebook-Nova-Rotulagem-Nutricional-de-Alimentos.pdf>

GROUP, L. A. R. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. **Obesity (Silver Spring, Md.)**, v. 22, n. 1, p. 5–13, jul. 2014.

GUERRERO-LÓPEZ, C. M.; MOLINA, M.; COLCHERO, M. A. Employment changes associated with the introduction of taxes on sugar-sweetened beverages and non-essential energy-dense food in Mexico. **Preventive Medicine**, v. 105, p. S43–S49, 1 dez. 2017.

GUIRADO, B. I. A. *et al.* Manejo de la obesidad en el primer nivel de atención con un programa intensivo de cambio de estilo de vida. **Nutricion Hospitalaria**, v. 32, n. 4, p. 1526–1534, 1 set. 2015.

HALL, K. D. *et al.* Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. **Cell Metabolism**, v. 30, n. 1, p. 67–77.e3, jul. 2019.

HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HARTZ, Z. M. de A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HAWKES, C. **Promoting healthy diets through nutrition education and changes in the food environment**: Rome: 2013. Disponível em: <www.fao.org/publications>. Acesso em: 17 jan. 2021.

HAWKES, C.; DEMAIO, A. R.; BRANCA, F. Double-duty actions for ending malnutrition within a decade. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 8, p. 745–746, aug. 2017.

HAWKES, C. *et al.* Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms. **The Lancet**, v. 395, n. 10218, p. 142–155, jul. 2020.

HAYNES, A. *et al.* Does perceived overweight increase risk of depressive symptoms and suicidality beyond objective weight status? A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 73, p. 101753, jul. 2019.

HEALTH, N.; COUNCIL, M. R. **Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia - Systematic Review**. Melbourne: National Health and Medical Research Council, 2013.

HENDERSON, E. Obesity in primary care: a qualitative synthesis of patient and practitioner perspectives on roles and responsibilities. **British Journal of General Practice**, v. 65, n. 633, p. e240–e247, jul. 2015.

HILL, J. O. Understanding and Addressing the Epidemic of Obesity: An Energy Balance Perspective. **Endocrine Reviews**, v. 27, n. 7, p. 750–761, 1 dez. 2006.

HILL, J. O.; WYATT, H. Outpatient Management of Obesity: A Primary Care Perspective. **Obesity Research**, v. 10, n. S12, p. 124S-130S, jul. 2002.

HINNEY, A.; GIURANNA, J. Polygenic Obesity. In: Freemark, M. (eds) **Pediatric Obesity**. Contemporary Endocrinology. Humana Press, Cham. 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-68192-4_10

HUANG, C.-F.; GUO, S.-E.; CHOU, F.-H. Auricular acupuncture for overweight and obese individuals. **Medicine**, v. 98, n. 26, p. e16144, jul. 2019.

HUSEINOVIC, E. *et al.* Effectiveness of a weight loss intervention in postpartum women: Results from a randomized controlled trial in primary health care. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 104, n. 2, p. 362–370, 1 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas**: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2023.

JESTER, A. *et al.* Effectiveness of Implementing Initial Education Strategies to Promote Awareness and Healthy Habits in Childhood Obesity: A Quality Improvement Project. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 32, n. 2, p. 157–162, jul. 2018.

JIMÉNEZ-MÉRIDA *et al.* Effectiveness of Multicomponent Interventions and Physical Activity in the Workplace to Reduce Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Healthcare (Basel, Switzerland)**, v. 11, n. 8, p. 1160, 2023.

KAHAN, S. I. Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 93, n. 3, p. 351–359, jul. 2018.

KATTERMAN, S. N. *et al.* Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. **Eating Behaviors**, v. 15, n. 2, p. 197–204, abr. 2014.

KENNEDY, B. M. *et al.* Perceptions of Obesity Treatment Options Among Healthcare Providers and Low-Income Primary Care Patients. **The Ochsner Journal**, v. 16, n. 2, p. 158–165, 2016.

KHANDPUR, N. *et al.* Are Front-of-Package Warning Labels More Effective at Communicating Nutrition Information than Traffic-Light Labels? A Randomized Controlled Experiment in a Brazilian Sample. **Nutrients**, v. 10, n. 6, p. 688, 28 maio 2018.

KIM, S.-Y.; SHIN, I.-S.; PARK, Y.-J. Effect of acupuncture and intervention types on weight loss: a systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, v. 19, n. 11, p. 1585–1596, jul. 2018.

KIRK, S. F. L. *et al.* **Reducing Weight Bias in Obesity Management, Practice and Policy**. 2020. Disponível em: <https://obesitycanada.ca/guidelines/weightbias>

KRUSCHITZ, R. *et al.* Evaluation of a meal replacement-based weight management program in primary care settings according to the actual European Clinical Practice Guidelines for the Management of Obesity in Adults. **Wiener Klinische Wochenschrift**, v. 126, n. 19–20, p. 598–603, 1 out. 2014.

KUMANYIKA, S. K. *et al.* Two-Year Results of Think Health! ¡Vive Saludable!: A Primary Care Weight-Management Trial. **Obesity**, v. 26, n. 9, p. 1412–1421, 1 set. 2018.

KYLE, T. K.; DHURANDHAR, E. J.; ALLISON, D. B. Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, v. 45, n. 3, p. 511–520, 1 set. 2016. doi: 10.1016/j.ecl.2016.04.004.

LAKERVELD, J.; MACKENBACH, J. The Upstream Determinants of Adult Obesity. **Obesity Facts**, v. 10, n. 3, p. 216–222, 2017.

LAU, D. C. W.; WHARTON, S. **The Science of Obesity**. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines, 2020. Disponível em: <https://obesitycanada.ca/guidelines/science>. Acesso em: 14 jan. 2021.

LAUCHE, R. *et al.* A systematic review and meta-analysis on the effects of yoga on weight-related outcomes. **Preventive Medicine**, v. 87, p. 213–232, jul. 2016.

LENOIR, L. *et al.* Primary care weight loss maintenance with behavioral nutrition: An observational study. **Obesity**, v. 23, n. 9, p. 1771–1777, 1 set. 2015.

LEW, M. S. *et al.* Evaluating a childhood obesity program with the Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance (RE-AIM) framework. **Preventive Medicine Reports**, v. 13, p. 321–326, jul. 2019.

LIMA, A. C. R.; OLIVEIRA, A. B. Fatores Psicológicos da Obesidade e Alguns Apontamentos Sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 1–14, 30 jun. 2016.

LOWE, M. R. *et al.* Mealreplacements, reducedenergydensity eating, andweightlossmaintenance in primary care patients: A randomizedcontrolledtrial. **Obesity**, v. 22, n. 1, p. 94–100, jan. 2014.

LUZ, F. Q. da; OLIVEIRA, M. da S. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. **Aletheia**, Vol. 40. p. 150–173, 2013.

MACHADO, A. D. *et al.* O papel do Sistema Único de Saúde no combate à sindemia global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, 2021.

MACHADO, M. A. K. *et al.* FATORES PSICOLÓGICOS E OBESIDADE EM PACIENTES DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 9, n. 1, p. 148–163, jul. 2023.

MACHADO, P. M. de O. **Atenção Nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde: análise de implantação em municípios brasileiros**. 2018. 298p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MACHADO, P. M. de O; LACERDA, J. T. Avaliação de Programas de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde: análise de implantação. In: CRUZ, M. M.; BARROS, D. C.; VITORINO, S. A. S. (orgs). **Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2023. 639p.

MAGNO, F. C. C. M. *et al.* Macro e micronutrientes na orientação nutricional para obesidade. **HU Revista**, v. 44, n. 2, p. 251–259, 2018.

MANUEL, M. G. F. *et al.* Evidence-based nutritional recommendations for the prevention andtreatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). The role of diet in obesity treatment (III/III). **Nutricion hospitalaria**, v. 27, n. 3, p. 833–864, 2012.

MARCON, G. M.; SANCHES, A. C. C.; VIRTUOSO, S. Atualizações sobre os medicamentos da Diretriz Brasileira de Obesidade: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e10211427139, jul. 2022.

MCROBBIE, H. *et al.* Tackling obesity in areas of high social deprivation: clinicaleffectivenessandcost-effectiveness of a task-based weight management group programme – a randomisedcontrolledtrialandeconomic evaluation. **Health Technology Assessment**, v. 20, n. 79, p. 1–150, jul. 2016.

MEDINA, M. G. *et al.* USO DE MODELOS TEÓRICOS NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS E OPERACIONAIS. Em: **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]**. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, FIOCRUZ, 2005. p. 41–63.

MEURER, S. T. *et al.* Effectiveness of the VAMOS Strategy for IncreasingPhysicalActivityandHealthyDietaryHabits: A RandomizedControlled Community Trial. **Health EducationandBehavior**, v. 46, n. 3, p. 406–416, 1 jun. 2019.

MOODIE, R. *et al.* **Profits and pandemics: Prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries.** *The Lancet*, v. 381, n. 9867, p. 670-9, feb 2013.

MONTERO-LOPEZ, Melina *et al.* Determinantes sociales de la salud y prevalencia de sobrepeso-obesidad en mujeres urbanas, según nivel socioeconómico. **Hacia promoc. Salud, Manizales**, v. 26, n. 2, p. 192-207, Dec. 2021.

MORGAN-BATHKE, M. *et al.* Weight Management Interventions Provided by a Dietitian for Adults with Overweight or Obesity: An Evidence Analysis Center Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, jul. 2022.

MORGAN-BATHKE, M. *et al.* Medical Nutrition Therapy Interventions Provided by Dietitians for Adult Overweight and Obesity Management: An Academy of Nutrition and Dietetics Evidence-Based Practice Guideline. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 123, n. 3, p. 520- 545.e10, jul. 2023.

MYERS, C. A.; MIRE, E. F.; KATZMARZYK, P. T. Trends in Adiposity and Food Insecurity Among US Adults. **JAMA network open**, v. 3, n. 8, p. e2012767, 3 ago. 2020.

NASCIMENTO, M. H. F.; FERNANDES, R. M.; DE MELO BARBOSA, A. Liraglutida comparada a terapia padrão para o tratamento da obesidade: revisão rápida de evidências. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde de Goiás “Candido Santiago”**, v. 8, n. e80018, p. 1–15, 2022.

NEELAND, I. J. *et al.* Visceral and ectopic fat, atherosclerosis, and cardiometabolic disease: a position statement. **The Lancet Diabetes and Endocrinology**, v. 7, n. 9, p. 715-725, sep. 2019.

NETO, S. *et al.* Environmental, comportamental and neuroendocrinological factors involved in obesity epidemic genesis. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 1, p. 44–53, 2007.

NEVES, J. A.; ZANGIROLANI, L. T. O.; DE MEDEIROS, M. A. T. Evaluation of nutritional care of overweight adults from the perspective of comprehensive health care. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 4, p. 511–524, jul. 2017.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, jul. 2020.

OHRI-VACHASPATI, P. *et al.* Healthy Food Access in Low-Income High-Minority Communities: A Longitudinal Assessment—2009–2017. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 13, p. 2354, 3 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.** 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/ebPortugues.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de ação global sobre atividade física 2018–2030: pessoas mais ativas para um mundo mais saudável.** 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272721/WHO-NMH-PND-18.5-por.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem-estar para Todos.** 2019. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de Aceleração para Deter a Obesidade.** 2022. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75-REC1/A75_REC1_Interactive_en.pdf#page=105

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis: projecto de resolução.** 2012. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/710899>. Acesso em: 16 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Documento final da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Revisão Abrangente e Avaliação dos Progressos Alcançados na Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis: projeto de resolução.** 2014. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/710899>. Acesso em: 16 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** 2015. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>. Acesso em: 16 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **United Nations Decade of Action on Nutrition (2016-2025).** 2016. Disponível em: <https://www.un.org/nutrition/>. Acesso em: 17 jan. 2023

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Década de Ação para Cumprir os Objetivos Globais. Organização das Nações Unidas,** 2019. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/decade-of-action/>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Cúpula de Sistemas Alimentares 2021.,** 2021. Disponível em: <https://www.un.org/en/food-systems-summit>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Experiencia de México en establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública.** México: 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18390>. Acesso em: 17 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Brasil é 1º país a assumir compromissos específicos com a Década de Ação para a Nutrição da ONU.** 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-5-2018-dez-paises-das-americas-criam-redes-acao-para-compartilhamento-experiencias>. Acesso em: 17 jan. 2023.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, 2020.

POPKIN, B. M. Relationship between shifts in food system dynamics and acceleration of the global nutrition transition. **Nutrition Reviews**, v. 75, n. 2, p. 73–82, jul. 2017.

POPKIN, B. M. *et al.* Individuals with obesity and COVID-19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships. **Obesity Reviews**, v. 21, n. 11, jul. 2020.

POPKIN, B. M.; ADAIR, L. S.; NG, S. W. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. **Nutrition Reviews**, v. 70, n. 1, p. 3–21, jul. 2012.

POPKIN, B. M.; CORVALAN, C.; GRUMMER-STRAWN, L. M. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. **The Lancet**, v. 395, n. 10217, p. 65–74, jan. 2020.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102–1114, 1992.

RAMOS, D. B. *et al.* Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 36, n. 6, e00116519, 2020.

RECINE, E.; LEÃO, M.; DE FÁTIMA CARVALHO, M. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2015/11/livreto-atencao_primaria_a_saude-2015.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021

REIS, E. C.; RODRIGUEZ, L. S.; RODRIGUES, P. A. F. Atenção Básica: a linha que costura o cuidado ao sujeito com obesidade. In.: SILVA, A. C. F.; MOTTA, A. L. B.; CASEMIRO, J. P., eds. **Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado** [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2021, pp 99-123

ROSE, S. A. *et al.* Physician weight loss advice and patient weight loss behavior change: a literature review and meta-analysis of survey data. **International Journal of Obesity** 2013 **37:1**, v. 37, n. 1, p. 118–128, jul. 2012.

RUBINO, F. *et al.* Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, v. 26, n. 4, p. 485–497, 1 abr. 2020.

RUFFAULT, A. *et al.* The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. **Obesity Research & Clinical Practice**, v. 11, n. 5, p. 90–111, set. 2017.

RYAN, D. H.; KAHAN, S. Guideline Recommendations for Obesity Management. **Med Clin North Am**, v. 102, n. 1, p. 49-63, jan. 2018.

SADEGHIRAD, B. *et al.* **Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. **Obesity Reviews**, v. 17, n. 10, p. 945-959, oct 2016**

SAPORETTI, G. M., MIRANDA, P. S. C.; BELISÁRIO, S. A. O profissional de educação física e a promoção da saúde em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 523–543, 2016.

SCHUTTE, B. A. M.; HAVEMAN-NIES, A.; PRELLER, L. One-Year Results of the BeweegKuurLifestyle Intervention Implemented in Dutch Primary Healthcare Settings. **BioMed Research International**, v. 2015, p. 1–7, 2015.

SEEKAEW, P.; JAY, M. Encouraging use of the MyFitnessPal app does not lead to weightloss in primary care patients. **Journal of Clinical Outcomes Management**, v. 22, n. 11, 2014.

SELLMAN, D. *et al.* Psychosocialenhancement of the Green Prescription for obesity recovery: a randomisedcontrolledtrial. **The New Zealand medical journal**, v. 130, n. 1450, p. 44–54, jul. 2017.

SEMLITSCH, T. *et al.* Management of overweight and obesity in primary care—A systematic overview of internationalevidence-based guidelines. **Obesity Reviews**, v. 20, n. 9, p. 1218–1230, 8 set. 2019.

SEPÚLVEDA, A. R. *et al.* Feasibility, acceptability, andeffectiveness of a multidisciplinary intervention in childhood obesity from primary care: Nutrition, physicalactivity, emotionalregulation, andfamily. **European Eating Disorders Review**, v. 28, n. 2, p. 184–198, jul. 2020.

SHARMA, A. M. *et al.* Perceptions of barriers to effective obesity management in Canada: Results from the ACTION study. **Clinical Obesity**, v. 9, n. 5, jul. 2019.

SHEKAR, M.; POPKIN, B. **Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge**. Human Development Perspectives. Washington, DC: World Bank, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10986/32383>. Acesso em: 16 jan. 2021.

SILVA, D. A. *et al.* Depressionsubtypesand obesity in adults: A systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, v. 21, n. 3, jul. 2020.

SNYDER, L. B. Health Communication CampaignsandTheir Impact on Behavior. **Journal of Nutrition EducationandBehavior**, v. 39, n. 2 SUPPL., p. S32–S40, 1 mar. 2007.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA DA SILVA, M. L.; HARTZ, Z. Conferência de Consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, FIOCRUZ, 2005.

SRIVASTAVA, B. Fast-food marketing andchildren’s fast-food consumption: A trigger to childhood obesity. **Indian Journal of Public Health Research and Development**, v. 10, n. 7, p. 173–177, 1 jul. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. ISBN 85- 87853-72-4

SWINBURN, B. A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791–846, jul. 2019.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; DE ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TARRAGA MARCOS, M. L. *et al.* L'application de la télémédecine dans la prise en charge de l'obésité. **European Research in Telemedicine**, v. 6, n. 1, p. 3–12, 1 abr. 2017.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 1–25, 2005.

TREMBLAY, M. S. *et al.* Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 14, n. 1, p. 75, jul. 2017.

TURER, C. B. Tools for Successful Weight Management in Primary Care. **The American journal of the medical sciences**, v. 350, n. 6, p. 485–497, jul. 2015.

VERBERNE, L. D. M. *et al.* Evaluation of a combined lifestyle intervention for overweight and obese patients in primary health care: a quasi-experimental design. **Family Practice**, v. 33, n. 6, p. 671–677, jul. 2016.

WADDEN, T. A. *et al.* Managing obesity in primary care practice: an overview with perspective from the POWER-UP study. **International Journal of Obesity**, v. 37, n. S1, p. S3–S11, jul. 2013.

WHARTON, S. *et al.* Obesity in adults: a clinical practice guideline. **Canadian Medical Association Journal**, v. 192, n. 31, p. E875–E891, jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. **World Health Organization technical report series**, 1995. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?isAllowed=y:%20Accessed%20on%2023rd%20July%202019\)&sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?isAllowed=y:%20Accessed%20on%2023rd%20July%202019)&sequence=1)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **WHO**, p. 252, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Standing Committee on Nutrition at its Thirty-Third Session**. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: https://www.unscn.org/files/Annual_Sessions/33rd_SCN_Session/33rd_session_REPORT.pdf Acesso em: 19 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO | Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44416/9789241500210_eng.pdf;jsessionid=8106E4FA68B6A9AF96B3F09DCBF609CC?sequence=1 Acesso em: 17 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition**. v. 52, n. May, p. 55–68, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 17 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive implementation plan on maternal infant and young child nutrition**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 16 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Technical Meeting on Nutrition Labelling for Promoting Healthy Diets SCOPE AND PURPOSE**. Portugal: 2015. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/events/2015_meeting_nutrition_labelling_diet_scope_and_purpose.pdf?ua=1. Acesso em: 17 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The double burden of malnutrition: policy brief**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.3>. Acesso em: 16 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases: country profiles 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>. Acesso em: 17 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition**. Geneva: World Health Organization, 2018b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514873>. Acesso em: 17 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. SEVENTY-SECOND WORLD HEALTH ASSEMBLY**, jul. 2019. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72\(11\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72(11)-en.pdf). Acesso em: 17 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance**. Organização Mundial da Saúde, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>

WHO; UNICEF. **A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals**. Geneva: World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2018.

WOOLFORD, S. J. *et al.* Cost-effectiveness of a motivational interviewing obesity intervention versus usual care in pediatric primary care offices. **Obesity**, v. 30, n. 11, p. 2265–2274, jul. 2022.

YUMUK, V. *et al.* European Guidelines for Obesity Management in Adults. **Obesity Facts**, v. 8, n. 6, p. 402–424, 2015.

ZANATTA, *et al.* Semaglutida aplicada ao tratamento da obesidade: perspectivas clínicas na literatura. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, e10012943295, 2023.

ZHANG, K. *et al.* Acupuncture on Obesity: Clinical Evidence and Possible Neuroendocrine Mechanisms. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2018, p. 1–15, 14 jun. 2018a.

ZHANG, Y. *et al.* Acupuncture and Related Therapies for Obesity: A Network Meta-Analysis. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2018, p. 1–20, 30 set. 2018b.

ZHENG, G. *et al.* Tai Chi Chuan for the Primary Prevention of Stroke in Middle-Aged and Elderly Adults: A Systematic Review. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2015, p. 1–18, 2015.

ZHONG, Y.-M. *et al.* Acupuncture versus sham acupuncture for simple obesity: a systematic review and meta-analysis. **Postgraduate Medical Journal**, v. 96, n. 1134, p. 221–227, 1 abr. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ESTRATÉGIAS DE BUSCA ELABORADAS A PARTIR DO PROTOCOLO DA BU/UFSC

PubMed/MEDLINE

- Acesso: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

BUSCA INCLUINDO O ASSUNTO “INDICADORES” (NOS CAMPOS TÍTULO/RESUMO):

((("Nutrition Policy"[Mesh] OR "Nutrition Policy"[Title/Abstract] OR "Nutrition Policies"[Title/Abstract] OR "Nutrition Guidelines"[Title/Abstract] OR "Nutrition Guideline"[Title/Abstract] OR "DietaryGuidelines"[Title/Abstract] OR "DietaryGuideline"[Title/Abstract] OR "Food Policy"[Title/Abstract] OR "Food Policies"[Title/Abstract] OR "Food Assistance"[Mesh] OR "Food Assistance"[Title/Abstract] OR "Food Aid Program"[Title/Abstract] OR "Food Aid Programs"[Title/Abstract] OR "Supplemental Nutrition Assistance Program"[Title/Abstract] OR "Nutrition Assessment"[Mesh] OR "Nutrition Assessment"[Title/Abstract] OR "Nutrition Assessments"[Title/Abstract] OR "Nutritional Assessment"[Title/Abstract] OR "Nutritional Assessments"[Title/Abstract] OR "Nutrition Indexes"[Title/Abstract] OR "Nutrition Indices"[Title/Abstract] OR "Nutritional Index"[Title/Abstract] OR "Nutritional Indices"[Title/Abstract] OR "Nutrition Index"[Title/Abstract] OR "Nutritional Status"[Mesh] OR "Nutritional Status"[Title/Abstract] OR "Nutrition Status"[Title/Abstract] OR "Nutrition"[Title/Abstract] OR "Nutritional Surveillance"[Title/Abstract] OR "Nutrition intervention"[Title/Abstract] OR "Nutritional intervention"[Title/Abstract] OR "Diet"[Title/Abstract] OR "Dietary"[Title/Abstract]) AND ("Obesity"[Mesh] OR "Obesity"[Title/Abstract] OR "Overweight"[Mesh] OR "Overweight"[Title/Abstract] OR "Body weight"[Title/Abstract] OR "Body weightchanges"[Title/Abstract] OR "Weightgain"[Title/Abstract] OR "Weightloss"[Title/Abstract] OR "Anthropometry"[Title/Abstract] OR "Anthropometrymeasurements"[Title/Abstract] OR "Body composition"[Title/Abstract] OR "Adiposity"[Title/Abstract] OR "Body mass index"[Title/Abstract] OR "Abdominal obesity"[Title/Abstract] OR "Waistcircumference"[Title/Abstract] OR "Waist-hip ratio"[Title/Abstract] OR "Waist-to-hip ratio"[Title/Abstract]) AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Title/Abstract] OR "Primary Healthcare"[Title/Abstract] OR "Primary Care"[Title/Abstract] OR "Basic Health Care"[Title/Abstract] OR "Basic Care"[Title/Abstract] OR "Basic Service"[Title/Abstract] OR "Basic attention"[Title/Abstract] OR "Primary attention"[Title/Abstract] OR "Primary health"[Title/Abstract] OR "Family Health"[Mesh] OR "Family Health"[Title/Abstract] OR "Family Health Strategy"[Title/Abstract] OR "Community Health Services"[Mesh] OR "Community Health Services"[Title/Abstract] OR "Community Health Service"[Title/Abstract] OR "Community Health Care"[Title/Abstract] OR "Community Healthcare"[Title/Abstract] OR "Community Health Centers"[Mesh] OR "Community Health Centers"[Title/Abstract] OR "Community Health Center"[Title/Abstract] OR "Family practice"[Title/Abstract] OR "General practitioners"[Title/Abstract] OR "General practice"[Title/Abstract]) AND ("Indicators"[Title/Abstract] OR "Indicator"[Title/Abstract] OR "Measure"[Title/Abstract] OR "Measures"[Title/Abstract] OR "Index"[Title/Abstract] OR

"Indexes"[Title/Abstract] OR "Result"[Title/Abstract] OR "Results"[Title/Abstract] OR "Outcome"[Title/Abstract] OR "Outcomes"[Title/Abstract]))

EMBASE

- Base de dados de acesso restrito/pago disponível no Portal de Periódicos da CAPES (<http://periodicos.capes.gov.br/>). Para acessá-la, utilize a opção "Buscar base", na lateral esquerda.
- Utilize o VPN ou CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

ESTRATÉGIA DE BUSCA COM QUATRO ASSUNTOS:

((("Nutrition Policy" OR "Nutrition Policies" OR "Nutrition Guidelines" OR "Nutrition Guideline" OR "DietaryGuidelines" OR "DietaryGuideline" OR "Food Policy" OR "Food Policies" OR "Food Assistance" OR "Food Aid Program" OR "Food Aid Programs" OR "Supplemental Nutrition Assistance Program" OR "Nutrition Assessment" OR "Nutrition Assessments" OR "Nutritional Assessment" OR "Nutritional Assessments" OR "Nutrition Indexes" OR "Nutrition Indices" OR "Nutritional Index" OR "Nutritional Indices" OR "Nutrition Index" OR "Nutritional Status" OR "Nutrition Status" OR "Nutrition" OR "Nutritional Surveillance" OR "Nutrition intervention" OR "Nutritional intervention" OR "Diet" OR "Dietary") AND ("Obesity" OR "Overweight" OR "Body weight" OR "Body weightchanges" OR "Weightgain" OR "Weightloss" OR "Anthropometry" OR "Anthropometrymeasurements" OR "Body composition" OR "Adiposity" OR "Body mass index" OR "Abdominal obesity" OR "Waistcircumference" OR "Waist-hip ratio" OR "Waist-to-hip ratio") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Basic Health Care" OR "Basic Care" OR "Basic Service" OR "Basic attention" OR "Primary attention" OR "Primary health" OR "Family Health" OR "Family Health Strategy" OR "Community Health Services" OR "Community Health Service" OR "Community Health Care" OR "Community Healthcare" OR "Community Healthcares" OR "Community Health Centers" OR "Community Health Center" OR "Family practice" OR "General practitioners" OR "General practice") AND ("Indicators" OR "Indicator" OR "Measure" OR "Measures" OR "Index" OR "Indexes"))

CINAHL

- Base de dados de acesso restrito/pago disponível no Portal de Periódicos da CAPES (<http://periodicos.capes.gov.br/>). Para acessá-la, utilize a opção "Buscar base", na lateral esquerda.
- Utilize o VPN ou CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

ESTRATÉGIA DE BUSCA COM QUATRO ASSUNTOS:

((("Nutrition Policy" OR "Nutrition Policies" OR "Nutrition Guidelines" OR "Nutrition Guideline" OR "DietaryGuidelines" OR "DietaryGuideline" OR "Food Policy" OR "Food Policies" OR "Food Assistance" OR "Food Aid Program" OR "Food Aid Programs" OR "Supplemental Nutrition Assistance Program" OR "Nutrition Assessment" OR "Nutrition Assessments" OR "Nutritional Assessment" OR "Nutritional Assessments" OR "Nutrition Indexes" OR "Nutrition Indices" OR "Nutritional Index" OR "Nutritional Indices" OR "Nutrition Index" OR "Nutritional Status" OR "Nutrition Status" OR "Nutrition" OR "Nutritional Surveillance" OR "Nutrition intervention" OR "Nutritional intervention" OR

"Diet" OR "Dietary") AND ("Obesity" OR "Overweight" OR "Body weight" OR "Body weightchanges" OR "Weightgain" OR "Weightloss" OR "Anthropometry" OR "Anthropometrymeasurements" OR "Body composition" OR "Adiposity" OR "Body mass index" OR "Abdominal obesity" OR "Waistcircumference" OR "Waist-hip ratio" OR "Waist-to-hip ratio") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Basic Health Care" OR "Basic Care" OR "Basic Service" OR "Basic attention" OR "Primary attention" OR "Primary health" OR "Family Health" OR "Family Health Strategy" OR "Community Health Services" OR "Community Health Service" OR "Community Health Care" OR "Community Healthcare" OR "Community Healthcares" OR "Community Health Centers" OR "Community Health Center" OR "Family practice" OR "General practitioners" OR "General practice") AND ("Indicators" OR "Indicator" OR "Measure" OR "Measures" OR "Index" OR "Indexes"))

SCOPUS

- Base de dados de acesso restrito/pago disponível no Portal de Periódicos da CAPES (<http://periodicos.capes.gov.br/>). Para acessá-la, utilize a opção "Buscar base", na lateral esquerda.
- Utilize o VPN ou CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

*Usar busca avançada

ESTRATÉGIA DE BUSCA COM QUATRO ASSUNTOS:

TITLE-ABS-KEY(("Nutrition Policy" OR "Nutrition Policies" OR "Nutrition Guidelines" OR "Nutrition Guideline" OR "DietaryGuidelines" OR "DietaryGuideline" OR "Food Policy" OR "Food Policies" OR "Food Assistance" OR "Food Aid Program" OR "Food Aid Programs" OR "Supplemental Nutrition Assistance Program" OR "Nutrition Assessment" OR "Nutrition Assessments" OR "Nutritional Assessment" OR "Nutritional Assessments" OR "Nutrition Indexes" OR "Nutrition Indices" OR "Nutritional Index" OR "Nutritional Indices" OR "Nutrition Index" OR "Nutritional Status" OR "Nutrition Status" OR "Nutrition" OR "Nutritional Surveillance" OR "Nutrition intervention" OR "Nutritional intervention" OR "Diet" OR "Dietary") AND ("Obesity" OR "Overweight" OR "Body weight" OR "Body weightchanges" OR "Weightgain" OR "Weightloss" OR "Anthropometry" OR "Anthropometrymeasurements" OR "Body composition" OR "Adiposity" OR "Body mass index" OR "Abdominal obesity" OR "Waistcircumference" OR "Waist-hip ratio" OR "Waist-to-hip ratio") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Basic Health Care" OR "Basic Care" OR "Basic Service" OR "Basic attention" OR "Primary attention" OR "Primary health" OR "Family Health" OR "Family Health Strategy" OR "Community Health Services" OR "Community Health Service" OR "Community Health Care" OR "Community Healthcare" OR "Community Healthcares" OR "Community Health Centers" OR "Community Health Center" OR "Family practice" OR "General practitioners" OR "General practice") AND ("Indicators" OR "Indicator" OR "Measure" OR "Measures" OR "Index" OR "Indexes"))

Web of Science

- Base de dados de acesso restrito/pago disponível no Portal de Periódicos da CAPES (<http://periodicos.capes.gov.br/>). Para acessá-la, utilize a opção "Buscar base", na lateral esquerda.
- Utilize o VPN ou CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

*Usar pesquisa avançada

ESTRATÉGIA DE BUSCA COM QUATRO ASSUNTOS:

TS=((("Nutrition Policy" OR "Nutrition Policies" OR "Nutrition Guidelines" OR "Nutrition Guideline" OR "DietaryGuidelines" OR "DietaryGuideline" OR "Food Policy" OR "Food Policies" OR "Food Assistance" OR "Food Aid Program" OR "Food Aid Programs" OR "Supplemental Nutrition Assistance Program" OR "Nutrition Assessment" OR "Nutrition Assessments" OR "Nutritional Assessment" OR "Nutritional Assessments" OR "Nutrition Indexes" OR "Nutrition Indices" OR "Nutritional Index" OR "Nutritional Indices" OR "Nutrition Index" OR "Nutritional Status" OR "Nutrition Status" OR "Nutrition" OR "Nutritional Surveillance" OR "Nutrition intervention" OR "Nutritional intervention" OR "Diet" OR "Dietary") AND ("Obesity" OR "Overweight" OR "Body weight" OR "Body weightchanges" OR "Weightgain" OR "Weightloss" OR "Anthropometry" OR "Anthropometrymeasurements" OR "Body composition" OR "Adiposity" OR "Body mass index" OR "Abdominal obesity" OR "Waistcircumference" OR "Waist-hip ratio" OR "Waist-to-hip ratio") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Basic Health Care" OR "Basic Care" OR "Basic Service" OR "Basic attention" OR "Primary attention" OR "Primary health" OR "Family Health" OR "Family Health Strategy" OR "Community Health Services" OR "Community Health Service" OR "Community Health Care" OR "Community Healthcare" OR "Community Healthcares" OR "Community Health Centers" OR "Community Health Center" OR "Family practice" OR "General practitioners" OR "General practice") AND ("Indicators" OR "Indicator" OR "Measure" OR "Measures" OR "Index" OR "Indexes"))

LILACS / BDEF

- Acesso: via BVS <http://bvsalud.org/>

*Fazer a busca na página inicial e depois selecionar (nos filtros) as bases que vai utilizar.

ESTRATÉGIA DE BUSCA COM QUATRO ASSUNTOS:

((("Nutrition Policy" OR "Nutrition Policies" OR "Nutrition Guidelines" OR "Nutrition Guideline" OR "DietaryGuidelines" OR "DietaryGuideline" OR "Food Policy" OR "Food Policies" OR "Food Assistance" OR "Food Aid Program" OR "Food Aid Programs" OR "Supplemental Nutrition Assistance Program" OR "Nutrition Assessment" OR "Nutrition Assessments" OR "Nutritional Assessment" OR "Nutritional Assessments" OR "Nutrition Indexes" OR "Nutrition Indices" OR "Nutritional Index" OR "Nutritional Indices" OR "Nutrition Index" OR "Nutritional Status" OR "Nutrition Status" OR "Nutrition" OR "Nutritional Surveillance" OR "Nutrition intervention" OR "Nutritional intervention" OR "Diet" OR "Dietary" OR "Política Nutricional" OR "Política Nacional de Alimentação e Nutrição" OR "PNAN" OR "Política Nacional de Alimentação e Nutrição" OR "Política de Alimentos" OR "Política de Nutrição e Alimentação" OR "Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação" OR "Programas de Nutrição" OR "Programas Nutricionais" OR "Programas de Nutrição Aplicada" OR "Programas Aplicados a Nutrição" OR "Programas Nutricionais Aplicados" OR "Assistência Alimentar" OR "Ajuda Alimentar" OR "Auxílio Alimentar" OR "Programa de Assistência Nutricional Complementar" OR "Programa de Assistência Nutricional Suplementar" OR "Educação Alimentar e Nutricional" OR "Educação Alimentar"

OR "Educação Nutricional" OR "Vigilância Nutricional" OR "Vigilância Alimentar e Nutricional" OR "Monitoramento do Estado Nutricional" OR "Avaliação Nutricional" OR "Estado Nutricional" OR "Estado de Nutrição" OR "Nutrição" OR "Dieta" OR "Dietética" OR "Política Alimentaria" OR "Programas y Políticas de Nutrición y Alimentación" OR "Programa de Alimentación Suplementaria" OR "Programas de Nutrición" OR "Programas Nutricionales" OR "Programas de Nutrición Aplicada" OR "Programas Aplicados a Nutrición" OR "Programas Nutricionales Aplicados" OR "Asistencia Alimentaria" OR "Ayuda Alimentaria" OR "Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria" OR "Programa Suplementario de Asistencia Nutricional" OR "Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria" OR "Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria" OR "Educación Alimentaria y Nutricional" OR "Educación Alimentaria" OR "EducaciónAlimentario-Nutricional" OR "Educación Nutricional" OR "Evaluación Nutricional" OR "Estado de Nutrición" OR "Nutrición") AND ("Obesity" OR "Overweight" OR "Body weight" OR "Body weightchanges" OR "Weightgain" OR "Weightloss" OR "Anthropometry" OR "Anthropometrymeasurements" OR "Body composition" OR "Adiposity" OR "Body mass index" OR "Abdominal obesity" OR "Waistcircumference" OR "Waist-hip ratio" OR "Waist-to-hip ratio" OR "Obesidade" OR "Sobrepeso" OR "Peso corporal" OR "Mudanças de peso corporal" OR "Ganho de peso" OR "Perda de peso" OR "Antropometria" OR "Medidas antropométricas" OR "Composição do corpo" OR "Adiposidade" OR "Índice de massa corporal" OR "Circunferência da cintura" OR "Relação cintura quadril" OR "Relação cintura-quadril" OR "Obesidad" OR "Cambiosenel peso corporal" OR "Perdida de peso" OR "Composición corporal" OR "Adiposidad" OR "Indice de Masa Corporal" OR "Circunferencia de la cintura" OR "Relación cintura-cadera" OR "Relación cintura-cadera") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Basic Health Care" OR "Basic Care" OR "Basic Service" OR "Basic attention" OR "Primary attention" OR "Primary health" OR "Family Health" OR "Family Health Strategy" OR "Community Health Services" OR "Community Health Service" OR "Community Health Care" OR "Community Healthcare" OR "Community Healthcares" OR "Community Health Centers" OR "Community Health Center" OR "Family practice" OR "General practitioners" OR "General practice" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Básica" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimentos Primários" OR "Atendimentos Básicos" OR "Atendimento Básico" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidado Primário" OR "Cuidados Básicos" OR "Cuidado Básico" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados de Saúde Básicos" OR "Cuidado de Saúde Básico" OR "Atendimentos de Saúde Primários" OR "Atendimento de Saúde Primário" OR "Atendimentos de Saúde Básicos" OR "Atendimento de Saúde Básico" OR "Estratégia Saúde da Família" OR "Estratégia Saúde Familiar" OR "ESF" OR "Estratégia da Saúde da Família" OR "Estratégia de Saúde Familiar" OR "Estratégia de Saúde da Família" OR "Centros Comunitários de Saúde" OR "Centros de Saúde" OR "Centro de Saúde" OR "Médico da família" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Asistencia Primaria" OR "Atención Primaria" OR "Atención Básica" OR "Cuidados de la Salud Primarios" OR "Cuidado de la Salud Primario" OR "Servicio básico de salud" OR "Servicios básicos de salud" OR "AsistenciaSanitaria de Primer Nivel" OR "AtenciónSanitaria de Primer Nivel" OR "Primer Nivel de AsistenciaSanitaria" OR "Primer Nivel de laAsistenciaSanitaria" OR "Primer Nivel de Atención" OR "Estrategia de Salud Familiar" OR "Estrategia de Salud Familiar" OR "Centros Comunitarios de Salud") AND ("Indicators" OR "Indicator" OR "Measure" OR "Measures" OR "Index" OR "Indexes" OR "Indicadores" OR "Indicador" OR "Medida" OR "Medidas" OR "Índice" OR "Índices"))

- Acesso gratuito: <https://www.scielo.org>

***Em inglês:**

((("Nutrition Policy" OR "Nutrition Policies" OR "Nutrition Guidelines" OR "Nutrition Guideline" OR "DietaryGuidelines" OR "DietaryGuideline" OR "Food Policy" OR "Food Policies" OR "Food Assistance" OR "Food Aid Program" OR "Food Aid Programs" OR "Supplemental Nutrition Assistance Program" OR "Nutrition Assessment" OR "Nutrition Assessments" OR "Nutritional Assessment" OR "Nutritional Assessments" OR "Nutrition Indexes" OR "Nutrition Indices" OR "Nutritional Index" OR "Nutritional Indices" OR "Nutrition Index" OR "Nutritional Status" OR "Nutrition Status" OR "Nutrition" OR "Nutritional Surveillance" OR "Nutrition intervention" OR "Nutritional intervention" OR "Diet" OR "Dietary") AND ("Obesity" OR "Overweight" OR "Body weight" OR "Body weightchanges" OR "Weightgain" OR "Weightloss" OR "Anthropometry" OR "Anthropometrymeasurements" OR "Body composition" OR "Adiposity" OR "Body mass index" OR "Abdominal obesity" OR "Waistcircumference" OR "Waist-hip ratio" OR "Waist-to-hip ratio") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Basic Health Care" OR "Basic Care" OR "Basic Service" OR "Basic attention" OR "Primary attention" OR "Primary health" OR "Family Health" OR "Family Health Strategy" OR "Community Health Services" OR "Community Health Service" OR "Community Health Care" OR "Community Healthcare" OR "Community Healthcares" OR "Community Health Centers" OR "Community Health Center" OR "Family practice" OR "General practitioners" OR "General practice") AND ("Indicators" OR "Indicator" OR "Measure" OR "Measures" OR "Index" OR "Indexes"))

***Em português:**

((("Política Nutricional" OR "Política Nacional de Alimentação e Nutrição" OR "PNAN" OR "Política Nacional de Alimentação e Nutrição" OR "Política de Alimentos" OR "Política de Nutrição e Alimentação" OR "Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação" OR "Programas de Nutrição" OR "Programas Nutricionais" OR "Programas de Nutrição Aplicada" OR "Programas Aplicados a Nutrição" OR "Programas Nutricionais Aplicados" OR "Assistência Alimentar" OR "Ajuda Alimentar" OR "Auxílio Alimentar" OR "Programa de Assistência Nutricional Complementar" OR "Programa de Assistência Nutricional Suplementar" OR "Educação Alimentar e Nutricional" OR "Educação Alimentar" OR "Educação Nutricional" OR "Vigilância Nutricional" OR "Vigilância Alimentar e Nutricional" OR "Monitoramento do Estado Nutricional" OR "Avaliação Nutricional" OR "Estado Nutricional" OR "Estado de Nutrição" OR "Nutrição" OR "Dieta" OR "Dietética") AND ("Obesidade" OR "Sobrepeso" OR "Peso corporal" OR "Mudanças de peso corporal" OR "Ganho de peso" OR "Perda de peso" OR "Antropometria" OR "Medidas antropométricas" OR "Composição do corpo" OR "Adiposidade" OR "Índice de massa corporal" OR "Circunferência da cintura" OR "Relação cintura quadril" OR "Relação cintura-quadril") AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Básica" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimentos Primários" OR "Atendimentos Básicos" OR "Atendimento Básico" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidado Primário" OR "Cuidados Básicos" OR "Cuidado Básico" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidado de Saúde Primário" OR "Cuidados de Saúde Básicos" OR "Cuidado de Saúde Básico" OR "Atendimentos de Saúde Primários" OR "Atendimento de Saúde Primário" OR "Atendimentos de Saúde Básicos" OR "Atendimento de Saúde Básico" OR "Estratégia Saúde

da Família" OR "Estratégia Saúde Familiar" OR "ESF" OR "Estratégia da Saúde da Família" OR "Estratégia de Saúde Familiar" OR "Estratégia de Saúde da Família" OR "Centros Comunitários de Saúde" OR "Centros de Saúde" OR "Centro de Saúde" OR "Médico da família") AND ("OR "Indicadores" OR "Indicador" OR "Medida" OR "Medidas" OR "Índice" OR "Índices"))

***Em espanhol:**

((("Política Alimentaria" OR "Programas y Políticas de Nutrición y Alimentación" OR "Programa de Alimentación Suplementaria" OR "Programas de Nutrición" OR "Programas Nutricionales" OR "Programas de Nutrición Aplicada" OR "Programas Aplicados a Nutrición" OR "Programas Nutricionales Aplicados" OR "Asistencia Alimentaria" OR "Ayuda Alimentaria" OR "Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria" OR "Programa Suplementario de Asistencia Nutricional" OR "Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria" OR "Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria" OR "Educación Alimentaria y Nutricional" OR "Educación Alimentaria" OR "EducaciónAlimentario-Nutricional" OR "Educación Nutricional" OR "Evaluación Nutricional" OR "Estado de Nutrición" OR "Nutrición") AND ("Obesidad" OR "Cambios en el peso corporal" OR "Pérdida de peso" OR "Composición corporal" OR "Adiposidad" OR "Índice de Masa Corporal" OR "Circunferencia de la cintura" OR "Relación cintura-cadera" OR "Relación cintura-cadera") AND ("Atención Primaria de Salud" OR "Asistencia Primaria" OR "Atención Primaria" OR "Atención Básica" OR "Cuidados de la Salud Primarios" OR "Cuidado de la Salud Primario" OR "Servicio básico de salud" OR "Servicios básicos de salud" OR "Asistencia Sanitaria de Primer Nivel" OR "Atención Sanitaria de Primer Nivel" OR "Primer Nivel de Asistencia Sanitaria" OR "Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria" OR "Primer Nivel de Atención" OR "Estrategia de Salud Familiar" OR "Estrategia de Salud Familiar" OR "Centros Comunitarios de Salud") AND ("Indicadores" OR "Indicador" OR "Medida" OR "Medidas" OR "Índice" OR "Índices"))

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTA CATARINA: DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO”, cujo objetivo é avaliar as ações para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa encomendada pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, realizada em Santa Catarina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O estudo está sendo coordenado pela Prof^a. Dr^a. Josimari Telino de Lacerda, pesquisadora do grupo NEPAS, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

Você foi selecionado(a) por ser referência no campo de conhecimento de monitoramento, avaliação, gestão e políticas de alimentação e nutrição no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. Esclarecemos que você tem a liberdade de, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação nesta pesquisa consistirá na emissão sua opinião durante a etapa de conferência de consenso, a respeito da matriz de avaliação da atenção nutricional para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, no âmbito da atenção primária em saúde. Assim, caberá a você responder sobre a discordância ou concordância plena/parcial aos itens da matriz de forma individual a qual será enviada por endereço eletrônico e em uma oficina (reunião) online, até ser obtido consenso de 90% entre todos os participantes envolvidos.

A sua participação nesta pesquisa poderá lhe trazer o incômodo de dispor de tempo além do previamente agendado, além de algum constrangimento na emissão de opinião sobre o material analisado frente a outros pesquisadores, no entanto, garante-se o anonimato em todo processo individual. Você pode também sentir-se inseguro ou em dúvida quanto ao processo de validação do modelo avaliativo. Para isso manteremos um sistema de acompanhamento e assistência aos participantes da pesquisa durante toda a etapa de preenchimento, através do e-mail jteline@gmail.com ou rafa_nutri@yahoo.com.br. Caso tenha necessidade, ficaremos à disposição pelos mesmos canais de comunicação, posteriormente ao encerramento e/ ou a interrupção de sua participação na pesquisa.

A pesquisadora responsável também se compromete com a confidencialidade das informações pessoais, preservando o anonimato das contribuições e visando assegurar o sigilo de sua participação. O acesso aos dados será restrito à pesquisa e mantido em segurança, mesmo após o término das análises dos dados. Os dados ficarão armazenados com a pesquisadora responsável por cinco anos e após esse período serão destruídos e/ou deletados.

Os benefícios de participar neste estudo são indiretos, compreendendo os próprios resultados. Além do desenvolvimento de modelos de avaliação para futuras pesquisas, bem como a contribuição científica quanto aos aspectos teóricos e normativos das estratégias de alimentação e nutrição para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e devidamente comprovadas despesas provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito a ressarcimento, nos

termos da legislação. As despesas com direito a ressarcimento dizem respeito a possíveis gastos com acesso à internet no decorrer de sua participação na pesquisa. Dessa forma, reforçamos que todos os eventuais gastos que você venha a ter durante a pesquisa serão ressarcidos pela pesquisadora responsável. Já em caso de dano material ou imaterial você tem assegurado o direito à indenização. A indenização garante o reparo ao dano devidamente comprovado da pesquisa, devendo ser pago de acordo com a legislação vigente.

Esta pesquisa atende à resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Dessa forma, peço que leia este documento e esclareça suas dúvidas antes de consentir em participação neste estudo. O consentimento será realizado pela pergunta a seguir: “Você concorda em participar da pesquisa conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?” Ao responder: “Sim, concordo”, você declara que recebeu as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concorda em participar do estudo. Também declara-se informado que:

1. Você está ciente dos objetivos e procedimentos da pesquisa e poderá manifestar seu interesse em participar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.
2. Tem o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e que poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento pelo e-mail: jtellino@gmail.com ou rafa_nutri@yahoo.com.br.
3. Você está ciente que a sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.
4. Você está ciente de que está sendo convidado(a) a participar da etapa de consenso a respeito da matriz de avaliação da atenção nutricional para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito da atenção primária em saúde, onde caberá a você responder sobre a discordância ou concordância plena/parcial aos itens da matriz de forma individual e em uma oficina online até ser obtido consenso entre todos os participantes envolvidos
5. Você poderá sentir-se cansado(a), aborrecido(a) ou inseguro na emissão de opinião sobre o material analisado, mas pode contar com suporte e acompanhamento que você necessitar durante e posteriormente ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa.
6. Sua identidade, assim como as identidades de todos(as) os(as) participantes serão mantidas em sigilo.
7. As informações reunidas serão usadas unicamente para fins de pesquisa e de trabalhos científicos que dela poderão se desdobrar. Os dados estarão sob guarda da pesquisadora responsável por cinco anos e após esse período serão destruídos e/ou deletados.
8. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão e você terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.
9. Esta pesquisa está sendo coordenada pela Prof^a. Dr^a. Josimari Telino de Lacerda, pesquisadora do grupo NEPAS, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Caso necessite de maiores informações, contate-nos: Prof^a Dra. Josimari Telino de Lacerda, e-mail: jtellino@gmail.com ou Rafaela Souza (aluna de doutorado envolvida na pesquisa), e-mail: rafa_nutri@yahoo.com.br. Endereço: Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370. Florianópolis/SC.
9. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Em caso de dúvidas, relacionadas aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar o referido Comitê: Prédio Reitoria II,

R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br.

Agradeço sua atenção e sua disponibilidade, estando à disposição para qualquer esclarecimento decorrente deste estudo.

Prof^ª. Dr^ª. Josimari Telino de Lacerda
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C – MODELO AVALIATIVO

Modelo Avaliativo da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um problema de saúde pública e a sua prevalência vem aumentando de maneira acelerada nas últimas décadas, atingindo a população de todas as idades em escala global. Em 2016, 13% da população adulta mundial apresentava obesidade, o que corresponde a mais de 650 milhões de pessoas (WHO, 2020). Entre as crianças e adolescentes de 5 a 19 anos, mais de 124 milhões (6% das meninas e 8% dos meninos) apresentavam obesidade no mesmo período (WHO, 2020).

No Brasil, a prevalência da obesidade em adultos aumentou de 9,6% para 22,8% em homens e de 14,5% para 30,2% em mulheres, comparando com a pesquisa de orçamentos familiares (POF) realizada em 2002-2003 (IBGE, 2020). Dentre adolescentes brasileiros com idade entre 15 a 17 anos, a obesidade atinge 8% das meninas e 5,4% dos meninos (IBGE, 2020). Entre as crianças menores de 2 anos, a obesidade chega a 7,9% e para as crianças de 2 a 4 anos de idade, a prevalência é de 6,5% (Brasil, 2019).

Os impactos associados à obesidade implicam negativamente na saúde do indivíduo, em suas famílias e na sociedade como um todo. A obesidade é considerada uma doença complexa e também um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer; além de estar associada a maiores índices de mortalidade (Bray; Kim; Wilding, 2017; Contaldo *et al.*, 2020; Kyle; Dhurandhar; Allison, 2016). Essas doenças e seus agravos resultam no aumento dos gastos em saúde e oneram os sistemas de saúde em diversos países do mundo (SHEKAR; POPKIN, 2020).

Muitas evidências vêm demonstrando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o lócus privilegiado para o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da obesidade (Brasil, 2014a; Canuto *et al.*, 2020; Hill; Wyatt, 2002; Kahan, 2018; Semlitsch *et al.*, 2019). A APS atua próximo à comunidade e tem como potencialidade compreender a dinâmica social, ofertando cuidados integrados e articulados de maneira multiprofissional (Brasil, 2012a, 2013a; Giovanella; De Mendonça, 2012).

O atual cenário epidemiológico e nutricional exige uma reorganização, qualificação e aperfeiçoamento das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade,

pautadas numa rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados. Assim, é compreendida a atenção nutricional, a qual diz respeito aos cuidados relativos à alimentação e nutrição direcionados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos; cuidados estes que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, em nível individual, familiar e comunitário (Brasil, 2013a).

Nesse contexto, foi desenvolvido o modelo avaliativo da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. O modelo proposto está ancorado no modelo de APS do tipo abrangente ou integral, a partir da definição das ações adequadas e necessárias à implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, como parte do processo de trabalho das equipes de saúde. A APS abrangente ou integral refere-se à assistência à saúde, incluindo ações de prevenção, promoção, cura e a reabilitação; cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. Baseia-se nos determinantes sociais da saúde, na intersetorialidade, no uso de tecnologias apropriadas e no uso eficiente dos recursos (Giovanella; De Mendonça, 2012).

O modelo avaliativo apresentado a seguir é composto pelo modelo teórico, modelo lógico e pela Matriz de Análise e Julgamento (MAJ). Esses elementos foram adaptados do estudo realizado por Machado e Lacerda (2023) e desenvolvidos por meio de revisão de literatura e documental sobre a Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, e após, submetidos e validados em conferência de consenso.

Foi utilizado como critério avaliativo, a análise de implantação (Champagne *et al.*, 2011) estruturada a partir de um modelo ideal da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. O município foi definido como elemento avaliativo, pois se assume como premissa que a gestão e o desenvolvimento das ações que compõem a Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS são de responsabilidade da esfera político-administrativa municipal.

Nesse sentido, a pergunta que norteou a avaliação é: Qual o grau de implantação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade no contexto da Atenção Primária em Saúde em Santa Catarina?

2. MODELO TEÓRICO E MODELO LÓGICO

O modelo teórico apresenta de forma esquemática o marco referencial que orienta a avaliação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade e situa o contexto que influencia a implantação do objeto.

O Modelo Lógico apresenta a teoria do objeto a ser avaliado a fim de compreender os seus pressupostos, sua consistência e comunicar o seu propósito. O Modelo Lógico mostra de maneira esquematizada o objeto avaliado e suas dimensões, os componentes que fazem parte de cada dimensão, os recursos necessários, as atividades previstas, os resultados e o impacto da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS.

A construção do Modelo e do Modelo Lógico teve como objetivo contribuir para o desenvolvimento de reflexões e discussões para a construção da matriz avaliativa. A matriz por sua vez, permitiu a identificação de indicadores do objeto de estudo, para que possam ser medidos, avaliados e julgados conforme parâmetros a serem definidos.

Modelo Teórico da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS

O Modelo Teórico (Figura 1) traz em destaque o objeto da avaliação, a Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, a qual compreendemos ser de responsabilidade da gestão municipal. O objeto foi dividido em duas dimensões de análise: a gestão e a assistência.

A gestão deve promover as condições estruturais e organizacionais necessárias para a execução das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade de forma intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar.

Em relação à assistência, esta deve desenvolver e executar as ações de alimentação e nutrição com foco na integralidade, organização do cuidado e coordenação da atenção para o enfrentamento da obesidade, tendo como pressuposto a responsabilidade da gestão municipal em prover as condições necessárias ao desenvolvimento dessas ações por parte das equipes de saúde. A gestão municipal é responsável pelas decisões técnicas e políticas na implantação da atenção nutricional e pela implantação de uma APS abrangente que adote o modelo da ESF ou de uma ABS que siga os princípios da modalidade abrangente.

A dimensão da assistência reforça os atributos da APS abrangente ou integral. A atenção nutricional com foco na integralidade deve prever as ações relativas à promoção à saúde, à prevenção da obesidade e ao controle e acompanhamento da doença na população. A APS deve organizar o cuidado e coordenar a atenção ao indivíduo com obesidade em uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

A estruturação da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade é orientada pelos aspectos normativos que exercem influência sobre as ações de alimentação e nutrição. Essas referências compreendem as políticas de saúde, portarias, cadernos da Atenção Básica,

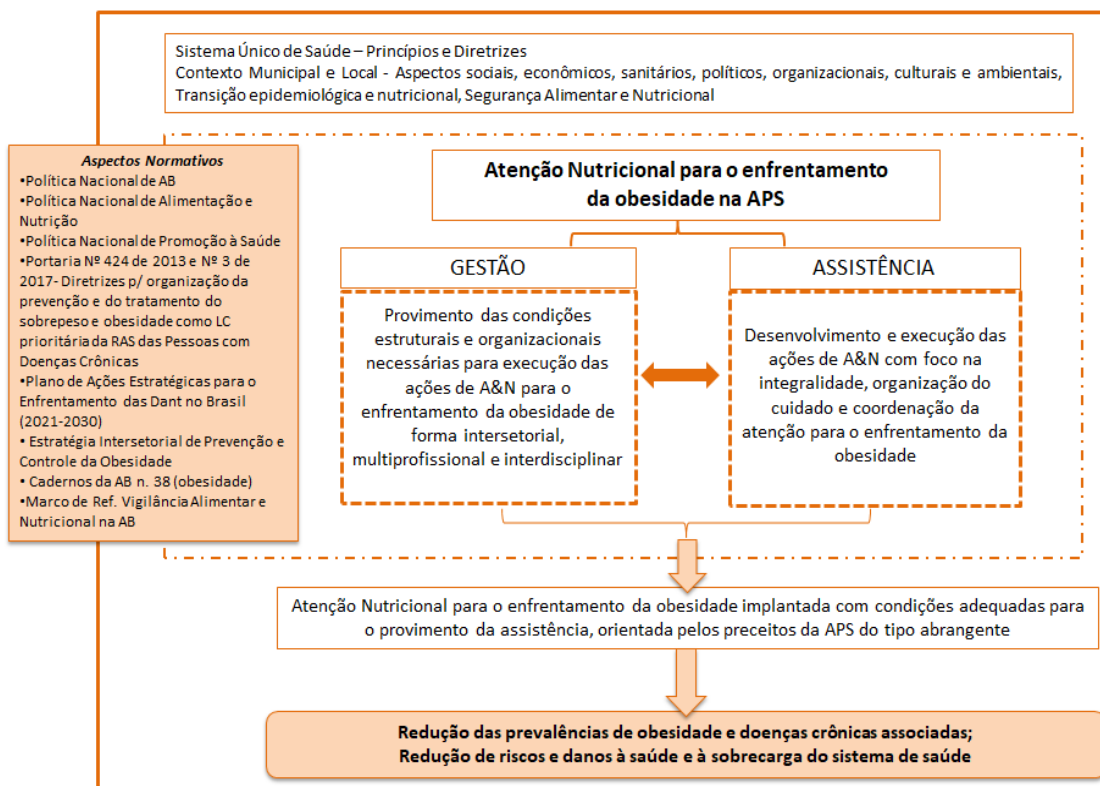
planos e ações estratégicas, elaborados pelo Ministério da Saúde. Destaque deve ser dado à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e à Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), tendo em vista que estas definem as diretrizes, princípios e estratégias que orientam todas as temáticas tratadas na APS, no contexto do SUS.

Atenção Nutricional na APS para o enfrentamento da obesidade está inserida em um contexto que tem a capacidade de influenciar o modo de viver e a condição de saúde dos indivíduos. O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de seus princípios e diretrizes tem como desafio o atual processo de Transição Epidemiológica e Nutricional, caracterizado pela coexistência de alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – incluindo a obesidade; e carência de micronutrientes na população brasileira.

Além disso, os aspectos socioeconômicos, sanitários, político-organizacionais, culturais e ambientais no município, assim como, as especificidades do território de abrangência das unidades de saúde, influenciam a implantação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade.

A Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade implantada nos municípios com condições adequadas para o provimento da assistência, orientada pelos preceitos da APS do tipo abrangente, deverá contribuir para a redução das prevalências de obesidade e de doenças crônicas associadas; além da redução de riscos e danos à saúde e à sobrecarga do sistema de saúde, com impacto positivo na saúde da população.

Figura 1. Modelo Teórico da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS, 2023.



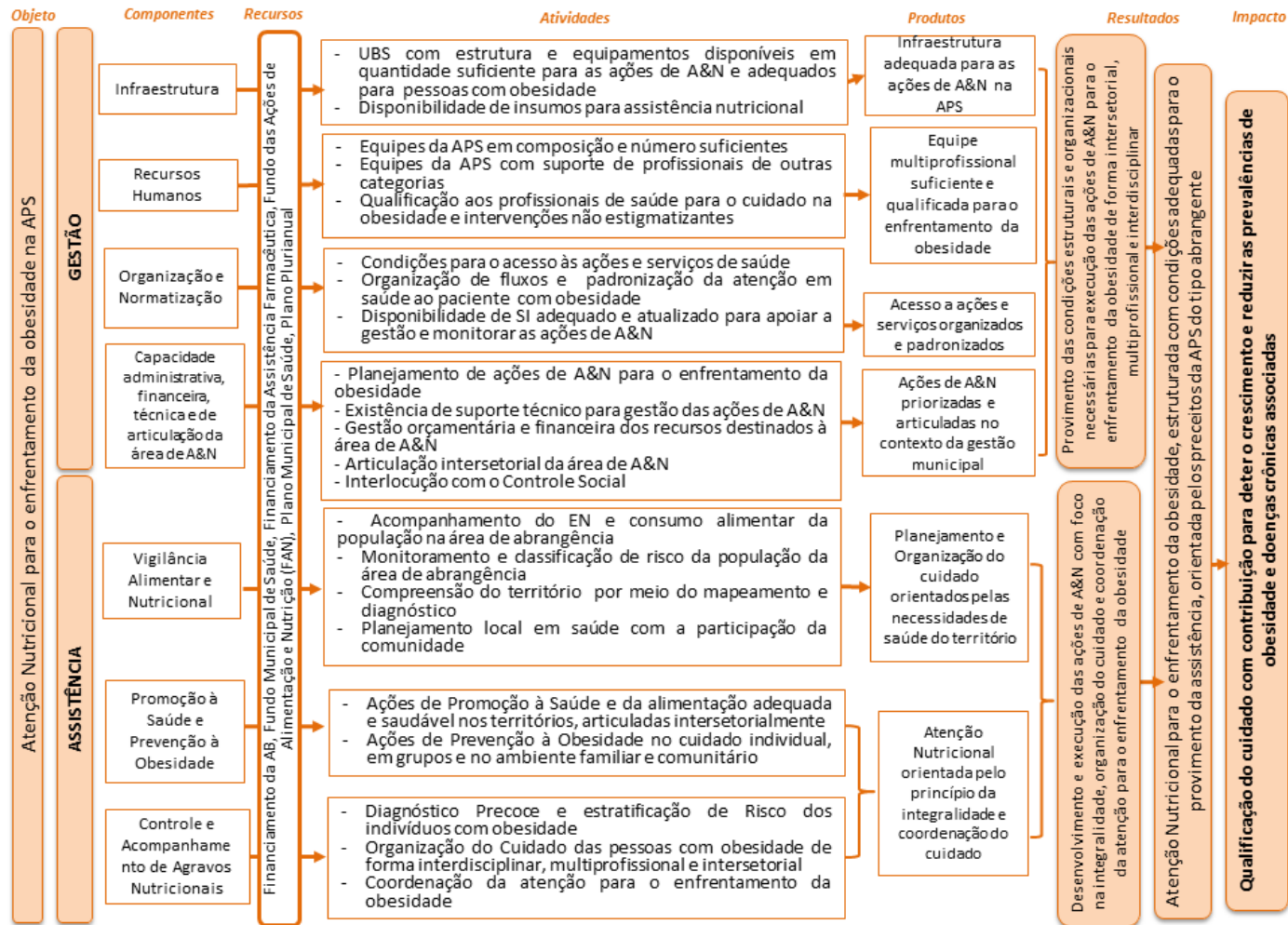
Fonte: Adaptado de Machado e Lacerda (2023).

Modelo Lógico da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS

O Modelo Lógico indica as relações e as repercussões necessárias ao escopo da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS. O ML descreve os recursos necessários e quais atividades devem ser desenvolvidas pela gestão e assistência, para que a atenção nutricional o enfrentamento da obesidade esteja implantada no município. Para cada atividade, o ML aponta quais são os produtos que serão gerados e os seus resultados esperados, além do impacto para a saúde da população.

Na dimensão Gestão, foram consensuados quatro componentes, quais sejam: Infraestrutura; Recursos Humanos; Organização e Normatização; e Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de alimentação e nutrição. A dimensão Assistência é composta por três componentes: Vigilância Alimentar e Nutricional; Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade; e Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais.

Figura 2 - Modelo Lógico da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS,2023



Fonte: Adaptado de Machado e Lacerda (2023).

3. DETALHAMENTO DOS ELEMENTOS DA MATRIZ AVALIATIVA

Neste item será detalhado cada elemento da matriz avaliativa, apresentando os itens que foram julgados necessários para compor o objeto de análise, com seus respectivos rationales. Os rationales justificam a seleção de cada item da matriz avaliativa e as medidas correspondem a versão mensurável do indicador.

A seguir, a matriz avaliativa da Atenção Nutricional para o enfrentamento da obesidade na APS:

DIMENSÃO 1 – GESTÃO

A dimensão **Gestão** foi dividida em 4 subdimensões, 14 indicadores e suas respectivas medidas.

1. DIMENSÃO – GESTÃO
Para o desenvolvimento das ações de A&N no enfrentamento da obesidade na APS, a gestão municipal deve prover as condições necessárias de infraestrutura, recursos humanos, além de garantir a coordenação e organização da atenção em saúde ao indivíduo com obesidade, na perspectiva da integralidade do cuidado. Esta dimensão reflete também a capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de A&N em pautar as demandas relacionadas a sua pasta junto, oferecendo assim, as condições adequadas para a assistência à saúde e atenção nutricional no enfrentamento da obesidade, segundo os atributos da APS abrangente (BORTOLINI <i>ET AL.</i> , 2020; BRANDÃO <i>ET AL.</i> , 2020; BRASIL, 2013A, 2014A, 2022A; BURLANDY <i>ET AL.</i> , 2020; GIOVANELLA; DE MENDONÇA, 2012).
1.1 Subdimensão: Infraestrutura
A gestão municipal assume compromisso com a Infraestrutura da APS quando garante a adequação do espaço físico das unidades básicas de saúde (UBS) de acordo com as ações a serem desenvolvidas, além de garantir a acessibilidade para as pessoas com obesidade, interna e externamente. Ainda, deve disponibilizar os equipamentos adequados e insumos necessários para as ações de A&N e assistência nutricional com foco na integralidade da atenção (Reis; Brandão; Casemiro, 2021; Machado <i>et al.</i> , 2021; Brasil, 2022a).
<i>1.1.1 Indicador: Adequação de espaço físico na UBS para a Atenção à Saúde</i>
A gestão municipal deve prover a adequação do espaço físico nas UBS com sala para a realização de atividades coletivas, como as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), de atividade física e as práticas integrativas complementares de saúde (PICS) (Machado <i>et al.</i> , 2021). Deve também garantir a acessibilidade aos usuários com obesidade, demonstrando o compromisso com o cuidado integral ao indivíduo com obesidade. As UBS devem apresentar estrutura física interna e externa adequada à mobilidade e ao cuidado das pessoas com obesidade (como por exemplo: cadeiras, bancos

e mesa de exame adequados, largura das portas e corredores, rampas e banheiros adequados) (Brandão <i>et al.</i> , 2020; Reis; Brandão; Casemiro, 2021).	
Medidas	Fonte
1. UBS com espaço físico adequado para realização de atividades coletivas	Diagnóstico MS
2. UBS com estrutura física que permita a circulação e permanência dos usuários com obesidade	
<i>1.1.2 Indicador: Disponibilidade de equipamentos para as ações de A&N</i>	
<p>O monitoramento e a vigilância do estado nutricional da população fazem parte do escopo das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade no âmbito da APS, portanto, a disponibilidade de equipamentos e dispositivos de transporte nas UBS é necessária para a execução dessas ações de forma adequada e continuada. Além da disponibilidade mínima de equipamentos para as ações de A&N, como balança adulto e infantil, fitas métricas, régua antropométrica, a gestão deve equipar as UBS com balança com capacidade máxima de 230kg, aparelhos de pressão adaptados às pessoas com obesidade, cadeira de rodas, maca de transferência e dispor de veículo adaptado, além de garantir que todos os equipamentos estejam em condições de uso (Brandão <i>et al.</i>, 2020; Machado <i>et al.</i>, 2021).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS com disponibilidade de equipamentos adequados para atendimento à pessoa com obesidade	Diagnóstico MS
2. UBS com disponibilidade de dispositivos de transporte para a pessoa com obesidade	
<i>1.1.3 Indicador: Disponibilidade de insumos para assistência nutricional</i>	
<p>Para assegurar a integralidade das ações de A&N, a gestão municipal deve garantir a disponibilidade e o acesso à insumos necessários para assistência nutricional. A APS deve estar atenta ao acompanhamento de pacientes que possuem carências e agravos nutricionais, de modo especial, àqueles submetidos à cirurgia bariátrica por apresentarem maior risco de desenvolver deficiências pela limitação na ingestão e absorção de diferentes nutrientes. É responsabilidade da gestão municipal, a disponibilidade de suplementos nutricionais e de medicamentos para os agravos associados, necessários ao tratamento clínico e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da LCSO (Brasil, 2013b). Especificamente para o tratamento da obesidade, não há medicamentos incorporados ao SUS (Brasil, 2020).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS com suporte da gestão para disponibilizar suplementos nutricionais para indivíduos com obesidade	Diagnóstico MS
2. UBS localizada em município onde os pacientes indicados à cirurgia bariátrica tem acesso regular aos medicamentos	

prescritos pelos profissionais da RAS	
1.2 Subdimensão: Recursos Humanos	
<p>A gestão municipal deve garantir equipes de saúde em número suficiente para o atendimento da população e oferecer o suporte de diferentes profissionais com o objetivo de garantir atendimento integral às pessoas com obesidade, e às demais necessidades de saúde do território. Além disso, a oferta sistemática e regular de qualificação dos profissionais da APS e gestores do SUS para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado das pessoas com obesidade reflete a preocupação da gestão municipal com a atenção nutricional para o cuidado do indivíduo com obesidade na APS (Brasil, 2022a; Burlandy <i>et al.</i>, 2020; Giovanella; De Mendonça, 2012).</p>	
<i>1.2.1 Indicador: Suficiência de pessoal na APS</i>	
<p>A ESF é fundamental para a reorganização do modelo de atenção à saúde e provimento das ações de saúde, incluindo as ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade na APS. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 (Brasil, 2012a). A gestão municipal deve garantir o número de equipes de Saúde da Família para a adequada cobertura populacional de acordo com o modelo de ESF que preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população (Giovanella; De Mendonça, 2012; Brandão <i>et al.</i>, 2022).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS localizada em município com cobertura de ESF adequada	CNES e IBGE
<i>1.2.2 Indicador: Suporte especializado para as ações de A&N</i>	
<p>A gestão municipal deve ofertar estruturas de apoio às equipes de saúde da família, tanto de atenção especializada nos diferentes níveis de atenção no âmbito da RAS quanto de suporte técnico pedagógico para oferta do cuidado no enfrentamento da obesidade. Recomenda-se que a gestão ofereça às equipes mínimas, apoio de outras categorias profissionais como nutricionista, profissional de educação física e psicólogo dadas as especificidades de sua formação no controle, prevenção e cuidado da obesidade, além de ações de promoção da saúde (Brasil, 2022a). O apoio de profissionais de outras categorias aumenta o poder de atuação da equipe mínima, aumentando a resolutividade da APS e diminuindo a necessidade de encaminhamentos de pacientes a outros níveis de atenção. O suporte especializado a equipes e profissionais que atuam na APS garante uma atenção interdisciplinar, multiprofissional e integral na Atenção Primária à Saúde (Giovanella; De Mendonça, 2012).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS que conta com atenção especializada no cuidado ao indivíduo com obesidade, nos diferentes níveis de atenção no âmbito da RAS	Diagnóstico MS
2. UBS que conta com equipe multiprofissional na Rede de	

Atenção à Saúde no cuidado ao indivíduo com obesidade	
<i>1.2.3 Indicador: Qualificação das equipes de saúde</i>	
<p>Para o enfrentamento da obesidade na APS, faz-se necessário desenvolver e fortalecer mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação dos profissionais de saúde para a atenção nutricional. A gestão municipal deve ofertar e incentivar, sempre que necessário, a qualificação dos profissionais da APS e gestores do SUS para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado das pessoas com obesidade (Brasil, 2022a; Burlandy <i>et al.</i>, 2020).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS cujas equipes foram capacitadas para o atendimento ao indivíduo com obesidade	Diagnóstico MS
2. UBS localizada em município que incentiva a educação permanente e/ou de educação continuada sobre prevenção e controle da obesidade	
1.3 Subdimensão: Organização e Normatização	
<p>A gestão municipal demonstra compromisso com estruturação da APS quando garante a organização e normatização do cuidado em saúde, com condições para o acesso de forma equânime, fluxos e padronização da atenção em saúde; e quando garante a disponibilidade contínua de informações para a Atenção Nutricional a fim de apoiar a gestão e monitorar as ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento da obesidade (Starfield, 2004; Brasil, 2015; Bortolini <i>et al.</i>, 2020; Brandão <i>et al.</i>, 2022).</p>	
<i>1.3.1 Indicador: Condições para o acesso à Saúde</i>	
<p>A APS constitui-se “porta de entrada” preferencial para o sistema de saúde e o primeiro contato com a população. Desta forma, para a adequada organização da atenção nutricional no enfrentamento da obesidade, a gestão municipal deve oferecer condições para o acesso à saúde, garantindo o funcionamento das UBS em horário estendido e a participação do usuário na decisão sobre horário e frequência dos atendimentos, de modo a facilitar a execução das atividades (Starfield, 2004).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS com disponibilidade de atendimento em horário estendido	Diagnóstico MS
2. UBS que possibilita a participação do usuário na decisão sobre horário e frequência dos atendimentos	
<i>1.3.2 Indicador: Fluxos e padronização da Atenção em Saúde</i>	
<p>Na estruturação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade, a pactuação de fluxos de encaminhamento e de regulação para articulação da APS com os diferentes pontos de atenção e a padronização de protocolos clínicos são importantes para a garantia da integralidade em saúde, além de qualificar a assistência à saúde por meio da equidade</p>	

do acesso e coordenação do cuidado. A instituição de protocolos/manuais/guias pautados em evidências científicas qualifica o cuidado em saúde e são essenciais na estruturação da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade (Brandão *et al.*, 2022; Brasil, 2022a, 2022a; Almeida *et al.*, 2018).

Medidas	Fonte
1. UBS localizada em município que utiliza Unidade/central de Regulação para a organização do cuidado aos usuários com obesidade	Diagnóstico MS
2. UBS localizada em município que disponibiliza protocolos de encaminhamentos da APS para a Atenção Especializada	
3. UBS localizada em município que disponibiliza protocolos clínicos, guias ou documentos orientativos para atenção ao indivíduo com obesidade	

1.3.3 Indicador: Disponibilidade de Informação para a Atenção Nutricional

A coleta contínua dos dados por meio da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), do sistema de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família ou outro sistema informatizado do MS, permite a compilação, análise e monitoramento das informações para a Atenção Nutricional, importantes para o planejamento e tomada de decisão dos gestores e equipes de saúde. O uso do Sisvan permite o monitoramento de indicadores de consumo alimentar e estado nutricional da população e a regularidade na disponibilização da informação expressa o compromisso da gestão na organização da atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade (Brasil, 2015; Bortolini *et al.*, 2020; Brandão *et al.*, 2022).

Medidas	Fonte
1. UBS que realiza atualização e monitoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	Diagnóstico MS
2. UBS localizada em município que utiliza algum dos sistemas de informação do Ministério da Saúde para apoiar a gestão e monitorar as ações de A&N	

1.4 Subdimensão: Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação da área de A&N

A área técnica de A&N no contexto da gestão municipal deve possuir capacidade administrativa, financeira e de articulação com os demais setores envolvidos. Compreende a capacidade da área técnica de pautar aspectos prioritários e necessários ao pleno desenvolvimento das ações que fazem parte do escopo da atenção nutricional. A gestão municipal afirma compromisso com a atuação da área técnica de A&N quando proporciona o planejamento de ações de A&N, garante o suporte técnico e a gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N, além de promover articulação

intersetorial com respeito às competências do controle social na formulação, fiscalização e deliberação sobre as políticas de saúde (Bortolini *et al.*, 2021; Melo; Carvalho, 2023; CAISAN, 2014).

1.4.1 Indicador: Planejamento de ações de A&N

Para realizar o planejamento de ações de A&N para o enfrentamento da obesidade, é importante que os programas e ações de promoção da saúde e alimentação e nutrição sob a coordenação do município estejam contemplados nos instrumentos de planejamento do SUS, no âmbito da SMS. Essas ações devem estar regulamentadas através de uma política de A&N implementada no município, a qual deve dialogar com as demais políticas públicas desenvolvidas e em consonância com a PNAN a nível federal (Bortolini *et al.*, 2021; Brasil, 2022a)

Medidas	Fonte
1. UBS localizada em município com participação da área técnica de A&N nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS	Diagnóstico MS
2. UBS localizada em município com uma política de A&N instituída e regulamentada	

1.4.2 Indicador: Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N

Compete ao gestor municipal garantir a participação dos técnicos da área de A&N no planejamento e acompanhamento do orçamento e da aplicação financeira destinados à sua pasta, em especial com foco no enfrentamento da obesidade, sejam eles arrecadados pela própria esfera de governo ou oriundos das transferências intergovernamentais (Bortolini *et al.*, 2021)

Medidas	Fonte
1. UBS localizada em município onde a área técnica de A&N orienta e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua pasta	Diagnóstico MS
2. UBS localizada em município onde a área técnica de A&N acompanha os processos licitatórios relacionados a sua área de atuação	
3. UBS localizada em município que alocou recursos financeiros próprios para ações de enfrentamento à obesidade	

1.4.3 Indicador: Suporte Técnico para gestão das ações de A&N

Ao dispor de um profissional responsável técnico na área de A&N, a gestão municipal demonstra compromisso com a adequada organização da atenção nutricional como parte integrante da Rede de Atenção à Saúde. O responsável técnico na área de A&N deve ser um profissional nutricionista habilitado que assume o planejamento, coordenação, direção, supervisão e avaliação na área de alimentação e nutrição (Brasil, 2010).

Medidas	Fonte
1. UBS localizada em município com Responsável Técnico pela gestão das ações de alimentação e nutrição	Diagnóstico MS
<i>1.4.4 Indicador: Articulação intersetorial da área de A&N</i>	
<p>A obesidade é caracterizada como uma doença de origem complexa e multifatorial, sendo necessária a articulação de outros setores, além do setor saúde para a organização, planejamento e realização de ações para o enfrentamento deste agravo. A gestão municipal se compromete com a atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade quando inclui a área técnica de A&N nas instâncias de planejamento e gestão da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), educação, assistência social, além de viabilizar e promover ações intersetoriais de A&N junto às estruturas e equipamentos de diferentes setores de governo e da sociedade civil (Melo; Carvalho, 2023; Brasil, 2022; CAISAN, 2014).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS localizada em município com participação da área de Alimentação e Nutrição da SMS em processos decisórios de planejamento e gestão intersetorial	Diagnóstico MS
2. UBS localizada em município que desenvolve ações intersetoriais de A&N junto aos diferentes setores da gestão municipal e da sociedade civil	
<i>1.4.5 Indicador: Interlocução com o Controle Social</i>	
<p>O controle social constitui-se um dos princípios organizativos do SUS, e deve ser reconhecido e apoiado pela gestão municipal, ampliando o protagonismo da população pelos direitos à saúde e à alimentação adequada e saudável por meio da criação e fortalecimento de espaços de interlocução. A gestão municipal expõe compromisso com a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade quando respeita e garante que o controle social participe na formulação, fiscalização e deliberação sobre as políticas de saúde, incluindo aquelas relacionadas à obesidade (Trad; Esperidião, 2009; Brandão <i>et al.</i>, 2022).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS localizada em município que disponibiliza canal de ouvidoria e/ou orientação sobre programas e ações de A&N	Diagnóstico MS
2. UBS localizada em município que apresenta a situação alimentar e nutricional da população e reivindica ação de A&N junto ao CMS	
3. UBS localizada em município com participação da área de A&N em alguma instância de controle social	
4. UBS localizada em município que inclui ações e demandas da área de A&N nas discussões da conferência municipal de	

saúde	
-------	--

DIMENSÃO 2 – ASSISTÊNCIA

A dimensão assistência foi dividida em 3 subdimensões, 10 indicadores e suas respectivas medidas.

2. DIMENSÃO – Assistência	
<p>Para a atenção nutricional no enfrentamento da obesidade no modelo de APS abrangente é fundamental a inclusão dos eixos de vigilância alimentar e nutricional (VAN), ações de promoção à saúde e prevenção da obesidade, além do controle e acompanhamento de agravos nutricionais, como parte permanente do processo de trabalho das equipes de saúde, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (Brasil, 2013a; Canuto <i>et al.</i>, 2020; Kahan, 2018).</p>	
2.1 Subdimensão: Vigilância Alimentar e Nutricional	
<p>As ações de VAN, incluindo o acompanhamento contínuo dos indicadores do estado nutricional e consumo alimentar da população no território devem fazer parte do processo de trabalho das equipes de saúde na APS. A apropriação do território com o mapeamento das áreas de risco para insegurança alimentar e agravos decorrentes de má alimentação e a identificação da estrutura comunitária e de apoio aos indivíduos que vivem no território fornecem subsídios para o planejamento local em saúde e expressam a organização da assistência nutricional pautada pelo eixo da VAN (Brasil, 2013a, 2015; Silva <i>et al.</i>, 2023; Bortolini <i>et al.</i>, 2020).</p>	
<i>2.1.1 Indicador: Acompanhamento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar</i>	
<p>Reflete a necessidade do monitoramento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar por meio de marcadores de alimentação e nutrição, os quais indicam os fatores de risco associados à obesidade. Deve ser realizado pelos profissionais de saúde no cotidiano da atenção à saúde, nas ações realizadas nas UBS e no território de abrangência das equipes de saúde, incluindo creches, escolas, praças e parques, polos da Academia da Saúde, quadra de esportes, centros de convivência comunitária, etc (Brasil, 2015; Silva <i>et al.</i>, 2023; Campos; Fonseca, 2021; Bortolini <i>et al.</i>, 2020).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS que realiza ações de vigilância nutricional voltadas a toda população em diferentes locais do território adstrito	Diagnóstico MS
2. UBS que realiza avaliação do estado nutricional e/ou composição corporal de pessoas com obesidade	
3. UBS que realiza avaliação do consumo alimentar de pessoas com obesidade	
<i>2.1.2. Indicador: Apropriação do território</i>	

O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham e cultivam suas crenças e cultura. A identificação da estrutura comunitária contribui para o enfrentamento da obesidade na medida que identifica as áreas de risco para insegurança alimentar e nutricional, assim como, as estruturas de apoio à população do território (centros comunitários, centros esportivos, escolas, creches, centros de convivência de idosos, unidades de assistência social, etc) e programas de proteção social. Além disso, é importante o reconhecimento do sistema alimentar local (conjunto de processos que vão desde a produção até o consumo de alimentos), a fim de relacionar os hábitos alimentares e estado nutricional da população e possibilitar o planejamento das ações pelas equipes de saúde de maneira efetiva (Brandão *et al.*, 2022; Campos; Fonseca, 2021).

Medidas	Fonte
1. UBS que realiza o mapeamento das áreas de risco para insegurança alimentar e nutricional no território	Diagnóstico MS
2. UBS que realiza o diagnóstico do sistema de produção, abastecimento e/ou comercialização de alimentos saudáveis no território	
3. UBS que identifica a estrutura comunitária de apoio e programas de proteção social às pessoas ou famílias em situação de vulnerabilidade	

2.1.3 Indicador: Planejamento local em saúde

O planejamento das ações para o enfrentamento da obesidade deve fazer parte da rotina de trabalho das equipes da APS, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde do território. O planejamento deve inserir indicadores de alimentação e nutrição mapeados no território em saúde para possibilitar a priorização dos problemas e a organização das ações de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida e de forma conjunta entre a equipe e a comunidade, objetivando ações assertivas (Brandão *et al.*, 2022).

Medidas	Fonte
1. UBS que realiza a seleção e priorização dos problemas no território com base em indicadores de alimentação e nutrição	Diagnóstico MS
2. UBS cujas equipes realizam o planejamento das ações de forma conjunta com a comunidade e/ou outros profissionais	

2.2 Subdimensão: Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade

As ações de promoção da saúde constituem formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde vivem e trabalham. A PAAS apoiada nas diretrizes oficiais do Guia

Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos e no Guia Alimentar para a População Brasileira e o incentivo à prática de atividade física/práticas corporais devem ser realizadas pelas equipes de APS, compondo uma agenda de intervenções estratégicas para prevenção da obesidade no território (Brasil, 2013a, 2014a, 2014c; Bortolini *et al.*, 2020). Levando em consideração que a obesidade é considerada uma doença crônica complexa e fator de risco para outras doenças do mesmo grupo, é necessário intervir preventivamente a fim de evitar o surgimento e as complicações decorrentes deste agravo (Brasil, 2013b, 2014).

2.2.1 Indicador: Ações de Promoção à Saúde

No escopo da promoção à saúde da população, destacam-se as ações de promoção de hábitos saudáveis como a PAAS e as práticas corporais/atividade física (Brasil, 2014a). A responsabilidade das equipes de APS com as ações de promoção à saúde deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo-se nos demais espaços no território, como escolas e creches (públicas e privadas), praças e parques, Polos da Academia da Saúde, quadra de esportes, centros de convivência comunitária, ambientes de trabalho, entre outros. A utilização de estratégias de educação alimentar e nutricional (EAN) é fundamental para a PAAS (Brasil, 2012b, 2013a, 2022; Bortolini *et al.*, 2020).

Medidas	Fonte
1. UBS que desenvolve ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física/práticas corporais no território	Diagnóstico MS
2. UBS que realiza oficinas culinárias de valorização da cultura alimentar	

2.2.2 Indicador: Ações de Prevenção à Obesidade

As equipes de APS demonstram compromisso com a prevenção da obesidade quando desenvolvem ações de PAAS e orientação relacionada à atividade física, voltadas ao coletivo e aos indivíduos, para que possam responder às necessidades de saúde da população, contribuindo para a redução da prevalência da obesidade e dos agravos decorrentes (Brasil, 2013a, 2014).

Medidas	Fonte
1. UBS que realiza orientações sobre alimentação com foco na prevenção da obesidade com abordagem coletiva	Diagnóstico MS
2. UBS que desenvolve orientação sobre alimentação com abordagem individual às pessoas com obesidade	
3. UBS que desenvolve orientação relacionada à atividade física com abordagem individual	

2.2.3 Indicador: Articulação intersetorial para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

A múltipla determinação da obesidade exige que o cuidado ao indivíduo com obesidade extrapole o campo da saúde, sinalizando a necessidade de articulação intersetorial para a prevenção e o controle da obesidade. As ações interssetoriais precisam ser ampliadas, fortalecidas e integradas com instituições e os outros equipamentos públicos sociais existentes nos territórios, induzindo uma APS acolhedora, ordenadora e resolutiva, capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas para os problemas relacionados à obesidade (Medina *et al.*, 2014; CAISAN, 2014; Brasil, 2014).

Medidas	Fonte
1. UBS que realiza articulação intersetorial para desenvolver ações de educação alimentar e nutricional no território	Diagnóstico MS
2. UBS que apoia a implantação e manutenção de estratégias para facilitar o acesso a alimentos saudáveis, por meio da articulação com outros setores públicos e parcerias locais	

2.3 Subdimensão: Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais

As medidas de controle e acompanhamento dos agravos nutricionais visam diminuir a prevalência das DCNT, limitar a evolução e complicações dos agravos crônicos em saúde e o impacto das mesmas sobre a mortalidade da população. A atenção nutricional para o enfrentamento da obesidade deve garantir a identificação, o diagnóstico precoce e a estratificação de risco dos indivíduos com obesidade. Além disso, o cuidado deve ser ofertado de forma interdisciplinar e integral, com vistas ao rompimento da atenção fragmentada e de acordo com as diretrizes pactuadas na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2013a, Canuto *et al.*, 2020; Kahan, 2018).

2.3.1 Indicador: Identificação, Diagnóstico Precoce e Estratificação de Risco

A identificação dos indivíduos com obesidade por meio da demanda espontânea ou busca ativa, o diagnóstico precoce e a estratificação de risco, a fim de priorizar o agendamento e o atendimento desses usuários, expressam o compromisso das equipes de APS com o enfrentamento da obesidade. O acesso a exames diagnósticos na APS pressupõe a qualidade do atendimento clínico e melhor adequação aos tratamentos adotados à conduta profissional. E a partir do diagnóstico, estabelece-se a estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades, com o objetivo de promover equidade no acesso (Brasil, 2013a, 2014, 2022).

Medidas	Fonte
1. UBS que realiza a identificação de indivíduos com obesidade por meio da demanda espontânea	Diagnóstico MS
2. UBS que realiza a identificação indivíduos com obesidade por meio da busca ativa	
3. UBS localizada em município que realiza o diagnóstico precoce de obesidade, a partir do acompanhamento nutricional	

4. UBS localizada em município que realiza estratificação de risco/classificação de gravidade para Obesidade	
<i>2.3.2 Indicador: Organização do Cuidado</i>	
<p>Reflete a organização do cuidado às pessoas obesidade através de ações e serviços de saúde de forma integrada e harmônica nos diferentes pontos de atenção, fortalecendo e qualificando a atenção por meio da integralidade e longitudinalidade do cuidado, superando a lógica hegemônica da atenção fragmentada (Brasil, 2014a). A partir da estratificação de risco para os indivíduos com obesidade, são definidos os fluxos a serem seguidos entre os pontos de atenção, a definição dos equipamentos integrantes da ação, a pactuação das metas em relação ao tratamento da obesidade e resultados a serem alcançados no cuidado alimentar e nutricional, além das competências e as atividades a serem executadas (Bortolini <i>et al.</i>, 2020; Brasil, 2013b, 2022).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS que realiza pactuação entre usuário e profissional sobre as metas e os resultados do cuidado alimentar e nutricional	Diagnóstico MS
2. UBS localizada em município que realiza a busca ativa de faltosos para acompanhamento da obesidade	
3. UBS que realiza avaliação do processo de trabalho e dos resultados alcançados no cuidado de pessoas com obesidade	
<i>2.3.3 Indicador: Atenção interdisciplinar e multiprofissional</i>	
<p>A atenção nutricional ofertada de maneira interdisciplinar e multiprofissional qualifica o cuidado em saúde e possibilita ações mais assertivas e resolutivas. A obesidade apresenta etiologia complexa, numa relação intrínseca com aspectos psicológicos, sociais e ambientais que requerem a atuação conjunta em prol da integralidade em saúde e maior resolubilidade da APS. Os profissionais atuantes nesse nível de atenção devem ser capacitados para intervenção de estilo de vida abrangente, como estratégias de mudança de comportamento e estilo de vida saudável. Além disso, deve ser garantida a oferta de práticas integrativas e complementares (PICS) para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com obesidade (Brasil, 2006, 2013a; Kahan, 2018).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS que elabora Projeto Terapêutico Singular (PTS) no cuidado de pessoas com obesidade	Diagnóstico MS
2. UBS que oferta suporte psicológico no cuidado a pessoas com obesidade	
3. UBS que desenvolve ações coletivas com abordagem cognitiva comportamental, oferta Práticas Integrativas Complementares (PICS) ou ações de atividade física no espaço da Academia da Saúde	

4. UBS que realiza atendimento com profissional nutricionista	
<i>2.3.4 Indicador: Coordenação do Cuidado</i>	
<p>A organização da atenção nutricional prevê a atuação da APS como coordenadora do cuidado, responsabilizando-se pela saúde dos usuários atendidos em qualquer ponto da rede de assistência à saúde, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada; com vistas ao rompimento da atenção fragmentada. Os agravos nutricionais que necessitam de suporte em outros pontos de atenção devem ser registrados pelas equipes e gerenciados pela APS, efetivando a corresponsabilização e coordenação do cuidado (Brasil, 2013a; Canuto <i>et al.</i>, 2020).</p>	
Medidas	Fonte
1. UBS localizada em município que realiza gestão de listas de espera dos pacientes com obesidade encaminhados aos outros pontos de atenção	Diagnóstico MS
2. UBS cujas equipe utiliza protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para atendimento às pessoas com obesidade na APS	
3. UBS cuja equipe adota fluxos de referência e contrarreferência para os usuários encaminhados à atenção especializada	
4. UBS que realiza o acompanhamento dos usuários antes e após cirurgia bariátrica na RAS	

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Em Debate**, v. 42, spl1, p. 244–260, Sep 2018.

BORTOLINI, G. A. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, jul. 2020.

BORTOLINI, G. A. *et al.* Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl 1, 2021.

BRANDÃO, A. L. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. **Rev Panam Salud Publica**, v. 46, e119, 2022.

BRANDÃO, A. L. *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 678–693, jul. 2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 971, DE 03 DE MAIO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 17 jan. 2021

BRASIL. **Resolução CFN Nº 465, de 23 de agosto de 2010. Dispõe sobre as atribuições do Nutricionista, estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e dá outras providências.** 2010. Disponível em: <<http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=465>>. Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas.** Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012b.

BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

BRASIL. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 56 p.

(BRASIL. **Atlas da Obesidade Infantil do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dados_atlas_obesidade.pdf. Acesso em: 23 jul. 2023.

BRASIL. **PORTARIA SCTIE/MS Nº 53, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2020 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos**. Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf

BRASIL. **Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso em: 23 jul. 2023.

BRAY, G. A.; KIM, K. K.; WILDING, J. P. H. Obesity: a chronicrelapsingprogressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. **Obesity Reviews**, v. 18, n. 7, p. 715–723, 1 jul. 2017.

BURLANDY, L. *et al.* Models of care for individuals with obesity in primary healthcare in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 3, p. 1–19, 2020.

CAISAN. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios**. 2014 Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf. Acesso em: 17 jan. 2021.

CAMPOS, D. S.; FONSECA, P. C. A vigilância alimentar e nutricional em 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. Suppl 1, 2021.

CANUTO, R. *et al.* Nutritional intervention strategies for the management of overweight and obesity in primary health care: A systematic review with meta-analysis. **Obesity Reviews**, p. obr.13143, 2 out. 2020.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A. (Ed.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011

CONTALDO, F. *et al.* Nutrition TransitionandCancer. **Nutrients**, v. 12, n. 3, p. 795, 18 mar. 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2, 2012. p.1100.

HILL, J. O.; WYATT, H. Outpatient Management of Obesity: A Primary Care Perspective. **Obesity Research**, v. 10, n. S12, p. 124S-130S, jul. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2023.

KAHAN, S. I. Practical Strategies for Engaging Individuals With Obesity in Primary Care. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 93, n. 3, p. 351–359, jul. 2018.

KYLE, T. K.; DHURANDHAR, E. J.; ALLISON, D. B. Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, v. 45, n. 3, p. 511–520, 1 set. 2016. doi: 10.1016/j.ecl.2016.04.004

MACHADO, P. M. de O. **Atenção Nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde: análise de implantação em municípios brasileiros**. 2018. 298p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MACHADO, P. M. de O; LACERDA, J. T. Avaliação de Programas de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde: análise de implantação. In: CRUZ, M. M.; BARROS, D. C.; VITORINO, S. A. S. (orgs). **Avaliação das políticas de alimentação e nutrição: contribuições teóricas e práticas**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2023. 639p.

Medina, M. G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde debate**, v. 38, p. 69–82, out 2014.

MELO, F.C.T. de; CARVALHO, D.F. de. Intersetorialidade das ações de alimentação e nutrição: relação com a prevalência de obesidade no estado da Paraíba. **Rev. Nutr**, n. 35, p. 1-12, 2023.

REIS, E. C. dos; BRANDÃO, A. L.; CASEMIRO, J. P. Práticas de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e processos de trabalho. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 16, e55647, 2021.

SEMLITSCH, T. *et al.* Management of overweight and obesity in primary care—A systematic overview of international evidence-based guidelines. **Obesity Reviews**, v. 20, n. 9, p. 1218–1230, 8 set. 2019.

SHEKAR, M.; POPKIN, B. **Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge**. Human Development Perspectives. Washington, DC: World Bank, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10986/32383>. Acesso em: 16 jan. 2021.

STARFIELD B. **Atenção Primária Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 3; p. 557–70, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesidade e excesso de peso**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 24 jan. 2021.

APÊNDICE D – SÍNTESE DA MATRIZ AVALIATIVA

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	INDICADORES
GESTÃO	Infraestrutura	Adequação de espaço físico na UBS para a Atenção à Saúde
		Disponibilidade de equipamentos para as ações de A&N
		Disponibilidade de insumos para assistência nutricional
	Recursos Humanos	Suficiência de Pessoal na APS
		Suporte especializado para as ações de A&N
		Qualificação das equipes de saúde
	Organização e Normatização	Condições para o acesso à Saúde
		Fluxos e padronização da Atenção em Saúde
		Disponibilidade de Informação para a Atenção Nutricional
	Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação	Planejamento de ações de A&N
		Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N
		Suporte Técnico para gestão das ações de A&N
		Articulação intersetorial da área de A&N
		Interlocução com o Controle Social
	ASSISTÊNCIA	Vigilância Alimentar e Nutricional
Apropriação do território		
Planejamento Local em Saúde		
Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade		Ações de Promoção à Saúde
		Ações de Prevenção à Obesidade
		Articulação intersetorial para PAAS

	Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	Identificação, Diagnóstico Precoce e estratificação de risco
		Organização do Cuidado
		Atenção interdisciplinar e multiprofissional
		Coordenação do Cuidado

1. DIMENSÃO GESTÃO			
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	MEDIDAS	FONTE
1.1 Infraestrutura	1.1.1 Adequação de espaço físico na UBS para a Atenção à Saúde	UBS com espaço físico adequado para realização de atividades coletivas	Diagnóstico MS
		UBS com estrutura física que permita a circulação e permanência dos usuários com obesidade	
	1.1.2 Disponibilidade de equipamentos para as ações de A&N	UBS com disponibilidade de equipamentos adequados para o atendimento à pessoa com obesidade	
		UBS com disponibilidade de dispositivos de transporte para a pessoa com obesidade	
	1.1.3 Disponibilidade de insumos para assistência nutricional	UBS com suporte da gestão para disponibilizar suplementos nutricionais para indivíduos com obesidade	
		UBS localizada em município onde os pacientes indicados à cirurgia bariátrica tem acesso regular aos medicamentos necessários	
1.2 Recursos Humanos	1.2.1 Suficiência de Pessoal na APS	UBS localizada em município com cobertura de ESF adequada	CNES / IBGE
	1.2.2 Suporte especializado para as ações de A&N	UBS que conta com atenção especializada no cuidado ao indivíduo com obesidade, nos diferentes níveis de atenção no âmbito da RAS	Diagnóstico MS

1. DIMENSÃO GESTÃO			
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	MEDIDAS	FONTE
	1.2.3 Qualificação das equipes de saúde	UBS que conta com equipe multiprofissional na Rede de Atenção à Saúde no cuidado ao indivíduo com obesidade	
		UBS cujas equipes foram capacitadas para o atendimento ao indivíduo com obesidade	
		UBS localizada em município que incentiva a educação permanente e/ou de educação continuada sobre prevenção e controle da obesidade	
1.3 Organização e Normatização	1.3.1 Condições para o acesso à Saúde	UBS com disponibilidade de atendimento em horário estendido	Diagnóstico MS
		UBS que possibilita a participação do usuário na decisão sobre horário e frequência dos atendimentos	
	1.3.2 Fluxos e padronização da Atenção em Saúde	UBS localizada em município que utiliza Unidade/central de Regulação para a organização do cuidado aos usuários com obesidade	
		UBS localizada em município que disponibiliza protocolos de encaminhamentos da APS para a Atenção Especializada	
		UBS localizada em município que disponibiliza protocolos clínicos, guias ou documentos orientativos para atenção à obesidade	
	1.3.3 Disponibilidade de Informação para a Atenção Nutricional	UBS que realiza atualização e monitoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN web)	
		UBS localizada em município que utiliza algum sistema de informação do MS para apoiar a gestão e monitorar as ações de A&N	

1. DIMENSÃO GESTÃO			
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	MEDIDAS	FONTE
1.4 Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação	1.4.1 Planejamento de ações de A&N	UBS localizada em município com participação da área técnica de A&N nos processos decisórios de planejamento e gestão da SMS	
		UBS localizada em município com uma política de A&N instituída e regulamentada	
	1.4.2 Gestão orçamentária e financeira dos recursos destinados à área de A&N	UBS localizada em município onde a área técnica de A&N orienta e acompanha a gestão orçamentária/financeira dos recursos destinados à sua pasta	
		UBS localizada em município onde a área técnica de A&N acompanha os processos licitatórios relacionados a sua área de atuação	
		UBS localizada em município que alocou recursos financeiros próprios para ações de enfrentamento à obesidade	
1.4 Capacidade administrativa, financeira, técnica e de articulação	1.4.3 Suporte Técnico para gestão das ações de A&N	UBS localizada em município com Responsável Técnico pela gestão das ações de alimentação e nutrição	Diagnóstico MS
	1.4.4 Articulação intersetorial da área de A&N	UBS localizada em município com participação da área de Alimentação e Nutrição da SMS em processos decisórios de planejamento e gestão intersetorial	
		UBS localizada em município que desenvolve ações intersetoriais de A&N junto aos diferentes setores da gestão municipal e da sociedade civil	

1. DIMENSÃO GESTÃO			
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	MEDIDAS	FONTE
	1.4.5 Interlocução com o Controle Social	UBS localizada em município que disponibiliza canal de ouvidoria e/ou orientação sobre programas e ações de A&N	
		UBS localizada em município que apresenta a situação alimentar e nutricional da população e reivindica ação de A&N junto ao CMS	
		UBS localizada em município com participação da área de A&N em alguma instância de controle social	
		UBS localizada em município que inclui ações e demandas da área de A&N nas discussões da conferência municipal de saúde	

2. DIMENSÃO ASSISTÊNCIA			
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	MEDIDAS	FONTE
2.1 Vigilância Alimentar e Nutricional	2.1.1 Acompanhamento contínuo do estado nutricional e consumo alimentar	UBS que realiza ações de vigilância nutricional voltadas a toda população em diferentes locais do território adstrito	Diagnóstico MS
		UBS que realiza avaliação do estado nutricional e/ou composição corporal de pessoas com sobrepeso e obesidade	
		UBS que realiza avaliação do consumo alimentar de pessoas com sobrepeso e obesidade	
	2.1.2 Apropriação do território	UBS que realiza o mapeamento das áreas de risco para insegurança alimentar e nutricional no território	
		UBS que realiza o diagnóstico do sistema de produção, abastecimento e/ou comercialização de alimentos saudáveis no território	
		UBS que identifica a estrutura comunitária de apoio e/ou programas de proteção social às pessoas ou famílias em situação de vulnerabilidade	
	2.1.3 Planejamento Local em Saúde	UBS que realiza a seleção e priorização dos problemas no território com base em indicadores de alimentação e nutrição	

2. DIMENSÃO ASSISTÊNCIA			
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	MEDIDAS	FONTE
		UBS cujas equipes realizam o planejamento das ações de forma conjunta com a comunidade e/ou outros profissionais	
2.2 Promoção à Saúde e Prevenção à Obesidade	2.2.1 Ações de Promoção à Saúde	UBS que desenvolve ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física/práticas corporais no território	Diagnóstico MS
		UBS que realiza oficinas culinárias de valorização da cultura alimentar	
	2.2.2 Ações de Prevenção à Obesidade	UBS que realiza orientações sobre alimentação com foco na prevenção da obesidade com abordagem coletiva	
		UBS que desenvolve orientação sobre alimentação com abordagem individual às pessoas com obesidade	
		UBS que desenvolve orientação relacionada à atividade física com abordagem individual	
	2.2.3 Articulação intersetorial para PAAS	UBS que realiza articulação intersetorial para desenvolver ações de educação alimentar e nutricional no território	
UBS que apoia a implantação e manutenção de estratégias para facilitar o acesso a alimentos saudáveis, por meio da articulação com outros setores públicos e parcerias locais			

2. DIMENSÃO ASSISTÊNCIA			
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	MEDIDAS	FONTE
2.3 Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	2.3.1 Captação com Diagnóstico Precoce e estratificação de risco	UBS que realiza a identificação de indivíduos com obesidade por meio da demanda espontânea	
		UBS que realiza a identificação indivíduos com obesidade por meio da busca ativa	
		UBS localizada em município que realiza o diagnóstico precoce da obesidade, a partir do acompanhamento nutricional	
		UBS localizada em município que realiza estratificação de risco/classificação de gravidade para obesidade	
2.3 Controle e Acompanhamento de Agravos Nutricionais	2.3.2 Organização do cuidado	UBS que realiza pactuação entre usuário e profissional sobre as metas e os resultados do cuidado alimentar e nutricional	Diagnóstico MS
		UBS localizada em município que realiza a busca ativa de faltosos para acompanhamento da obesidade	
		UBS que realiza avaliação do processo de trabalho e dos resultados alcançados no cuidado de pessoas com obesidade	
	2.3.3 Atenção Interdisciplinar e Multiprofissional	UBS que elabora Projeto Terapêutico Singular (PTS) no cuidado de pessoas com obesidade	
		UBS que oferta suporte psicológico no cuidado a pessoas com obesidade	
		UBS que desenvolve ações coletivas com abordagem cognitiva comportamental,	

2. DIMENSÃO ASSISTÊNCIA			
SUBDIMENSÃO	INDICADORES	MEDIDAS	FONTE
		oferta Práticas Integrativas Complementares (PICS) ou ações de atividade física no espaço da Academia da Saúde	
		UBS que realiza atendimento com profissional nutricionista	
	2.3.4 Coordenação do Cuidado	UBS localizada em município que realiza gestão de listas de espera dos pacientes com obesidade encaminhados aos outros pontos de atenção	
		UBS cujas equipe utiliza protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para atendimento às pessoas com obesidade na APS	
		UBS cuja equipe adota fluxos de referência e contrarreferência para os usuários encaminhados à atenção especializada	
		UBS que realiza o acompanhamento dos usuários antes e após cirurgia bariátrica na RAS	

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTA CATARINA: DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO”, cujo objetivo é analisar as ações para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa encomendada pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, realizada em Santa Catarina pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Você foi selecionado(a) por ser gestor ou profissional de saúde atuante na atenção nutricional da Atenção Primária em Saúde em seu município. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e você tem plena liberdade para decidir se participará ou não, sem prejuízo algum.

O estudo está sendo coordenado pela Prof^a. Dr^a. Josimari Telino de Lacerda, pesquisadora do grupo NEPAS, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Sua participação consistirá em responder a um questionário online, composto de perguntas abertas e fechadas, sobre a organização, gestão e o cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde, em seu município. O tempo estimado para o preenchimento do questionário é de 30 a 40 minutos, mas você poderá interromper o preenchimento e retornar a qualquer momento que for mais conveniente. Solicitamos que finalize o preenchimento do questionário em até 15 dias”.

A pesquisa foi organizada para conferir o menor risco possível aos participantes. Um deles é a possibilidade de sentir-se cansado(a) ou aborrecido(a) ao responder o questionário. Por isso utilizamos um sistema que permite gravar as respostas e voltar ao mesmo ponto em que parou. Porém é possível que queira interromper sua participação mesmo assim. Esclarecemos que você tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização alguma. Você pode também sentir-se inseguro ou em dúvida sobre o preenchimento do questionário. Para isso manteremos um sistema de acompanhamento e assistência aos participantes da pesquisa durante toda a etapa de preenchimento, através do e-mail jtelineo@gmail.com ou pelo telefone (48) 3721 5146. Caso tenha necessidade, ficaremos à disposição pelos mesmos canais de comunicação, posteriormente ao encerramento e/ ou a interrupção de sua participação na pesquisa

A pesquisadora responsável também se compromete com a confidencialidade das informações pessoais. A sua privacidade será respeitada e o seu sigilo será assegurado mediante identificação por um código alfanumérico. O acesso aos dados será restrito à pesquisa e mantido em segurança, mesmo após o término das análises dos dados. O dados ficarão armazenados com a pesquisadora responsável por cinco anos e após esse período serão destruídos e/ou deletados.

Os benefícios de participar neste estudo são indiretos, compreendendo os próprios resultados. Em geral os gestores e profissionais não têm tempo ou condições de realizar um diagnóstico de suas ações. Nessa pesquisa, faremos a devolutiva dos dados com detalhamento e direcionamento local. Tal devolutiva oferecerá elementos que lhe permitam refletir sobre a pertinência de suas ações e, se necessário, sugestão de adequação ou novas estratégias de atenção nutricional para um efetivo enfrentamento e controle da obesidade em seu município.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e devidamente comprovadas despesas provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito a ressarcimento, nos termos

da legislação. As despesas com direito a ressarcimento dizem respeito a possíveis gastos com acesso a internet no decorrer de sua participação na pesquisa. Dessa forma, reforçamos que todos os eventuais gastos que você venha a ter durante a pesquisa serão ressarcidos pela pesquisadora responsável. Já em caso de dano material ou imaterial você tem assegurado o direito à indenização. A indenização garante o reparo ao dano devidamente comprovado da pesquisa, devendo ser pago de acordo com a legislação vigente.

Esta pesquisa atende à resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Dessa forma, peço que leia este documento e esclareça suas dúvidas antes de consentir em participação neste estudo. O consentimento será realizado pela pergunta a seguir: “Você concorda em participar da pesquisa conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?” Ao responder: “Sim, concordo”, você declara que recebeu as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concorda em participar do estudo. Também declara-se informado que:

1. Você está ciente dos objetivos e procedimentos da pesquisa e poderá manifestar seu interesse em participar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.
2. Tem o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e que poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento pelo e-mail: jtelino@gmail.com.
3. Você está ciente que a sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.
4. Você está ciente de que está sendo convidado(a) a responder um questionário online, composto de perguntas abertas e fechadas e que o tempo estimado para o preenchimento do mesmo é de 30 a 40 minutos e que o prazo para devolutiva será de até 15 dias.
5. Você poderá sentir-se cansado(a), aborrecido(a) ou inseguro ao responder o questionário, mas pode contar com suporte e acompanhamento que você necessitar durante e posteriormente ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa.
6. Sua identidade, assim como as identidades de todos(as) os(as) participantes serão mantidas em sigilo.
7. As informações reunidas serão usadas unicamente para fins de pesquisa e de trabalhos científicos que dela poderão se desdobrar. Os dados estarão sob guarda da pesquisadora responsável por cinco anos e após esse período serão destruídos e/ou deletados.
8. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão e você terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.
9. Esta pesquisa está sendo coordenada pela Prof^a. Dr^a. Josimari Telino de Lacerda, pesquisadora do grupo NEPAS, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Caso necessite de maiores informações, contate-nos: Prof^a Dra. Josimari Telino de Lacerda, telefone (48) 3721 5866 ou (48) 3721 5146. Endereço: Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370. Florianópolis/SC, e-mail: jtelino@gmail.com.
9. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Em caso de dúvidas, relacionadas aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar o referido Comitê: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.pesq@contato.ufsc.br.

Agradeço sua atenção e sua disponibilidade, estando à disposição para qualquer esclarecimento decorrente deste estudo.

Prof^a. Dr^a. Josimari Telino de Lacerda
Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO A - RESULTADO DA CHAMADA CNPQ/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018

30/10/2018 Chamadas públicas - Portal CNPq
[Voltar](#)

[XML](#)

Busca resultados

CHAMADA CNPQ/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 - ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE NO ÂMBITO DO SUS

Programa Especial de Cooperação com o Ministério da Saúde - COSAU

Nome candidato	Nome Instituição
Pedro Israel Cabral de Lira	Universidade Federal de Pernambuco
Marize Melo dos Santos	Universidade Federal do Piauí
Bruno Mendes Tavares	Universidade Federal do Amazonas
Luciana Maria Cerqueira Castro	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Patrícia Constante Jaime	Universidade de São Paulo
Katia Fernanda Alves Moreira	Universidade Federal de Rondônia
Lígia Amaro da Silva Santos	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Denise Petrucci Gigante	Universidade Federal de Pelotas
Maria Mariene Marques Ávila	Universidade Estadual do Ceará
Maria do Rosario Gondim Peixoto	Universidade Federal de Goiás
Emerson Carraro	Universidade Estadual do Centro-Oeste
Josimari Telino de Lacerda	Universidade Federal de Santa Catarina
Rosângela Maria Lopes de Sousa	Universidade Ceuma
Carla Campos Muniz Medeiros	Universidade Estadual da Paraíba
Aldair da Silva Guterres	Universidade Federal do Pará
Bárbara Mendes Gorgulho	Universidade Federal de Mato Grosso
AlAnderson Alves Ramalho	Universidade Federal do Acre
Maria del Carmen Risi Molina	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Helen Hermiana Miranda Hermsdorff	Universidade Federal de Viçosa
Karla Freire Rezende	Universidade Federal de Sergipe
Elisabetta Gioconda Iole Giovanna Recine	Universidade de Brasília
Camilla Medeiros da Silva Mazzetti	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



1393175034394853

**TERMO DE ACEITAÇÃO DE APOIO FINANCEIRO
A PROPOSTA DE NATUREZA CIENTÍFICA, TECNOLÓGICA E/OU DE INOVAÇÃO**

Processo: 420068/2018-0
 Título do Projeto: Qualificação da gestão e da assistência para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito da Atenção Básica em Santa Catarina
 Instituição de Vínculo: Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC-SC
 CNPJ: 83899526000182
 Instituição de Execução: Universidade Federal de Santa Catarina
 CNPJ: 83899526000182
 Chamada: CHAMADA CNPQ/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 - ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE NO ÂMBITO DO SUS
 Eu, Josimar Telino de Lacerda , 561.308.569-20, declaro conhecer, concordar e atender integralmente às exigências Nº CPF (ou PASSAPORTE, se estrangeiro) da Chamada acima especificada e às Condições Gerais para Apoio Financeiro que regem a concessão dos recursos especificados abaixo:

AUXÍLIO FINANCEIRO

Custeio: R\$ 96.642,68

Valor Global: R\$ 96.642,68

BOLSA DE LONGA DURAÇÃO

Modalidade: Apoio à Difusão do Conhecimento - ADC
Nível: A
Duração: 10 Meses
Quantidade: 1
Modalidade: Desenvolvimento Tecnológico Industrial - DTI
Nível: A
Duração: 24 Meses
Quantidade: 2
Modalidade: Extensão no País - EXP
Nível: B
Duração: 24 Meses
Quantidade: 1
Modalidade: Apoio Técnico em Extensão no País - ATP
Nível: A
Duração: 24 Meses
Quantidade: 2
Modalidade: Extensão no País - EXP
Nível: A
Duração: 24 Meses
Quantidade: 1
Modalidade: Extensão no País - EXP
Nível: C
Duração: 11 Meses
Quantidade: 1

Tenho ciência:

a) de que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da data da assinatura deste Termo de Aceitação, pelo período constante na Chamada correspondente, acrescido dos dias necessários para que a vigência final seja no último dia do respectivo mês de término; e

b) das disposições legais e procedimentos para a adequada utilização de recursos financeiros e a correta prestação de contas (Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas).

1. DA CONCESSÃO:

1.1. Ao aceitar o apoio financeiro, o BENEFICIÁRIO declara formalmente:

a) dedicar-se às atividades pertinentes à proposta aprovada;

b) observar o disposto nas Leis nº 8.666/93 e nº 10.973/04, nos Decretos nº 93.872/86 e nº 5.563/05 e na Lei nº 8.112/90, no que couber, bem como os demais instrumentos legais pertinentes;

c) conhecer o Protocolo de Cooperação Técnica firmado entre a instituição de execução do projeto/plano de trabalho e o CNPq, publicado no Diário Oficial da União;

d) conhecer e cumprir as exigências da Chamada à qual a proposta está relacionada, como também as normas do CNPq, ora em validade, relativas à modalidade de apoio financeiro aprovado, ciente que a eventual mudança dessas normas não afeta, altera ou incide sobre o presente documento, exceto quando proposta pelo CNPq e formalmente aceita pelo BENEFICIÁRIO;

e) possuir anuência formal da instituição de execução do projeto/plano de trabalho, seja sob a forma de vínculo empregatício ou funcional ou, na ausência desta, sob a forma de declaração de autoridade institucional competente, segundo modelo disponível na página do CNPq na Internet;

f) dispor das autorizações legais cabíveis de instituições como Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis - IBAMA, Fundação Nacional do Índio - FUNAI, Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade - ICMBio, Jardim Botânico do Rio de Janeiro, além dos Comitês de Ética em Pesquisa - CEP, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, das Comissões de Ética em pesquisa com animais, da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN e outras, no caso em que a natureza do projeto, as exigir;

g) manter os documentos referidos nas alíneas "e" e "f" em seu poder até cinco anos após a aprovação final das contas do CNPq pelo Tribunal de Contas da União, não sendo necessária sua remessa ao CNPq;

h) ter ciência de que esta declaração é feita sob pena de incidência nos artigos [297-299 do Código Penal Brasileiro](#), sobre a falsificação de documento público e falsidade ideológica, respectivamente; e

i) estar ciente que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da data da assinatura do Termo de Aceitação, pelo período constante na Chamada correspondente, devendo ser aplicados exclusivamente para a proposta aprovada.

1.2. O BENEFICIÁRIO compromete-se, ainda, a:

a) responsabilizar-se pela adequada implementação e aplicação dos recursos financeiros aprovados, atendendo aos aspectos normativos definidos para a(s) modalidade(s) concedida(s), podendo estar previsto apenas recursos de capital e custeio, como também recursos para bolsas;

b) utilizar os recursos financeiros em acordo com os critérios e procedimentos estabelecidos no Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas ;

c) assumir todas as obrigações legais decorrentes de contratações eventuais necessárias à consecução do objeto, não tendo tais contratações qualquer vínculo com o CNPq;

d) apresentar, nos prazos que lhe forem determinados, informações ou documentos referentes tanto ao desenvolvimento quanto à conclusão do projeto ou plano de trabalho aprovado;

e) se necessárias, propor alterações ao projeto/plano de trabalho, sujeitas à prévia análise e autorização do CNPq, e de entidade co-financiadora quando for o caso, desde que não se altere o objeto do projeto/plano de trabalho, e não implique remanejamento de despesas entre rubricas (capital para custeio e vice-versa);

f) permitir e facilitar ao CNPq o acesso aos locais de execução do projeto/plano de trabalho, o exame da documentação produzida e a vistoria dos bens adquiridos;

g) apresentar o relatório técnico final das atividades desenvolvidas em até 60 (sessenta) dias após o término da vigência do projeto/plano de trabalho, via Plataforma Carlos Chagas;

h) apresentar a prestação de contas financeira em até 60 (sessenta) dias após o término da vigência do projeto/plano de trabalho, em conformidade com o disposto no Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas, via Plataforma Carlos Chagas; e

i) se necessário, solicitar prorrogação de prazo de execução do projeto/plano de trabalho, via Plataforma Carlos Chagas, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término da vigência.

1.3. É vedado

a) utilizar o recurso financeiro para fins distintos dos aprovados originalmente na proposta, sendo permitidas despesas exclusivamente com itens financiáveis estabelecidos nas normas de bolsas e auxílios individuais do CNPq, convênios e/ou Chamadas;

b) transferir a terceiros as obrigações assumidas sem prévia autorização do CNPq;

c) executar despesas em data anterior à vigência do benefício; e

d) efetuar pagamento em data posterior à vigência do benefício, salvo se expressamente autorizado pela autoridade competente do CNPq e desde que o fato gerador da despesa tenha ocorrido durante a vigência do Termo de Aceitação. Despesas realizadas fora do prazo de aplicação dos recursos serão glosadas.

2. DA GUARDA E DOAÇÃO DOS BENS

2.1. O BENEFICIÁRIO e a instituição de execução do projeto responderão pela manutenção do bem em perfeito estado de conservação e funcionamento.

2.2. Em caso de roubo, furto ou outro sinistro envolvendo o bem, o BENEFICIÁRIO ou a instituição de execução do projeto, após a adoção das medidas cabíveis, deverá comunicar imediatamente o fato ao CNPq, por escrito, juntamente com a justificativa e a prova de suas causas, anexando cópia autenticada da Ocorrência Policial, se for o caso.

2.3. É vedada a transferência dos bens para outro local ou estabelecimento, sem prévia e expressa autorização do CNPq. Todas as despesas decorrentes da transferência dos bens e os eventuais danos causados correrão por conta e risco do BENEFICIÁRIO e da instituição de execução do projeto.

2.4. A doação dos bens patrimoniais adquiridos com apoio financeiro do CNPq deverá ser efetuada conforme estabelecido em norma específica e com o disposto no Protocolo de Cooperação Técnica.

3. DA PROPRIEDADE INTELECTUAL / CRIAÇÃO PROTEGIDA

Caso os resultados do projeto ou o relatório em si venham a ter valor comercial ou possam levar ao desenvolvimento de um produto ou método envolvendo o estabelecimento de uma patente, a troca de informações e a reserva dos direitos, em cada caso, dar-se-ão de acordo com o estabelecido na Lei de Inovação, nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 5.563, de 11 de outubro de 2005 e pela RN-013/2008.

4. DAS PUBLICAÇÕES E DIVULGAÇÃO

4.1. Trabalhos publicados e sua divulgação, sob qualquer forma de comunicação ou por qualquer veículo, de resultados obtidos com recursos do projeto, deverão, obrigatoriamente, no idioma da divulgação, fazer menção expressa ao apoio recebido do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - Brasil, bem como mencionar quaisquer outras entidades/órgãos financiadores, especialmente aqueles que participaram no apoio do projeto em conjunto com o CNPq.

4.2. Material de divulgação de eventos, impressos em geral, publicações e a publicidade relativa a eles, de trabalhos e atividades apoiadas ou financiadas pelo CNPq, deverão trazer a logomarca deste em lugar visível, de fácil identificação em escala e tamanho proporcionais à área de leitura. Esclarecimentos a respeito e os padrões a observar devem ser objeto de consulta prévia junto à área de comunicação social do CNPq (comunicacao@cnpq.br).

4.2.1. Os mesmos materiais de divulgação de eventos, impressos em geral, publicações e a publicidade relativa a eles deverão trazer a logomarca de outras entidades/órgãos financiadores, em lugar visível, de fácil identificação, e em escala e tamanho proporcionais à área de leitura. (NR)

4.3. As ações publicitárias atinentes a propostas financiadas com recursos da União deverão observar rigorosamente as disposições contidas no § 1º do art. 37 da Constituição Federal, como também aquelas consignadas em Instrução Normativa da Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República.

5. DA DESISTÊNCIA E SUSPENSÃO

5.1. Quando o BENEFICIÁRIO desistir da execução do projeto/plano de trabalho, antes do seu início, os recursos serão

devolvidos ao CNPq, com justificativa plausível da desistência, no prazo de 30 (trinta) dias de seu recebimento. A não observância desse prazo implicará a correção do valor originalmente concedido, na forma da legislação aplicável aos débitos da Fazenda Nacional.

5.2. O BENEFICIÁRIO deverá comunicar formalmente ao CNPq qualquer descontinuidade do plano de trabalho ou do projeto de pesquisa, acompanhada da devida justificativa. No prazo de 30 (trinta) dias da comunicação da descontinuidade, deverão ser apresentados o relatório técnico e a prestação de contas, como também deverá ser devolvido ao CNPq eventual saldo financeiro. A não observância desse prazo implicará a correção do valor originalmente concedido, na forma da legislação aplicável aos débitos da Fazenda Nacional.

5.3. A liberação dos recursos do apoio financeiro ao projeto/plano de trabalho, bem como de quaisquer outros benefícios aprovados pelo CNPq, será suspensa quando ocorrer uma das seguintes impropriedades, constatada, inclusive, por procedimentos de fiscalização realizados pelo CNPq, Ministério da Ciência e Tecnologia - MCT, Secretaria Federal de Controle Interno - SFCI ou Tribunal de Contas da União - TCU:

- a) não comprovação da utilização adequada da parcela anteriormente recebida, na forma da legislação pertinente, quando solicitada;
- b) verificação de desvio de finalidade na utilização dos recursos ou dos bens patrimoniais adquiridos no projeto;
- c) atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas no projeto/plano de trabalho; e
- d) quando for descumprida qualquer condição deste instrumento.

5.3.1. A suspensão dos benefícios persistirá até a correção da causa verificada.

5.4. O BENEFICIÁRIO, cuja prestação de contas e relatório técnico final do projeto/plano de trabalho, com vigência expirada não forem aprovados, será considerado inadimplente e terá suspenso o pagamento de projetos/planos de trabalho, vigentes, bem como a concessão de novas modalidades de apoio, sem prejuízo de outras medidas julgadas necessárias pelo CNPq e previstas na lei.

6. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1. As presentes condições gerais referem-se a proposta a ser financiada com recursos do CNPq. Se financiada com recursos de outras fontes, poderão prevalecer disposições específicas constantes em Chamadas, Convênios e outros regulamentos pertinentes.

6.2. O Termo de Aceitação só será válido na vigência do Protocolo de Cooperação Técnica firmado entre o CNPq e a instituição de execução do projeto/plano de trabalho, indicada pelo proponente na solicitação.

6.3. O apoio financeiro aprovado pelo CNPq não gera vínculo de qualquer natureza ou relação de trabalho, constituindo doação com encargos feita ao BENEFICIÁRIO.

6.4. O pessoal envolvido na execução do projeto/plano de trabalho, não possuirá vínculo de qualquer natureza com o CNPq e deste não poderá demandar quaisquer pagamentos, sendo estes de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO/Instituição de execução do projeto/plano de trabalho, que o tiver empregado na sua execução.

6.4.1. Se eventualmente o CNPq for demandado pelo pessoal utilizado nos trabalhos, o BENEFICIÁRIO e a instituição de execução do projeto/plano de trabalho, o ressarcirão das despesas que em decorrência realizar, atualizadas monetariamente.

6.5. O processo somente será encerrado após as aprovações do relatório técnico final e da prestação de contas e desde que cumpridas todas as condições previstas neste instrumento e nas normas aplicáveis.

6.6. O descumprimento de qualquer condição constante deste instrumento e a inobservância de dispositivos legais aplicáveis implicará o encerramento imediato do apoio financeiro aprovado e obrigará o BENEFICIÁRIO a ressarcir integralmente o CNPq de todas as despesas realizadas, atualizadas nos termos da legislação, sem prejuízo da aplicação de penalidades cabíveis.

6.6.1. A recusa ou omissão do BENEFICIÁRIO, quanto ao ressarcimento de que trata este item, ensejará a consequente abertura de tomada de contas especial e a decorrente inscrição do BENEFICIÁRIO e do débito no Cadastro de Inadimplência Institucional - CADIN e do Tesouro Nacional.

6.7. O BENEFICIÁRIO reconhece que ao CNPq compete exercer a autoridade normativa de controle e fiscalização sobre a execução do projeto/plano de trabalho, bem como assumir ou transferir a responsabilidade pela mesma, no caso da paralisação ou de fato relevante que venha a ocorrer, de modo a evitar a descontinuidade das atividades.

6.8. Em caso de identificação de transação efetuada no Cartão Pesquisa e não reconhecida pelo BENEFICIÁRIO, o BENEFICIÁRIO tem até 60 (sessenta) dias contados a partir da data da realização da despesa para apresentar contestação

junto à agência do Banco do Brasil, mediante a apresentação de Boletim de Ocorrência da esfera policial. Excedido este prazo, os recursos não serão ressarcidos pelo CNPq através do banco e/ou bandeira e o BENEFICIÁRIO será responsabilizado e acionado para devolução dos recursos públicos envolvidos.

7. ACEITE

Declaro ainda que li e aceitei integralmente os termos deste documento, comprometendo-me a cumpri-los fielmente, não podendo, em nenhuma hipótese, deles alegar desconhecimento.

Termo de aceitação registrado eletronicamente por meio da internet junto ao CNPq, pelo agente receptor 10.0.2.22(srv258.cnpq.br), mediante uso de senha pessoal do Beneficiário em 31/10/2018, originário do número IP 200.130.33.73(200.130.33.73) e número de controle 2141154121411541:2152744558-3044200204.

Para visualizar este documento novamente ou o PDF assinado digitalmente, acesse: <http://efomento.cnpq.br/efomento/termo?numeroAcesso=1393175034394853>.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - 3.822.183

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE E DO SOBREPESO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO EM SANTA CATARINA

Pesquisador: JOSIMARI TELINO DE LACERDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25598819.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.822.183

Apresentação do Projeto:

"AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE E DO SOBREPESO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO, FORMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SANTA CATARINA". Projeto de pesquisa e extensão coordenado pela Profa. Dra. JOSIMARI TELINO DE LACERDA. A obesidade é um dos grandes desafios da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, visto que sua prevalência tem crescido de maneira importante. A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada no sistema de saúde e, por estar mais próxima à comunidade, é local privilegiado de atuação na promoção da saúde e no enfrentamento do excesso de peso. Assim, a Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde colaboram para reorganizar e fortalecer a Atenção Primária à Saúde. Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar as ações para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina, por meio de três estratégias metodológicas: um diagnóstico das ações de gestão e atenção; a formação de gestores e profissionais de saúde e avaliação das estratégias adotadas na linha de cuidado propostas durante a formação. Por meio desta pesquisa espera-se criar embasamento científico para planejar estratégias de melhorias na aplicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.822.183

Analisar as ações para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a gestão e a organização da atenção nutricional relativa ao sobrepeso e à obesidade na Atenção Primária à Saúde;
- Identificar os pontos conflitantes e congruentes entre o manejo do sobrepeso e da obesidade na Atenção Primária à Saúde e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;
- Sensibilizar gestores e profissionais para a reflexão de suas ações no enfrentamento do sobrepeso e da obesidade, com aporte científico e normativo atualizados; Avaliar a adequação das ações e estratégias proposta por gestores e profissionais no desenho das Linhas de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os dados solicitados envolvem exclusivamente aspectos de organização e oferta de serviços. Não há solicitação de percepção ou opinião por parte do respondente. A liberdade de participação e ou desistência será assegurada durante todo o processo sem qualquer prejuízo ao município ou participante. Sobre a etapa do diagnóstico, o prazo para devolutiva dos questionário será de pelo menos 15 dias e a plataforma utilizada permite salvamento das respostas, o que diminuirá a possibilidade de cansaço ao respondente que poderá interromper o preenchimento e retornar a qualquer momento do ponto onde parou. O sigilo será assegurado aos respondentes pela codificação e o acesso aos dados será restrito à pesquisa e mantido em segurança, mesmo após o término das análises. Tais procedimentos visam minimizar potenciais riscos aos participantes. Em relação à etapa da formação, a participação nesta pesquisa pode gerar mínimos riscos ou danos morais, culturais ou sociais, mas que serão minimizados ou evitados por meio da atenção dos pesquisados a qualquer

Benefícios:

Os benefícios do presente estudo são os próprios resultados. Em geral os gestores e profissionais não têm tempo ou condições de realizar um diagnóstico de suas ações. Nesse estudo a devolutiva,

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.822.183

com detalhamento e direcionamento local oferecerá aos gestores elementos que lhe permitam refletir sobre a pertinência de suas ações e, se necessário, sugestão de adequação ou novas estratégias de atenção nutricional para um efetivo enfrentamento e controle da obesidade. Além disso, são benefícios da etapa da formação, a qualificação das ações de enfrentamento do sobrepeso e obesidade nos municípios catarinenses, e a identificação de eventuais limites das Linhas de Cuidado do sobrepeso e obesidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de pesquisa e extensão da Profa. Dra. Profª Drª Josimari Telino de Lacerda, sendo a UFSC a Instituição Executora e Instituições Colaboradoras o Ministério da Saúde CGAN – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e Núcleo Telessaúde Santa Catarina. O estudo será realizado em três etapas: a) diagnóstico; b) curso de formação; c) estudo avaliativo. O universo de atuação é o estado de Santa Catarina. Este estudo faz parte do projeto intitulado "Qualificação da gestão e da Assistência para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina" aprovado na CHAMADA CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N°26/2018. Caracterizado como um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa envolvendo gestores e profissionais de saúde que atuam na Atenção Nutricional no âmbito da APS (n=590). A hipótese que norteia este estudo é que a gestão municipal e os profissionais envolvidos com a Atenção Nutricional necessitam de suporte e apoio para a implantação de ações inovadoras e eficazes no enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito da Atenção Primária em Saúde. O tema tem relevância científica, a documentação está completa e o TCLE atende a todas as exigências da Resolução CNS nº 510/16. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documento obrigatórios:

- 1) PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO;
- 2) Termo de Concessão do projeto CNPq;
- 3) Projeto de pesquisa;
- 4) Termo de Anuência da Secretaria de Estado da Saúde;
- 5) TCLE;
- 6) Folha de rosto (assinada pelo Vice-Chefe do DSP).

O TCLE atende na íntegra a Resolução CNS nº 510/16.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.822.183

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1468048.pdf	12/12/2019 13:27:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_REFORMULADO_DE_Z_2019.pdf	12/12/2019 13:13:12	Rafaela Souza	Aceito
Outros	Resposta_ao_CEP_dezembro_2019.pdf	10/12/2019 11:24:24	Rafaela Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	10/12/2019 11:16:30	Rafaela Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	10/12/2019 11:09:18	Rafaela Souza	Aceito
Declaração do Patrocinador	TermoCNPq.pdf	11/11/2019 19:08:03	JOSIMARI TELINO DE LACERDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoSES.pdf	11/11/2019 19:02:14	JOSIMARI TELINO DE LACERDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 04 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - 4.451.510

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE E DO SOBREPESO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO EM SANTA CATARINA

Pesquisador: JOSIMARI TELINO DE LACERDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25598819.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.451.510

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nesta EMENDA foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, de 23/11/2020, preenchido pelos pesquisadores.

Justificativa da Emenda:

Justificamos a realização da Emenda neste projeto, a partir da sugestão dos pesquisadores envolvidos com o diagnóstico e a avaliação da atenção nutricional para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de Santa Catarina (SC). Percebeu-se a necessidade de ampliar o debate acerca da etapa avaliativa, inserindo a oficina de consenso do modelo avaliativo, composto pelo Modelo Lógico, Modelo Teórico e Matriz de Indicadores. A oficina de consenso permite que especialistas da área, emitam sua opinião a respeito do objeto a ser avaliado, neste caso, a atenção nutricional para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade na APS em SC. A inserção desta etapa ao projeto original irá promover maior envolvimento das partes interessadas, por meio de debate e discussões (em reunião online), no intuito de cumprir com os objetivos da pesquisa avaliativa. Promovendo assim, um processo participativo e mais próximo à realidade da atenção nutricional ofertada aos indivíduos com

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.451.510

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1666524_E1.pdf	23/11/2020 16:52:53		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_oficina_consenso.pdf	23/11/2020 16:30:05	Rafaela Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_emenda_revisado.pdf	23/11/2020 16:27:31	Rafaela Souza	Aceito
Outros	Resposta_ao_CEP_dezembro_2019.pdf	10/12/2019 11:24:24	Rafaela Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	10/12/2019 11:16:30	Rafaela Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	10/12/2019 11:09:18	Rafaela Souza	Aceito
Declaração do Patrocinador	TermoCNPq.pdf	11/11/2019 19:08:03	JOSIMARI TELINO DE LACERDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoSES.pdf	11/11/2019 19:02:14	JOSIMARI TELINO DE LACERDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 09 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

ANEXO D – DIRETRIZES PARA AUTORES PERIÓDICOS

1) RBONE

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES PARA ENVIO DE ARTIGO

A RBONE adota as regras de preparação de manuscritos que seguem os padrões da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que se baseiam no padrão Internacional - ISO (International Organization for Standardization), em função das características e especificidade da RBONE apresenta o seguinte padrão.

INSTRUÇÕES PARA ENVIO

O artigo submetido deve ser digitado em espaço duplo, papel tamanho A4 (21 x 29,7), com margem superior de 2,5 cm, inferior 2,5, esquerda 2,5, direita 2,5, sem numerar linhas, parágrafos e as páginas; as legendas das figuras e as tabelas devem vir no local do texto, no mesmo arquivo.

Os manuscritos que não estiverem de acordo com as instruções a seguir em relação ao estilo e ao formato será devolvido sem revisão pelo Conselho Editorial.

FORMATO DOS ARQUIVOS

Para o texto, usar editor de texto do tipo Microsoft Word para Windows ou equivalente, fonte Arial, tamanho 12, as figuras deverão estar nos formatos JPG, PNG ou TIFF.

ARTIGO ORIGINAL

Um artigo original deve conter a formatação acima e ser estruturado com os seguintes itens:

Página tí-tulo: deve conter

- (1) o tí-tulo do artigo, que deve ser objetivo, mas informativo;
- (2) nomes completos dos autores; instituição (ões) de origem (afiliação), com cidade, estado e país, se fora do Brasil;
- (3) nome do autor correspondente e endereço completo;
- (4) e-mail de todos os autores.

Resumo: deve conter

- (1) o resumo em português, com não mais do que 250 palavras, estruturado de forma a conter: introdução e objetivo, materiais e métodos, discussão, resultados e conclusão;

(2) três a cinco palavras-chave. Usar obrigatoriamente termos do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS);

(3) o título e o resumo em inglês (abstract), representando a tradução do título e do resumo para a língua inglesa;

(4) três a cinco palavras-chave em inglês (key words).

Introdução: deve conter (1) justificativa objetiva para o estudo, com referências pertinentes ao assunto, sem realizar uma revisão extensa e o objetivo do artigo deve vir no último parágrafo.

Materiais e Métodos: deve conter

(1) descrição clara da amostra utilizada;

(2) termo de consentimento para estudos experimentais envolvendo humanos e animais, conforme recomenda as resoluções 466/12 e 510/16;

(3) identificação dos métodos, materiais (marca e modelo entre parênteses) e procedimentos utilizados de modo suficientemente detalhado, de forma a permitir a reprodução dos resultados pelos leitores;

(4) descrição breve e referências de métodos publicados, mas não amplamente conhecidos;

(5) descrição de métodos novos ou modificados;

(6) quando pertinente, incluir a análise estatística utilizada, bem como os programas utilizados. No texto, números menores que 10 são escritos por extenso, enquanto que números de 10 em diante são expressos em algarismos arábicos.

Resultados: deve conter

(1) apresentação dos resultados em sequência lógica, em forma de texto, tabelas e ilustrações; evitar repetição excessiva de dados em tabelas ou ilustrações e no texto;

(2) enfatizar somente observações importantes.

Discussão: deve conter

(1) ênfase nos aspectos originais e importantes do estudo, evitando repetir em detalhes dados já apresentados na Introdução e nos Resultados;

(2) relevância e limitações dos achados, confrontando com os dados da literatura, incluindo implicações para futuros estudos;

(3) ligação das conclusões com os objetivos do estudo.

Conclusão: deve ser obtida a partir dos resultados obtidos no estudo e deve responder os objetivos propostos.

Agradecimentos: deve conter

- (1) contribuições que justificam agradecimentos, mas não autoria;
- (2) fontes de financiamento e apoio de uma forma geral.

Citação: deve utilizar o sistema autor-data.

Fazer a citação com o sobrenome do autor (es) seguido de data separado por vírgula e entre parênteses. Exemplo: (Bacurau, 2001). Até três autores, mencionar todos, usar a expressão colaboradores, para quatro ou mais autores, usando o sobrenome do primeiro autor e a expressão. Exemplo: (Navarro e colaboradores, 2001).

A citação só poderá ser a parafraseada.

Referências: as referências devem ser escritas em sequência alfabética. O estilo das referências deve seguir as normas da RBONE e os exemplos mais comuns são mostrados a seguir. Deve-se evitar utilização de "comunicações pessoais" ou "observações não publicadas" como referências.

Exemplos:

- 1) Artigo padrão em periódico (deve-se listar todos os autores):

Amorim, P.A. Distribuição da Gordura Corpórea como Fator de Risco no desenvolvimento de Doenças Arteriais Coronarianas: Uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Londrina. Vol. 2. Num. 4. 1997. p. 59-75.

- 2) Autor institucional:

Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Institui diretrizes para Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Portaria interministerial, Num. 1010 de 8 de maio de 2006. Brasília. 2006.

- 3) Livro com autor (es) responsáveis por todo o conteúdo:

Bacurau, R.F.; Navarro, F.; Uchida, M.C.; Rosa, L.F.B.P.C. Hipertrofia Hiperplasia: Fisiologia, Nutrição e Treinamento do Crescimento Muscular. São Paulo. Phorte. 2001. p. 210.

- 4) Livro com editor (es) como autor (es):

Diener, H.C.; Wilkinson, M. editors. Druginducedheadache. New York. Springer- Verlag. 1988. p. 120.

- 5) Capítulo de livro:

Tateyama, M.S.; Navarro, A.C. A Eficiência do Sistema de Ataque Quatro em Linha no Futsal. IN Navarro, A.C.; Almeida, R. Futsal. São Paulo. Phorte. 2008.

- 6) Dissertação de Mestrado ou Tese de Doutorado:

Navarro, A.C. Um Estudo de Caso sobre a Ciência no Brasil: Os Trabalhos em Fisiologia no Instituto de Ciências Biomédicas e no Instituto de Biociência da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. PUC-SP. São Paulo. 2005.

TABELAS

As tabelas devem ser numeradas sequencialmente em algarismo arábico e ter títulos sucintos, assim como, podem conter números e/ou textos sucintos (para números usar até duas casas decimais após a vírgula; e as abreviaturas devem estar de acordo com as utilizadas no corpo do texto; quando necessário usar legenda para identificação de símbolos padrões e universais).

As tabelas devem ser criadas a partir do editor de texto Word ou equivalente, com no mínimo fonte de tamanho 10.

FIGURAS

Serão aceitas fotos ou figuras em preto-e-branco.

Figuras coloridas são incentivadas pelo Editor, pois a revista é eletrônica, processo que facilita a sua publicação. Não utilizar tons de cinza. As figuras quando impressas devem ter bom contraste e largura legível.

Os desenhos das figuras devem ser consistentes e tão simples quanto possíveis. Todas as linhas devem ser sólidas. Para gráficos de barra, por exemplo, utilizar barras brancas, pretas, com linhas diagonais nas duas direções, linhas em xadrez, linhas horizontais e verticais.

A RBONE desestimula fortemente o envio de fotografias de equipamentos e animais.

Utilizar fontes de no mínimo 10 pontos para letras, números e símbolos, com espaçamento e alinhamento adequados. Quando a figura representar uma radiografia ou fotografia sugerimos incluir a escala de tamanho quando pertinente. A resolução para a imagem deve ser de no máximo 300 dpi afim de uma impressão adequada.

ARTIGOS DE REVISÃO

Os artigos de revisão (narrativo, sistemática, metanálise) são habitualmente encomendados pelo Editor a autores com experiência comprovada na área. A RBONE encoraja, entretanto, que se envie material não encomendado, desde que expresse a experiência publicada do (a) autor (a) e não reflita, apenas, uma revisão da literatura.

Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os menos familiarizados com assuntos, típicos ou questões específicas na área de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada.

2) SAÚDE EM DEBATE

Diretrizes para autores ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista: texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculam.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada.

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o '[Manual de Normalização de Referências](#)' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista, recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Artigo Original

Resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Revisão

Revisões críticas da literatura sobre o tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

3) CSP - CADERNOS EM SAÚDE PÚBLICA

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1. Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2. Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3. Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4. Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais) (Editorial 37(4));

1.5. Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6. Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.7. Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia (Editorial 37(5)) e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8. Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.9. Cartas: comentário a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.400 palavras);

1.10. Resenhas: Análise crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As resenhas devem conter título e referências bibliográficas. A resenha contempla uma análise da obra no conjunto de um campo em que a mesma está situada, não se restringe a uma apresentação de seu conteúdo, quando obra única, ou de seus capítulos, quando uma obra organizada. O esforço é contribuir com a análise de limites e contribuições, por isto podem ser necessários acionamentos a autores e cenários políticos para produzir a análise, a crítica e a apresentação da obra. O foco em seus principais conceitos, categorias e análises pode ser um caminho desejável para a contribuição da resenha como uma análise crítica, leia o Editorial 37(10).

2. Normas para envio de artigos

2.1. CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3. Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4. Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5. A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 2.12 (Passo a Passo).

2.6. Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2.7. Serão aceitos artigos depositados em servidor de *preprint*, previamente à submissão a CSP ou durante o processo de avaliação por pares. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo por meio de formulário específico (contatar cadernos@fiocruz.br). NÃO recomendamos a publicação em servidor de *preprint* de artigo já aprovado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1. Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2. Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1. Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3. Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4. Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação CSP o direito de primeira publicação, conforme a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY (CC-BY).

6.5. Recomendamos a leitura do Editorial 34(11) que aborda as normas e políticas quanto à autoria de artigos científicos em CSP.

7. Agradecimentos

7.1. Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios de coautoria.

8. Referências

8.1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1. Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2. Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4. CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia Editorial 34(1) e Editorial 38(1).

10.5. O Conselho Editorial da CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.