



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

JOYCYELLY GOMES ABDALA BRANDÃO

**PRÁTICAS DE TERRITORIALIZAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA COM
SOBREPESO OU OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma análise
do estado da Paraíba**

CAMPINA GRANDE - PB

2023

JOYCYELLY GOMES ABDALA BRANDÃO

**PRÁTICAS DE TERRITORIALIZAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA COM
SOBREPESO OU OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma análise
do estado da Paraíba**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Danielle Franklin de Carvalho.

CAMPINA GRANDE - PB

2023

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B817p Brandão, Joycyelly Gomes Abdala.
Práticas de territorialização no cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária à Saúde [manuscrito] : uma análise do estado da Paraíba / Joycyelly Gomes Abdala Brandão. - 2023.
86 p. : il. colorido.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.
"Orientação : Profa. Dra. Danielle Franklin de Carvalho, Departamento de Enfermagem - CCBS. "

1. Obesidade. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Territorialização da Atenção Primária. 4. Cuidado integral à saúde. I. Título

21. ed. CDD 616.398

JOYCYELLY GOMES ABDALA BRANDÃO

**PRÁTICAS DE TERRITORIALIZAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA COM
SOBREPESO OU OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: uma análise
do estado da Paraíba**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública

Aprovada em: 17/02/2023

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Danielle Franklin de Carvalho (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Poliana de Araújo Palmeira
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

DEDICATÓRIA

À Norberto Pereira Abdala, meu saudoso e amado pai, que sempre me ensinou que “só se vence na vida com estudo”, este é mais um fruto do seu árduo trabalho, a quem amo além dessa vida, dedico.

AGRADECIMENTOS

Primeiro e antes de qualquer coisa, agradeço ao único que é digno de honra, glória, louvor e adoração, ao autor da minha vida, aquele que antes de mim sonhou com isso para minha vida, meu Senhor e Salvador Jesus Cristo, sem sua graça e misericórdia eu jamais conseguiria chegar aqui.

Ao meu pai Norberto Abdala, que não está mais presente fisicamente para contemplar mais um fruto do seu trabalho, mas permanece vivo dentro do meu coração e nas minhas memórias, quem me ensinou a vencer pelos estudos, a ser honesta e dedicada em tudo que fizer, enquanto vida eu tiver, todas as minhas conquistas serão dedicadas a você, te amo além dessa vida.

A minha mãe, Sonia Maria, que desde a partida de meu pai tem sido o maior motivo pelo qual busco seguir em frente, que me recobre de oração constantemente, que venceu a batalha contra o câncer e a quem eu amo mais que a mim mesma, tudo por você Mãinha, hoje e sempre, essa conquista é sua também.

A minha família: minha irmã Simone, meu irmão Júnior, meus cunhados, minha cunhada, meus sobrinhos, que são a alegria da minha vida, que me sustentam com amor e orações, especialmente a minha alma gêmea, minha irmã Jussara, que não mediu esforços para me auxiliar nesse trabalho, mesmo sem entender muita coisa de seu conteúdo e que acima de tudo me foi suporte quando eu mais precisei, entendeu minhas angústias e me fortaleceu para ir em frente, Sarinha, seu amor e cuidado são expressões do amor de Deus por mim.

Ao meu esposo, Wanderley, meu amor e amigo, companheiro de vida, pelo amor, compreensão e dedicação a essa causa que não é apenas minha, tornou-se nossa desde quando decidi cursar o mestrado. Meu Dinho, eu te amo sempre e para sempre, obrigada por tudo.

A todos os meus familiares e amigos que sempre me ouviam compartilhar sobre os estudos e oravam e torciam por mim, especialmente a minha querida sogra Jaqueline Brandão, que é mais que sogra, é amiga, sempre preocupada e constantemente em oração para que eu tivesse êxito, meu amor e minha gratidão.

À professora Danielle Franklin por todo apoio e contribuição a esse trabalho; as professoras Carla Muniz e Poliana Palmeira, por toda ajuda e contribuição desde o início da construção desse trabalho, minha eterna gratidão a vocês três.

A melhor turma de mestrado de todos os tempos, turma 2020 do Mestrado em Saúde Pública – UEPB, verdadeiros tesouros que a vida me deu, amigos para além da vida acadêmica,

apesar dos poucos encontros físicos, nossa parceria, cumplicidade e amizade são sólidas e desejo levá-los para sempre, estão no meu coração, obrigada por tudo e tanto.

À amiga Maria Luísa, que tão amorosamente me abraçou nessa caminhada, partilhou das tristezas, das alegrias, das angústias, não apenas no âmbito acadêmico, mas na vida. Malu, que presente foi ter te encontrado nesse caminho amiga, obrigada por tudo e por tanto, sua amizade é um presente de Deus.

A minha amada comunidade de fé, minha Igreja Presbiteriana Independente de Campina Grande, por vibrar com minhas conquistas e me sustentar em oração quando mais precisei, meus irmãos amados, vocês são a expressão do amor de Deus por mim, minha eterna gratidão, os amo no amor de Cristo.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPesq – PB), pelo apoio financeiro que me permitiu, em tempos pandêmicos e de total desvalorização da ciência e seus pesquisadores, executar essa pesquisa com tranquilidade e amparo financeiro.

A todos que porventura tenha esquecido, mas que contribuíram de forma direta e indireta para a consolidação desse trabalho, meus mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

Introdução: a obesidade configura-se como uma doença crônica não transmissível, de caráter multifatorial, além de fator de risco predisponente para outras doenças. Em razão de seu crescimento exacerbado, faz-se necessário um cuidado integral à saúde da população. Nesse contexto, a atenção primária à saúde deve promover ações de cuidado, promoção da saúde e prevenção da obesidade, utilizando-se das práticas de territorialização para auxiliar o conhecimento da população, atuando na promoção e execução de ações diretas a esta. **Objetivo:** caracterizar o processo de territorialização no cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária a Saúde (APS) do estado da Paraíba. **Métodos:** estudo transversal vinculado a um estudo de base populacional, realizado com 487 profissionais atuantes em unidades básicas de saúde do estado da Paraíba. A coleta de dados se deu por meio da aplicação de um questionário on line semiestruturado, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com coordenadores nacionais do projeto. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, onde foram avaliadas a frequência absoluta e relativa dos indicadores, através do *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 22.0. Foram analisadas variáveis relativas aos respondentes (demográficas e profissionais), relativas às unidades básicas de saúde e à análise do território. **Resultados:** os respondentes, em sua maioria, eram mulheres (90,6%), enfermeiras (65,5%), atuantes nas Unidades de Saúde da Família há menos de 10 anos (57,8%). Poucos afirmaram avaliar os dados da Vigilância Alimentar e Nutricional com a equipe (32,0%), enquanto a maioria afirmou realizar análises diagnósticas do território, obtendo dados através de visitas domiciliares (59,2%). A construção dos mapas territoriais dava-se prioritariamente através da existência de programas de proteção social (88,5%) e as prioridades encontradas nos mapas foram famílias com portadores de doenças crônicas não transmissíveis (56,1%). A maior parte dos entrevistados afirmou selecionar e priorizar problemas nutricionais (70%), sendo a discussão com a equipe interna da UBS a medida mais adotada para essa seleção (69,2%); e através de acompanhamentos da população foram identificadas outras demandas de atenção nutricional (32,2%). **Conclusão:** embora haja o uso dos mapas de território, mesmo que de maneira limitada, a pessoa com sobrepeso ou obesidade ainda não está incluída de forma satisfatória nas práticas de territorialização. As análises dos dados da vigilância alimentar e nutricional ainda são precárias, criando assim obstáculos para que seja ofertada uma assistência integral a essa população. É necessária uma maior interação entre os diversos pontos da atenção primária a saúde, no tocante às ações de vigilância alimentar e nutricional no território. Novos estudos que interliguem a temática da territorialização e a obesidade são necessários, a fim de fundamentar a integralidade do cuidado à essa população,

bem como, um novo olhar sobre essa temática fora do contexto da pandemia do COVID-19, quando os referidos dados foram obtidos.

Palavras – Chave: Territorialização da Atenção Primária; Atenção Primária a Saúde; Obesidade; Cuidado Integral à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is classified as a chronic non-communicable and multifactorial disease in addition to being a predisposition risk factor for other diseases. Due to its exacerbated growth, comprehensive care for the health of the population is necessary. In this context, primary health care should promote initiatives related to care actions, health promotion and obesity prevention, using territorialization practices to assist on population knowledge, acting in the promotion and execution of direct actions to this group.

Objective: To characterize the process of territorialization in the care of overweight or obese people in Primary Health Care (PHC/APS in Portuguese) in the state of Paraíba.

Methods: cross-sectional study, connected to a population-based study, carried out with 487 professionals working in primary health care units in the state of Paraíba. Data collection happened through the application of a semi-structured online questionnaire, prepared by the Ministry of Health in partnership with project national coordinators. The data were analyzed using descriptive statistics, in which the absolute and relative frequency of the indicators were evaluated, using the *SPSS software (Statistical Package for the Social Sciences)*, version 22.0. In this point were analyzed variables related to respondents (demographic and professional), related to basic health units and analysis of the territory.

Results: The respondents, in their majority, were women (90,6%), nurses (65,5%), working in the Family Health Units for less than 10 years (57.8%). Only a few of them claimed to evaluate the data from the Food and Nutrition Surveillance with the team (32.0%), while the majority claimed to carry out diagnostic analyzes of the territory, obtaining data through home visits (59.2%). The construction of territorial maps took place primarily through the existence of social protection programs (88.5%) and the priorities found in the maps were families with chronic non-communicable diseases (56.1%). Most of the interviewees stated selecting and prioritizing nutritional problems (70%), with discussions with the UBS internal team being the most adopted measure for this selection (69.2%); and through follow-up of the population, other demands for nutritional care were identified (32.2%).

Conclusion: although there is use of territory maps, even if in a limited way, overweight or obese people are still not satisfactorily included in territorialization practices. Analyzes of food and nutrition surveillance data are still precarious, thus creating obstacles to offering comprehensive care to this population. Greater interaction is needed between the various points of primary health care, in regard to food and nutritional surveillance actions in the territory. New studies which connect the theme of

territorialization and obesity are needed, in order to support the comprehensiveness of care for this population, as well as a new look at this theme outside the context of the COVID-19 pandemic, when the referred data were obtained.

Keywords: Territorialization of Primary Care; Primary Health Care; Obesity; Comprehensive Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantidade de Unidades Básicas de Saúde total e sorteadas para compor a amostra do estudo.....	36
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fórmula utilizada para cálculo amostral	35
Figura 2 – Fluxograma de amostragem	37
Figura 3 – Mapa de conformação das regiões e macrorregiões de saúde do estado da Paraíba.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das unidades básicas de saúde (UBS) quanto à região e macrorregião de saúde pertencentes e à tipologia	50
Tabela 2 – Características demográficas e profissionais dos respondentes	50
Tabela 3 – Caracterização da análise do território	52
Tabela 4 – Caracterização do mapeamento do território	53
Tabela 5 – Caracterização da seleção e priorização dos problemas nutricionais abordados no território	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
GES	Gerência de Educação na Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OS	Organização Social
PAS	Programa Academia da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PROTEJA	Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USF	Unidade de Saúde da Família
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1	Determinação da obesidade.....	20
2.2	Prevalência e custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde.....	22
2.3	O território no contexto da Atenção Primária em Saúde: importância para o cuidado.....	25
2.4	Linha do cuidado: a organização do território e programas envolvidos no cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade.....	29
2.5	Relação entre o território e o estilo de vida: prática de atividade física e alimentação saudável.....	32
3.	OBJETIVOS.....	34
3.1	Objetivo Geral.....	34
3.2	Objetivos Específicos.....	34
4.	MÉTODOS.....	35
4.1	Tipo de Estudo e Período de Realização	35
4.2	População e Amostra.....	35
4.3	Critérios de Elegibilidade.....	38
4.3.1	Critérios de Inclusão.....	38
4.3.2	Critérios de Perdas.....	38
4.4	Variáveis do Estudo.....	38
4.4.1	Variáveis relativas à UBS.....	38
4.4.2	Variáveis relativas ao profissional respondente.....	38
4.4.3	Variáveis relativas à análise do território.....	39
4.5	OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	40
4.6	PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	41
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5.0	RESULTADOS.....	42
6.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS.....	64
	ANEXOS.....	71

Anexo A – Instrumento de Pesquisa.....	72
Anexo B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	79
APÊNDICES.....	83
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	84

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um grave e crescente problema de saúde pública. Diversos fatores genéticos, ambientais e psicológicos podem influenciar no seu desenvolvimento (FERNANDES; COSTA, 2022). O aumento do sobrepeso e da obesidade tem sido prevalente em todas as faixas etárias. No Brasil, a obesidade cresceu cerca de 72,0% em treze anos, passando de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019 (ABESO, 2019). Estima-se que no ano de 2025, tenha-se, a nível mundial, 2,3 bilhões de adultos acima do peso, sendo 700 milhões acometidos pela obesidade (ABESO, 2023).

Considerada tanto uma doença crônica não transmissível (DCNT) de caráter multifatorial quanto um fator de risco para outras doenças, como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral (AVC) e alguns tipos de câncer, a obesidade é também uma expressão da insegurança alimentar e nutricional que acomete a população nas diferentes fases do ciclo da vida. Esse grupo de patologias se caracteriza por possuir início gradual, duração incerta ou longa que, geralmente, possui múltiplas causas e cujo tratamento comumente não leva à cura, embora envolva um processo contínuo de cuidados e mudança de estilo de vida (FIGUEIREDO; CECCON; FIGUEIREDO, 2021).

O crescimento exacerbado da população acometida por DCNT ressalta a necessidade de organização dos serviços de saúde para atendimento da demanda de forma organizada, qualificada e eficaz. Visando o cuidado dos indivíduos portadores destas doenças, o Brasil instituiu, como estratégia de organização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com doenças crônicas, buscando, desse modo, superar a fragmentação da atenção e da gestão à saúde. As RAS objetivam garantir a integralidade do cuidado, promovendo a integração sistêmica de ações e serviços de saúde. Neste sentido, a organização da prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade foi instituída como linha de cuidado prioritária da RAS das pessoas com doenças crônicas (BURLANDY et al, 2020).

No processo de organização dessa linha, a Atenção Primária à Saúde (APS) aparece como protagonista. Considerada a porta de entrada do SUS, a APS estrategicamente assume a função de coordenadora do cuidado, por possuir uma maior proximidade com os indivíduos e suas famílias e por ter conhecimento do contexto social da população. Constituída por equipe multiprofissional, responde como responsável pelo atendimento resolutivo da população da área adstrita e pela construção de vínculos e intervenções, buscando o cuidado integral do indivíduo, garantindo ações que promovam a prevenção, proteção e promoção da saúde, diagnóstico e tratamento nos diferentes pontos das RAS, além de acolhimento apropriado, Vigilância

Alimentar e Nutricional (VAN), apoio ao autocuidado e assistência terapêutica multiprofissional ao indivíduo, inclusive após procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade (BRANDÃO et al 2020; BRASIL, 2014a). Para a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são equivalentes, valendo para ambos os princípios e diretrizes definidos na portaria que a regulamenta (Portaria 2.436/2017). Ao longo deste trabalho será adotada a nomenclatura Atenção Primária à Saúde (APS).

Exercendo um papel significativo na APS, está a Estratégia de Saúde da Família (ESF), enquanto modelo prioritário e estratégico para qualificação do cuidado e melhoria do acesso da população à APS. Desse modo, a ESF busca concretizar os princípios e diretrizes do SUS, reorganizar e consolidar a APS aprofundando seus princípios, diretrizes e fundamentos, de modo a ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde da população (BRASIL, 2021).

Neste sentido, o alcance dos objetivos relacionados ao cuidado integral do indivíduo com sobrepeso ou obesidade deve envolver toda a cadeia profissional atuante na Atenção Primária, além de tornar imprescindível o conhecimento da população adstrita e de suas necessidades, a fim de se desenvolver relações de vínculo entre os profissionais e a população. Neste processo, as práticas de territorialização são elementos importantes e estratégicos a serem utilizados no âmbito da APS (BRASIL, 2017).

A territorialização é um dos pressupostos básicos para o trabalho da ESF. Constitui um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, na medida em que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial previamente delimitada. Neste sentido, o território é considerado um espaço dinâmico, em constante transformação, sendo, portanto, um espaço que deve passar por um diagnóstico epidemiológico para identificar os fatores e condições pertinentes aos processos de saúde e doença de determinada população, com observação dos aspectos histórico, demográfico, cultural e epidemiológico de cada região e população, considerando a dinamicidade existente nesse território (JUSTO et al, 2017).

A territorialização é importante na medida que subsidia a organização dos serviços e das ações de saúde no desenvolvimento de estratégias e ações visando o controle, prevenção e promoção de agravos à saúde. O processo de territorialização, ou o uso dos mapas de território, é uma maneira de planejar ações diretas à população, como por exemplo: definição da população que está sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS); definição do território de atuação das equipes; promoção e atividades de atenção à saúde; intervenções clínicas e sanitárias, entre outras ações que promovam a integralidade do cuidado (BRASIL,

2017). Os mapas de território são instrumentos do planejamento da ESF e têm por finalidade auxiliar no processo de diagnóstico local, identificação das necessidades da população, seu estilo de vida, hábitos e seus problemas de saúde.

O mapa territorial é, portanto, uma importante ferramenta no tocante à vigilância em saúde da população, pois possibilita a identificação de problemas de saúde em um território permitindo a compreensão dos determinantes e condicionantes de saúde daquela determinada população. No contexto do cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade, o mapa territorial permite, além de uma busca ativa desses casos, um cuidado mais próximo e fidelizado desse público, o que cria melhores estratégias de cuidado, tanto pelo conhecimento da área onde reside a pessoa, como pela proximidade do profissional com o usuário.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Determinação da obesidade

Define-se a obesidade como o acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo, que causa riscos à saúde. Essa gordura armazena-se tanto na forma subcutânea quanto visceral, e o grau desse acúmulo pode variar entre os indivíduos (NAVARRO; ASSIS; FREITAS, 2019). Considerada um distúrbio multifatorial do balanço calórico, no qual o ganho de calorias excede o gasto energético desencadeando o ganho de peso, a obesidade, além de representar agravo para outras doenças, acarreta sérias alterações metabólicas e fisiológicas no indivíduo (MARTELLETO et al., 2021).

Costuma-se utilizar o cálculo do IMC para determinação do sobrepeso e da obesidade, através da razão entre o peso e o quadrado da altura. O IMC, embora seja um método de fácil aferição, simples, prático e sem custos elevados, não expressa a distribuição da gordura corporal, bem como não distingue gordura de massa magra. É necessário que se utilize outros indicadores adjuntos ao IMC, a exemplo da razão cintura-estatura, determinada pela divisão da circunferência da cintura pela estatura, onde para níveis desejáveis, a medida da cintura deve ser menor que a metade da estatura (MALAFAIA et al, 2021).

A fisiopatologia da obesidade está intimamente ligada a sua etiologia, com associação a diferentes fatores culturais, genéticos, financeiros, alimentares, comportamentais e sociais. Geneticamente, existem duas síndromes que são mais comumente associadas à obesidade, a síndrome de Prader-Willi, causada geralmente pela exclusão de uma parte do cromossomo 15, ocasionando hipogonadismo, disfunção hipotalâmica e obesidade; e a síndrome de Bardet-Biedl, doença autossômica recessiva que causa distrofia retiniana, polidactilia, retardo mental e obesidade (SILVA, 2017).

Dentro da perspectiva sociocultural e ambiental, é conhecido que a obesidade está intimamente ligada ao processo de má alimentação ocasionado pela mudança de hábitos da sociedade ao longo dos anos. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2017/2018) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que a despesa mensal familiar com alimentação fora do domicílio aumentou 32,8% entre os anos 2017 e 2018 no Brasil, acompanhado pelo Nordeste, com crescimento de 32,3% (IBGE, 2019). Uma das razões para isso deve-se à inserção da mulher no mercado de trabalho, o que ocasionou uma mudança do papel feminino na sociedade. A rotina de trabalho faz com que a mulher passe maior parte de

seu tempo fora de casa, causando assim, uma maior exposição a alimentos de acesso rápido, processados e ultraprocessados, ricos em açúcares e carboidratos, favorecendo o desenvolvimento de hábitos alimentares cada vez piores e o aumento do risco do desenvolvimento da obesidade (SILVA, 2017).

O ambiente no qual o indivíduo está inserido também possui grande influência nos hábitos de vida do mesmo e atua de forma relevante no desenvolvimento da obesidade. O acesso à alimentação, habitação, renda, saneamento básico, meio ambiente, trabalho e serviços de saúde influenciam a forma como as sociedades se organizam e como as necessidades da população e de seu território devem ser analisados para delinear a frequência e relevância dos agravos à saúde. As diferenças no ambiente alimentar podem afetar o comportamento de compra das pessoas e, dependendo do tipo de alimento escolhido, contribuir para as doenças relacionadas com a alimentação (DURAN et al, 2015).

Nesse contexto, o ambiente, denominado obesogênico, tem sido apontado como o aspecto mais relevante para explicar a situação atual do excesso de peso, além dos aspectos biológicos ou comportamentais (ADEIGBE et al., 2015). O ambiente obesogênico é definido como aquele cujas condições influenciam diretamente sobre o desenvolvimento e/ou agravamento da obesidade. Ambientes onde predominam estabelecimentos cuja finalidade é a oferta de alimentos demasiadamente calóricos, nutricionalmente pobres, de rápido preparo e consumo, além de ambientes onde a estimulação da prática de atividades físicas é pouca ou inexistente, a exemplo de praças abandonadas, ausência de parques, pouca ou nenhuma segurança pública (OLIVEIRA et al, 2021). Outros fatores como renda, união conjugal e baixa escolaridade também são determinantes para a distribuição da obesidade e interferem na adesão a um estilo de vida mais saudável (CAMPOS; CEMBRANEL; ZONTA, 2019).

De acordo com a PNS de 2019, o consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças, por indivíduos na idade de 18 anos ou mais, foi de apenas 13,0% no Brasil e 9,0% no Nordeste, sendo que a recomendação ideal é a de um consumo de pelo menos 25 vezes por semana. Quando observado de acordo com o sexo, as mulheres (15,4%) consumiam mais que os homens (10,2%) e, no tocante à idade, o consumo cresceu conforme o aumento da faixa etária, embora ainda sem expressividade: entre jovens de 18 a 24 anos, 7,4% consumiam as quantidades recomendadas, ao passo que entre os idosos com 60 anos ou mais, esse percentual chegou a 17,9%. Foi visto também um aumento desse consumo em relação ao grau de escolaridade, apenas 10,0% das pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto consumiam as quantidades recomendadas, enquanto 22,4% das pessoas com ensino superior

completo realizavam esse consumo, o que, possivelmente, pode ser assumido como um indicador indireto da renda (IBGE, 2020).

Também de acordo com a PNS (2019), 9,2% dos indivíduos com 18 anos ou mais faziam consumo de alimentos ultraprocessados, como refrigerantes; e 13,3% de sucos em caixa ou em lata ou refrescos em pó, no mínimo 5 vezes na semana, sendo observado que esse consumo é maior entre os homens (11,6%) do que entre as mulheres (7,2%). Ainda em relação aos ultraprocessados, a pesquisa revelou que 23,8% dos jovens entre 18 e 24 anos consumiam, cinco vezes ou mais durante a semana, bolos, biscoitos, bolachas recheadas, balas e chocolates, enquanto esse percentual foi de 12,7% entre os indivíduos com 60 anos ou mais (IBGE, 2019).

O consumo de alimentos ultraprocessados é extremamente prejudicial à saúde e contribui sobremaneira para o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade na população. Dados da PNS (2019), referiram que a ingestão de pelo menos cinco grupos desses alimentos (como embutidos, presunto, salgadinhos de pacote e bebidas achocolatadas) era realizada por 14,3% das pessoas no Brasil. Quando analisadas de acordo com a área de habitação, apenas 7,4% das pessoas moradoras das áreas rurais consumiam ao menos cinco grupos de alimentos ultraprocessados, enquanto que em relação a áreas urbanas esse percentual mais que dobrou, chegando a 15,4% (IBGE, 2019).

Além da falta de acesso a alimentos saudáveis, por diferentes motivos, a facilidade do acesso a alimentos do tipo *fast-food* e ultraprocessados, bem como as diversas propagandas de alimentos não saudáveis e transgênicos, criaram um ambiente obesogênico que dificulta ainda mais o acesso da população a frutas, verduras e legumes (CAMPOS; CEMBRANEL; ZONTA, 2019). É necessário compreender que a obesidade não deve ser apenas analisada em caráter individual, é de suma importância analisar as influências políticas, sociais e ambientais que circundam a população.

2.2 Prevalência e custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde

Além de ser considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT), a obesidade configura-se também como fator de risco predisponente e agravante para outras doenças, a exemplo da diabetes e das doenças cardiovasculares. Essas DCNT têm sido cada vez mais prevalentes na população brasileira, tornando o cenário epidemiológico extremamente afetado, aumentando os níveis de morbimortalidade e necessitando, assim, de um monitoramento específico pelas autoridades de saúde (BRASIL, 2021a).

No ano de 2019, as DCNT foram responsáveis por 38 milhões de óbitos, representando 70,0% das mortes a nível global, sendo muitas de forma prematura, ou seja, em indivíduos entre 30 e 69 anos. Nos países com renda média e baixa, o envelhecimento e as transições em saúde têm-se associado a uma mortalidade prematura de cerca de 46,0%. Esses dados apresentam repercussão nas famílias, na sociedade, no setor produtivo e, principalmente, no sistema de saúde, causando um grande impacto financeiro (BRASIL, 2021a). No caso do Brasil, estudos revelam que a taxa de mortalidade prematura por DCNT sofreu redução, saindo de 52,2% no ano de 2000 para 43,7% no ano de 2019, contudo, esse percentual ainda é bastante elevado e preocupante (BRASIL, 2021b).

O cenário que se instalou no Brasil desde as últimas décadas revela um processo de transição epidemiológica, alimentar e nutricional marcado pela combinação dos extremos de uma má nutrição. Ou seja, no país identifica-se a existência simultânea de desnutrição, carência nutricional e excesso de peso, sendo este último o mais influenciado pela alimentação inadequada e a condição mais prevalente em todas as faixas etárias (BRASIL, 2020a). O excesso de peso, que engloba o sobrepeso e os graus de obesidade I, II e III, atinge 55,7% da população adulta das capitais brasileiras, e a obesidade sozinha figura em 19,8% da referida população (FIGUEIREDO et al., 2020).

O aumento da prevalência do excesso de peso repercute em outras doenças comumente associadas, particularmente as cardiovasculares. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, dos adultos que apresentavam diabetes, 75,2% tinham excesso de peso, percentual que era de 74,4% dentre os hipertensos. A PNS de 2019 revelou que da população adulta, 60,3% apresentavam excesso de peso e 25,9% obesidade, avaliando-se as referidas pesquisas, entre 2013 e 2019 houve um aumento do sobrepeso e obesidade tanto em homens quanto em mulheres. Em relação ao excesso de peso nos homens a taxa foi de 58,1% para 60,0% e entre as mulheres esse valor foi ainda mais expressivo, de 60,7% para 63,3%. Em se tratando da obesidade, nos homens foi de 17,9% para 22,8% e entre as mulheres de 25,7% para 30,2% (BRASIL, 2020 a).

O Ministério da Saúde (MS) possui um sistema de pesquisa realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), chamado Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, que tem por função conhecer a situação de saúde da população, através da aplicação de um questionário via chamada telefônica, a fim de monitorar a frequência e distribuição dos fatores de risco e proteção para as DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (BRASIL, 2020 b).

Para análise de como se distribui e a frequência com que o excesso de peso e a obesidade acomete a população, o VIGITEL utiliza critérios como o cálculo do IMC (índice de massa corpórea), obtido através das informações de peso e altura pela população entrevistada (sendo: população adulta ≥ 18 anos; excesso de peso quando $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e obesidade quando $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). No ano de 2020, nas 27 cidades (capitais e Distrito Federal) a frequência de excesso de peso correspondeu a 57,5%, com uma incidência maior entre homens (58,9%) do que em mulheres (56,2%) (BRASIL 2020 b).

Ainda segundo dados do VIGITEL 2020, em João Pessoa, capital do estado da Paraíba, a frequência de adultos com obesidade foi de 20,8%, sendo maior entre os homens (24,4%) do que entre as mulheres (17,8%). Quando analisados conjuntamente os dados das 27 cidades, percebe-se um aumento na frequência da obesidade, chegando a 21,5%, sendo as mulheres responsáveis por 22,6% dos casos e os homens 20,3% (BRASIL, 2020b).

Sabe-se que o sobrepeso e a obesidade não são doenças específicas de uma determinada população ou faixa etária, podendo acometer desde crianças até idosos. De acordo com dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), no ano de 2019, 14,8% das crianças menores de 5 anos tinham excesso de peso, já na faixa etária dos 5 aos 9 anos esse número já aumenta expressivamente para 28,1%, destas, 7,0% das crianças menores de 5 anos apresentavam obesidade e na faixa etária de 5 a 9 anos, 13,2%, dados esses oriundos da avaliação do IMC para a idade. Em relação aos adolescentes, o excesso de peso compreende a 23,7%, ao passo que a obesidade nesse grupo alcança níveis de 7,8%, de acordo com dados do PeNSE (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar) no ano de 2015 (BRASIL, 2020a).

Em um estudo realizado no município de Campina Grande – Paraíba, com escolares de 10 a 16 anos, observou-se que 13,8% dos participantes apresentavam sobrepeso, enquanto 7,8% tinham obesidade, sendo o sobrepeso mais expressivo no sexo feminino (16,0%), ao passo que a obesidade apresentou maiores níveis no sexo masculino, com 9,6%. O estudo concluiu que numa amostra de 574 alunos, 124 apresentavam excesso de peso (sobrepeso ou obesidade), correspondendo a 21,6% da população participante (RODRIGUES et al., 2020).

Em vistas de toda sua abrangência em diferentes níveis da sociedade e diferentes faixas etárias, a obesidade tem um grande impacto econômico para o SUS. Em 2018, 16,0% do total de internações hospitalares no SUS estavam associadas à obesidade, juntamente com a hipertensão arterial e a diabetes, o que resultou em um custo de R\$ 3,84 bilhões. Ao partir para a esfera ambulatorial, as somas dessas doenças custam aos cofres do SUS cerca de 166 milhões de reais. A obesidade, em específico, correspondeu a 11% dos custos diretos do SUS,

desconsiderando desse montante, os custos de hipertensão e diabetes atribuíveis à obesidade (NILSON, 2018).

O sobrepeso e a obesidade exercem importante influência sobre os gastos em saúde nos domicílios brasileiros, sendo responsáveis por um aumento de 15,0% nos gastos mensais, quando se trata apenas de uma pessoa; para duas pessoas esse impacto chega a 40,0% ou mais; para três pessoas ou mais, os gastos podem aumentar 195,0%. Um estudo realizado pela OECD (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) revelou que os custos com excesso de peso, obesidade e agravos correlacionados a estes, impactarão na redução de 5% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil. Além disso, prevê-se que os custos de saúde ligados à obesidade, no Brasil, passarão de US\$5,8 bilhões em 2010 para US\$10,1 bilhões no ano de 2050 (BRASIL, 2020a).

2.3 O território no contexto da Atenção Primária em Saúde: importância para o cuidado

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui como um de seus princípios doutrinários a universalidade, que consiste em promover o acesso universal e contínuo de serviços de saúde para a população. Para tanto, durante sua implementação houve a necessidade de determinar arranjos territoriais na organização dos serviços, a fim de proporcionar o acesso efetivo das pessoas ao sistema. A saúde, enquanto um bem acessível a todos, depende, portanto, da existência do serviço no território. Nesse contexto, a territorialização é fundamental para dar efetividade aos princípios do SUS (FARIA, 2020).

A estruturação territorial dos serviços do SUS vem sendo realizada através da territorialização da saúde, que se comporta como uma técnica de planejamento e também como uma política de Estado. Ela é utilizada no planejamento da localização e dos modos de inscrição territorial dos serviços de saúde, particularmente na atenção primária (FARIA, 2020).

Segundo a PNAB, a territorialização possibilita o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações tanto setoriais quanto intersetoriais em um determinado território, impactando nos condicionantes e determinantes da saúde dos indivíduos que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele (BRASIL, 2017).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde com vistas à promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, promovida por equipe multiprofissional e ofertada à população, sendo definida por territórios e considerada a principal porta de entrada do SUS

(BRASIL, 2017). Ela não pode cumprir o seu papel adequadamente sem que haja uma delimitação do território, pois este define o limite de atuação dos serviços, bem como a população a ser atendida. A criação desses territórios resolve, então, a questão da definição das áreas de atuação dos serviços da APS, territorializando os serviços e cadastrando a população no seu interior. Esse processo de criação de territórios define, em termos práticos, a territorialização (FARIA, 2020).

A palavra território (do latim *territorium*) significa terra pertencente a alguém, qualquer espaço definido e delimitado (COLUSSI; PEREIRA, 2016), contudo, seu entendimento sobressai seu significado. O território vai além de um espaço geográfico, configurando-se com um perfil ambiental, epidemiológico, demográfico, administrativo, político, tecnológico, social e cultural (CONASS, 2017). Trata-se do resultado de um conjunto de situações históricas, sociais e ambientais, promotoras de condições particulares que podem contribuir para o surgimento de doenças. Portanto, o reconhecimento do território caracteriza não somente a população e seus problemas de saúde, mas também o impacto dos serviços de saúde sobre essa população (MACHADO, 2019; COLUSSI; PEREIRA, 2016).

No território, a ESF tem como alvo de atuação a unidade família. As equipes da ESF trabalham no conhecimento do território, mapeando suas áreas de risco e famílias que estão em situação de vulnerabilidade (TETEMANN, TRUGILHO, SOGAME, 2016). O território no âmbito da ESF é dividido em três níveis de atuação: território-área, território microárea e território moradia. O território-área é o espaço da população adstrita, no qual se estabelece um vínculo com uma Unidade de Saúde, possibilitando uma melhor relação população-serviços. O território microárea é o espaço onde se concentram os grupos populacionais homogêneos, de risco ou não, com o objetivo de programar e acompanhar as ações destinadas à melhoria das condições de saúde. Já o território moradia se constitui em um espaço de menor agregação social, possibilitando um conhecimento mais profundo da realidade para o melhor desenvolvimento de ações de saúde (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Na delimitação do território-área e microárea pela ESF vários aspectos são considerados, tais como: barreiras geográficas, condições socioeconômicas e culturais, acessibilidade, número de pessoas a serem atendidas, existência de estruturas já definidas por outros órgãos institucionais. Dessa forma, a equipe de ESF deve conhecer as famílias de seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e vulnerabilidade, para assim elaborar e desenvolver suas ações (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

A territorialização tem por finalidade conhecer o território, o local onde de fato a vida acontece, e diante das necessidades descobertas, ter-se um serviço organizado. Ao passo que se

conhece o ambiente, o território, distingue-se também suas necessidades e é possível a organização da assistência prestada pelas equipes de saúde. Portanto, a territorialização se apresenta como uma ferramenta muito importante na organização do trabalho da atenção primária, pois suas ações são praticadas em territórios previamente delimitados. Em seus estudos, Procópio; Almeida 2020, afirmaram que essa organização territorial, pôde estruturar visitas domiciliares, bem como a identificação das principais morbidades de uma comunidade, onde foram identificados problemas sociais, sanitários e causas do adoecimento populacional, proporcionando assim a realização de ações de promoção, prevenção e acompanhamento, ocasionando uma melhora da qualidade de vida da população estudada. Ademais, em outros países, estudos demonstram que sistemas de saúde que têm por base a territorialização, são mais eficazes e equitativos, como ocorre, por exemplo, em Cuba, Costa Rica, Suécia e Finlândia (REIS, 2016).

Um dos principais instrumentos utilizados no processo de análise do território são os mapas de território, que consistem em uma representação gráfica na qual se podem organizar informações a respeito do território. Trata-se de uma ferramenta utilizada, antes de tudo, para planejamento das atividades e para diagnóstico da população adstrita. Através dos mapas, pode-se sobrepor dados sanitários e socioambientais permitindo, assim, uma avaliação mais específica dos possíveis problemas encontrados naquela área (REIS, 2016).

Os mapas podem ser desenhados pelos próprios profissionais ou podem ser mapas de bases cartográficas já existentes no município. Neste caso, são também chamados de croquis (ou *sketch maps*), e consistem em desenhos feitos à mão por um profissional de saúde, não havendo nele nenhum tipo de técnica cartográfica, cálculo específico, inserção de escalas ou símbolos. Estes costumam apresentar baixa acurácia e algumas desvantagens, como o não entendimento do desenho por outro profissional, a impossibilidade de sobreposição de outros mapas para uma melhor análise territorial, além do risco de perda de dados quando o profissional for substituído por outro (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Já os mapas-base (ou *base maps*) são aqueles criados através de técnicas e bases cartográficas. Apresentam codificação através de símbolos, usados para comunicar dados, informações espaciais e escalas definidas, que são importantes quando se deseja detalhar aspectos do território. Os mapas-base permitem sobreposição a outros mapas, evidenciando ou não aquilo que se deseja avaliar. O método cartográfico é considerado como um instrumento de interpretação e construção dos cenários e possíveis prevenções de agravos e doenças (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Em síntese, o uso dos mapas de território propicia o alcance de todos os lugares do território de maneira mais fácil, conhecendo a realidade da população, suas fragilidades e como resolvê-las. É também através do mapeamento que se conhecem quais os obstáculos geográficos que impedem a população de ter acesso aos serviços de saúde, como morros e rios; além de otimizar o planejamento das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais, identificando as microáreas de risco, bem como grupos de risco e/ou prioritários, como idosos, gestantes, pessoas acamadas, portadores de hipertensão e/ou diabetes, crianças menores de cinco anos, usuários de drogas, pessoas com deficiência, dentre outros (BENTES, 2019).

Embora seja muito bem definida e esteja presente nas diretrizes que regem o SUS, desde a sua criação em 1990, a territorialização ainda se apresenta como algo inacabado dentro da APS. As conjunturas econômicas e políticas ainda impossibilitam a execução fidedigna da territorialização dentro da APS, ferindo assim princípios doutrinários do SUS como por exemplo a universalidade. Economicamente falando, o subfinanciamento do SUS e o desgaste financeiro dos municípios resultam na incapacidade de que os serviços de saúde sejam territorialmente acessíveis (FARIA, 2020).

A visão política neoliberal, demonstrada no Brasil através do governo Bolsonaro (2018-2022), proporcionou um desmonte dentro do SUS que afetou diretamente o acesso à saúde através das práticas de territorialização, uma das principais ações foi, sem dúvidas, a desobrigação da presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro das equipes de saúde da família, bem como a não definição da quantidade suficiente desses profissionais, impossibilitando assim a realização das práticas de territorialização, práticas estas, concretizadas especialmente através da busca ativa, realizada quase que em sua totalidade pelo ACS (FARIA, 2020).

Outros problemas são encontrados no que tange às práticas efetivas da territorialização, a exemplo das áreas de fronteiras, tanto entre países quanto entre municípios, acabam criando territórios chamados de “terra de ninguém”, onde a população não é assistida por nenhum dos municípios que a circundam, ferindo, além dos princípios do SUS, os princípios da própria territorialização, fazendo com que muitas vezes o usuário burle o sistema, manipulando comprovante de residências para ser atendido em determinada unidade de saúde (TETEMAN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

Compreende-se que não é fácil definir limites para promover a saúde entre as pessoas, mas é de extrema relevância o fazer, pois, através da territorialização e do mapeamento do território, é possível identificar grupos, famílias e pessoas que estão expostas a riscos ou vulnerabilidades sociais, favorecendo planejamento e ações equânimes (BENTES, 2019).

2.4 Linha do cuidado: a organização do território e programas envolvidos no cuidado às pessoas com sobrepeso ou obesidade

Os processos de mapeamento das áreas do território aproximam usuários com sobrepeso ou obesidade das unidades e dos serviços de saúde, estratégia importante para que sejam postas em práticas políticas públicas efetivas aos portadores de DCNT, para que efetivamente se reduza níveis de morbidade, mortalidade e incapacidade que essas doenças causam (BRASIL, 2022). Nesse sentido, devem ser providas ações que apoiem o indivíduo em adotar hábitos de vida saudáveis, com consequente recuperação e/ou manutenção do peso saudável. Essas ações devem ser desenvolvidas de forma coordenada e orientada para a promoção da saúde, prevenção e reabilitação da doença, de caráter individual ou coletivo, visando modificar a situação de saúde da população, seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2017).

Nesta perspectiva, o SUS propõe sair do modelo biomédico, que trata o indivíduo de maneira fragmentada, centrando-se apenas na doença, para uma atenção com reorganização dos serviços de saúde, com foco nas linhas de cuidado e promoção da integralidade do cuidado. Desse modo, a integralidade consiste em um princípio essencial e estratégico para o planejamento dos serviços de saúde e assistência ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade (MARINS, 2020).

Com vistas a superar essa fragmentação da atenção e da gestão de saúde, a fim de garantir ao usuário a efetividade do conjunto de ações e serviços que ele necessita, foi criada a portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que definiu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAS foi, então, definida como um conjunto organizativo de ações e serviços de saúde que tem como finalidade a garantia do cuidado integral, de maneira contínua, responsável, de qualidade e humanizada (BRASIL, 2010).

Dentre as principais ferramentas de gestão dos serviços através da RAS, está a linha do cuidado. Esta define-se como

Uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância (BRASIL, 2010, p. 9).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde criou a Portaria nº 424 de 19 de março de 2013, que redefiniu as diretrizes para a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade como linha do cuidado prioritária da RAS das pessoas com doenças crônicas. Simultaneamente também foi publicada a Portaria nº 425 de 19 de março de 2013 que instituiu, no âmbito hospitalar, as

normas e regulamentos para a assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade, a fim de garantir, nos casos necessários, que a cirurgia bariátrica seja custeada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), visando que as ações da linha do cuidado sejam realizadas em todos os níveis de atenção, primário, secundário e terciário. É importante salientar que o tratamento cirúrgico da obesidade se configura como uma, dentre as várias ações do cuidado, e que a promoção da saúde e o cuidado integral ao paciente com sobrepeso ou obesidade é prioridade na linha do cuidado (BRASIL, 2014).

Essa linha do cuidado representa, para as pessoas com sobrepeso ou obesidade, a garantia do acesso aos serviços de saúde, ações de prevenção e de tratamento em todos os pontos da RAS. De acordo com as diretrizes da supracitada Portaria nº 424, o usuário diagnosticado com sobrepeso ou obesidade, em qualquer fase do ciclo da vida, deve ser encaminhado para avaliação da Equipe de Saúde da Família (ESF), a fim de assegurar apoio diagnóstico e terapêutico centrado nele e em suas necessidades, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas. Um dos critérios para classificação do sobrepeso e obesidade nas diferentes fases da vida foi proposto pelo Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), instituído através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.156 de 31 de agosto de 1990 e revogada no ano de 2004 pela Portaria nº 2.246, de 18 de outubro, tendo como objetivos o diagnóstico alimentar e nutricional no país; a identificação das áreas geográficas e grupos populacionais sob risco alimentar; oferecer subsídios para a execução de medidas que visem melhorar a situação alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2004).

A implantação da linha do cuidado ao sobrepeso e obesidade permite que a população, além de ter a garantia não apenas dos serviços, mas também da infraestrutura adequada, tenha a integralidade e longitudinalidade desse cuidado. Nesse contexto, percebe-se a importância do conhecimento do território no desenvolvimento e garantia do cuidado, a fim de que as diferenças e particularidades culturais, ambientais e sociais dos usuários direcionem a equipe dentro da APS numa atuação completa e efetiva (BRASIL, 2014).

No tocante à prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, a APS tem como atribuições: realizar ações de promoção e prevenção de maneira intersetorial; coordenar o cuidado aos indivíduos adultos que necessitem ser encaminhados à atenção especializada, quando não mais podem ser cuidados na atenção primária; prestar assistência multiprofissional aos usuários que, por ventura, realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; realizar a vigilância alimentar e nutricional (VAN) da população adstrita (BRASIL, 2013).

Essas ações de VAN devem ser contínuas para que sejam identificados os casos de sobrepeso e obesidade e, assim, seja ofertado um cuidado integral ao usuário. Estas podem ser

realizadas em vários pontos da RAS, desde a atenção primária até a atenção hospitalar. A VAN, dentro da rotina da APS, deve ser realizada de maneira espontânea e programada, dentro dos diversos acompanhamentos na unidade, como rotinas de atendimento a portadores de hipertensão e/ou diabetes, de puericultura, pré-natal e nas ações programadas, ofertando o cuidado aos usuários com excesso de peso não diagnosticados com sobrepeso ou obesidade e que não frequentam a UBS (BRASIL, 2014b). No contexto da VAN é de suma importância o mapeamento do território, de forma a permitir a análise dos costumes, das relações e das tradições utilizadas por determinada comunidade no tocante às práticas alimentares (BRASIL, 2015).

No âmbito da APS, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), outros locais e programas também utilizam ações de VAN, a exemplo do Programa Saúde na Escola (PSE), que propõe realizar o diagnóstico nutricional dos alunos, encaminhando para a UBS aqueles que sejam diagnosticados com excesso de peso (MARINS, 2020). Criado através do Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, o PSE se constitui como uma forma de integrar saúde e educação, essa integração entre a APS e a escola forma a base do PSE (BRASIL, 2019-a).

No âmbito do PSE tem-se o Programa Crescer Saudável, criado em 2017, um conjunto de ações que visam contribuir para a atenção à obesidade infantil em crianças matriculadas na educação infantil e ensino fundamental I. A vigilância nutricional, o estímulo à prática de atividades físicas, o cuidado com a criança que já apresenta algum grau de obesidade e o incentivo à alimentação saudável, entendendo que o ambiente escolar é extremamente favorável ao início das boas práticas alimentares e hábitos saudáveis, compõem as ações do programa crescer saudável (BRASIL, 2019-b).

Ainda no contexto da obesidade infantil, foi publicada a Portaria 1.862 de 10 de agosto de 2021, que instituiu a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, o PROTEJA. Este tem por finalidade impedir o avanço da obesidade infantil, cooperando para uma melhoria da saúde e nutrição infantil (BRASIL, 2021). As ações para implementação do PROTEJA são:

Vigilância alimentar e nutricional, promoção da saúde e de prevenção do ganho excessivo de peso, diagnóstico precoce e cuidado adequado às crianças, adolescentes e gestantes, no âmbito da Atenção Primária da Saúde; promoção da saúde nas escolas para torná-las espaços que promovam o consumo de alimentos adequados e saudáveis e a prática regular de atividade física; educação, comunicação e informação para promover a alimentação saudável e a prática de atividade física para toda a população brasileira; formação e educação permanente dos profissionais envolvidos no cuidado às crianças; e articulações intersetoriais e de caráter comunitário que promovam ambientes saudáveis e apoiem a alimentação saudável e a prática de atividade física no âmbito das cidades (BRASIL, 2021, online).

2.5 Relação entre o território e o estilo de vida: prática de atividade física e alimentação saudável

A organização do território influencia diretamente no estilo de vida, na alimentação e, conseqüentemente, na saúde dos indivíduos. Através das ações de saúde, individuais e coletivas, desenvolvidas pelas equipes da ESF, na perspectiva da promoção e da prevenção de agravos, são desenvolvidas também ações de alimentação e nutrição voltadas para a prevenção de DCNT. Sabe-se que a alimentação é um processo social que ultrapassa o ato de ingerir alimentos, seja de forma adequada ou inadequada, estando intimamente relacionada aos aspectos sociais e culturais da população (CAMPOS; CEMBRANEL; ZONTA, 2019).

Mediante os princípios da APS, as ações devem ser desenvolvidas no âmbito do território visando identificar e promover ambientes e condições que auxiliem a população na adoção de um estilo de vida saudável, bem como no controle do sobrepeso e da obesidade. Desse modo, tais ações devem ser contextualizadas a partir das demandas e necessidades de saúde de cada território, levando em consideração fatores como agravos mais frequentes, estrutura organizacional do território, acesso da população aos alimentos e a qualidade destes, possibilidades de realizar atividades físicas, entre outros. É necessário que a equipe que atua junto à população possa identificar condições e recursos disponíveis para que todas as orientações que são trabalhadas junto à população venham a ser colocadas em prática (CAMPOS; CEMBRANEL; ZONTA, 2019).

Nos diversos territórios existem inúmeras precariedades, tanto socioeconômicas quanto estruturais, que “impedem os indivíduos e as famílias de adotarem hábitos saudáveis, contribuindo para um maior adoecimento dos grupos sob essas condições” (CAMPOS; CEMBRANEL; ZONTA, 2019). Para os referidos autores, a territorialização é um importante instrumento na identificação de fatores que contribuem para uma alimentação inadequada e para o aumento das prevalências de sobrepeso e obesidade. Desse modo, conhecer o território e os dispositivos nele presentes possibilita fomentar estratégias de promoção da saúde, de hábitos e alimentação saudável e, portanto, de melhoria nas condições de saúde.

O Ministério da Saúde, através da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, juntamente com o Plano de Segurança Alimentar e Nutricional e o Plano de DCNT, vem desenvolvendo, de forma intersetorial, ações para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade. A Estratégia Intersetorial contempla ações que são organizadas a partir de seis

grandes eixos: disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis; educação, comunicação e informação; promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos/territórios; vigilância alimentar e nutricional; atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade; e regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos (PINHEIRO, et al, 2019). Essas ações, desenvolvidas de forma alinhada e contemplando cada um desses eixos, contribuem para a prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade.

Nesse tocante, também se situa a relação entre alimentação saudável e prática de atividade física. As equipes de saúde que atuam no âmbito da APS devem se organizar de forma a priorizar ações para indivíduos com DCNT, com foco em alimentação saudável e atividade física. No que diz respeito à alimentação saudável, cabe à APS a realização de ações educativas em nível individual e/ou coletivo, visando à promoção da alimentação adequada e saudável, apoiada nos princípios e diretrizes das portarias, documentos e guias alimentares publicados pelo Ministério da Saúde (BORTOLINI; et al, 2020).

No caso da atividade física, tem-se, no âmbito da APS, o Programa Academia da Saúde (PAS), uma estratégia de âmbito nacional do SUS que visa a promoção da saúde e a produção do cuidado. O PAS parte da concepção ampliada de saúde e reconhece o impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde. O Programa vai além da simples realização de atividades físicas e promoção da alimentação saudável, desenvolvendo ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais. Nesse sentido, são desenvolvidas ações nos seguintes eixos: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade (BRASIL, 2018).

Diante disso, as equipes da APS devem gerar no âmbito de cada território ações de promoção à alimentação adequada e saudável e à prática de atividades físicas, considerando as especificidades e possibilidades de cada indivíduo. Também devem identificar recursos no território para o desenvolvimento de ações intersetoriais que estimulem a criação de ambientes favoráveis para a adoção de estilos de vida saudáveis por parte da população (BORTOLINI et al, 2020).

No que diz respeito à temática da territorialização no contexto do cuidado às pessoas com sobrepeso ou obesidade na atenção primária à saúde, ainda são escassos os trabalhos disponíveis na literatura científica, o que torna o objeto de estudo dessa pesquisa de fundamental importância para uma análise robusta dos fatores relacionados ao tema proposto.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever as práticas de territorialização no cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária a Saúde (APS) do estado da Paraíba.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as unidades básicas de saúde quanto às regiões e macrorregiões de saúde a que pertencem, bem como à tipologia.
- Caracterizar os profissionais de saúde respondentes quanto às características demográficas (idade, sexo, grupo étnico) e profissionais (formação profissional, tipo de unidade de atuação, tipo de vínculo e tempo na função).
- Identificar se são realizadas análises diagnósticas do território (relativas ao consumo alimentar, estado nutricional e aos determinantes alimentares e nutricionais dos usuários) e as fontes de obtenção dos referidos dados.
- Verificar se há compartilhamento e discussão dos indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional.
- Identificar a disponibilidade de mapa de saúde do território da atenção primária e sua utilização no cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade (prioridades, interação com programas de proteção social e com equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional).
- Identificar a presença de espaços ou equipamentos públicos que possam atuar na prevenção, tratamento e controle do sobrepeso ou obesidade.
- Identificar quais os mecanismos de comunicação e articulação das unidades básicas de saúde com os demais setores da atenção primária no cuidado e atenção à pessoa com sobrepeso ou obesidade.

4. MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

Estudo transversal vinculado a um estudo de base populacional intitulado “Projeto de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade da população da Paraíba”, realizado entre janeiro e junho de 2021 em resposta à Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN N° 26/2018 - Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS. Essa chamada foi desenvolvida em 23 estados da Federação e no Distrito Federal, com subsídio do Ministério da Saúde.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi realizado com profissionais de saúde vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde de municípios do estado da Paraíba, Brasil. Para o cálculo da amostra, a unidade amostral considerada foi a UBS e não o profissional. O estado da Paraíba tem 1765 unidades básicas de saúde distribuídas nos 223 municípios.

A amostra foi definida em duas etapas. Inicialmente o cálculo amostral executado e replicado para todos os estados participantes do estudo nacional foi desenvolvido por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal do Piauí, considerando o plano de amostragem aleatória por conglomerado, levando em consideração a margem de erro de 5%, o nível de confiança de 95% e a definição de quatro estratos de acordo com o tamanho da população: A: capital; B: municípios com mais de 150 mil habitantes; C: municípios entre 30 e 150 mil habitantes; D: municípios menores do que 30 mil habitantes.

A fórmula utilizada (Figura 1) considerou o esquema para determinar o tamanho da amostra com base numa população finita, com o objetivo de estimar proporções populacionais, sendo: n = tamanho amostral; N = tamanho da população; \hat{p} = proporção populacional a ser estimada; \hat{q} = proporção populacional complementar; $Z_{\alpha/2}$ = Nível de confiança e E = Margem de erro.

Figura 1 – Fórmula utilizada para o cálculo amostral.

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

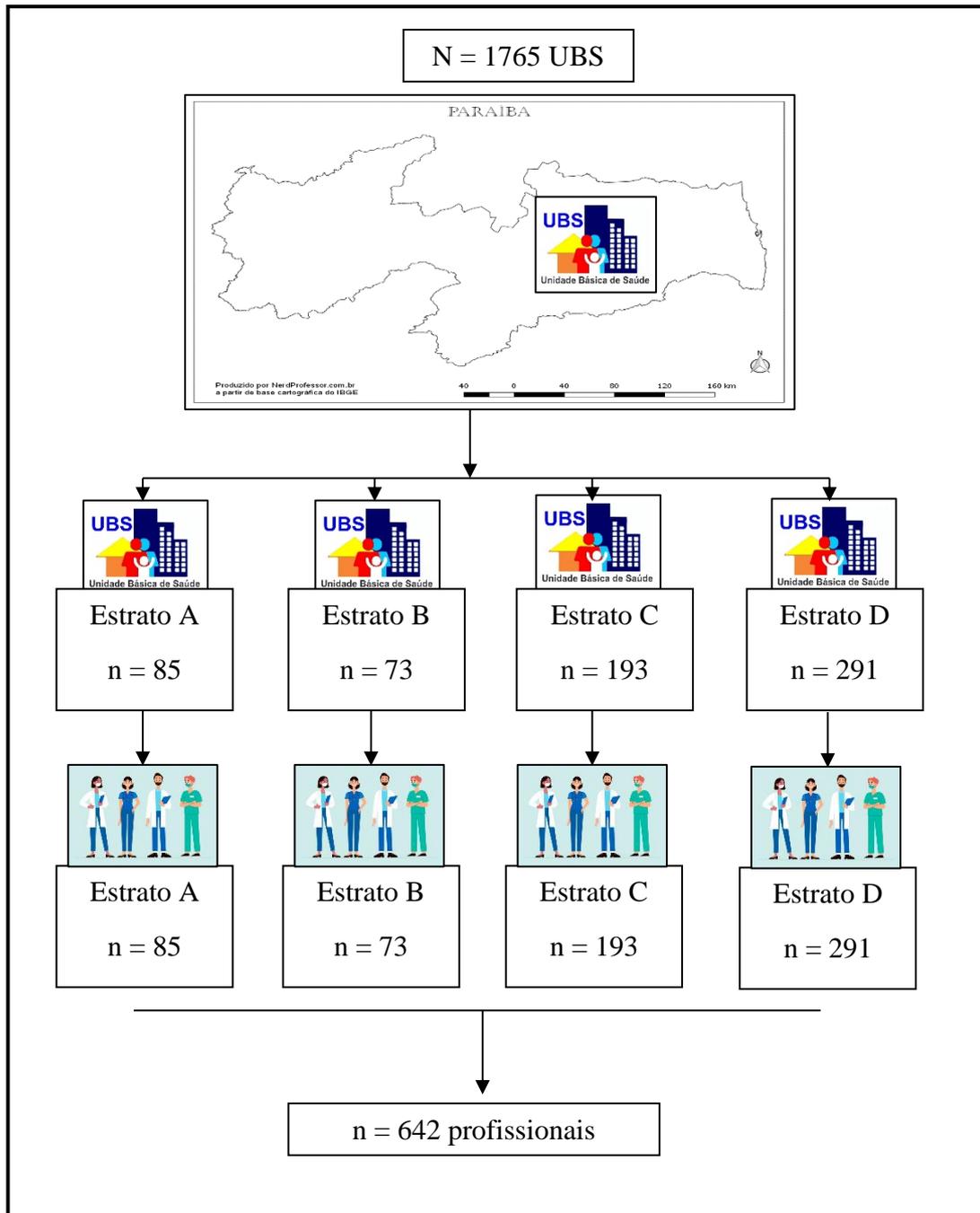
A partir dos cálculos, foram sorteadas 642 unidades distribuídas pelos 4 estratos para compor a amostra do estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Quantidade de Unidades Básicas de Saúde total e sorteadas para compor a amostra do estudo. Estado da Paraíba, 2021.

Estratos	Total UBS	UBS sorteada
A	108	85
B	88	73
C	382	193
D	1187	291
Total	1765	642

Na segunda etapa da definição da amostra, o gestor/coordenador/gerente responsável pela UBS sorteada, indicava o profissional que participaria do estudo, sendo preferencialmente nutricionista ou na inexistência deste, outro profissional de nível superior que o gestor/coordenador/gerente indicasse como respondente à pesquisa, configurando assim, para cada UBS sorteada, um profissional de saúde deveria participar do estudo (Figura 2), sendo então considerando o total de 642 profissionais, após as perdas, que foram de 155 (24,1%), o estudo foi realizado com informações de 487 respondentes (75,9%).

Figura 2 – Fluxograma de amostragem. Paraíba, 2021.



4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Profissional de saúde de nível superior (preferencialmente nutricionista ou, na inexistência deste, profissional de nível superior que o gestor/coordenador/gerente da UBS indicasse como respondente à pesquisa - enfermeiro, médico, psicólogo, profissional de educação física, fisioterapeuta e/ou outros) atuante em Unidade de Saúde vinculada à Atenção Primária de Saúde (APS) de um dos municípios do estado da Paraíba sorteados para a amostra.

4.3.2 Critérios de Perdas

- Unidades de Saúde vinculadas à Atenção Primária à Saúde (APS) que foram desativadas; unidades que não atendiam à temática da pesquisa; unidades âncoras (mesma equipe responsável por unidades diferentes).

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.4.1 Variáveis relativas à UBS

- Município de vinculação
- Gerência de saúde
- Macrorregião de Saúde
- Tipologia: urbana central, urbana periférica, rural, aldeia indígena.

4.4.2 Variáveis relativas ao profissional respondente

- Idade: em anos completos.
- Sexo: feminino ou masculino.
- Grupo étnico: amarela, branca, indígena, parda, preta, outra.
- Formação profissional: serviço social, enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia, educação física, entre outras.
- Tipo de unidade de atuação profissional: Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde Tipo I, II ou III.

- Tipo de vínculo: CLT; servidor público municipal; servidor público estadual; servidor público federal; contrato temporário por serviço público de saúde; contrato por tempo indeterminado por serviço público de saúde; contrato temporário por Organização Social (OS); contrato por tempo indeterminado por OS e outros.
- Tempo de trabalho no cargo/função atual: medida em anos completos. Essa variável foi categorizada em: menos de 1 ano; entre 1 e 10 anos e acima de 10 anos.

4.4.3 Variáveis relativas à análise do território

- Análise dos dados/diagnóstico dos usuários e do território: consumo alimentar, estado nutricional, determinantes dos problemas alimentares e nutricionais.
- Fontes/origens para obtenção dos dados: SISVAN, SISAB, e-SUS, Conselho Local de Saúde, visitas domiciliares.
- Compartilhamento e discussão dos indicadores da VAN: gestão municipal de saúde, coordenação da área técnica de alimentação e nutrição, gestão da atenção básica municipal, conselho municipal de saúde e demais atores.
- Frequência em que ocorre a discussão dos indicadores da VAN: mensal, trimestral, semestral, anual, sem frequência definida.
- Mapeamento do território (mapa de saúde): sim, não, em construção.
- Existência ou não de programas de proteção social: BPC (Benefício de Prestação Continuada), Bolsa Família, programas providos pelos governos federal, estadual e municipal.
- Mapeamento e interação com equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional: restaurantes populares, bancos de alimentos, feiras populares, unidades de alimentação e nutrição.
- Prioridades identificadas no mapa: vulnerabilidade social, DCNT, sobrepeso e obesidade, desnutrição.
- Presença de espaços ou equipamentos públicos: cozinhas comunitárias, polos de academias de saúde, creches, escolas públicas, hortas comunitárias entre outros.
- Realização ou não de seleção e priorização dos problemas nutricionais: discussão com equipes das UBS, ESF, NASF.

4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário on line semiestruturado, denominado “Organização, gestão e cuidado nutricional ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade na Atenção Primária de Saúde – APS” elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com os coordenadores nacionais do projeto. A equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) ficou responsável pela viabilização do instrumento em formato eletrônico através da plataforma *Survey Monkey*, sendo gerados, ao todo, quatro *links* de acesso ao formulário, de acordo com os estratos populacionais previamente definidos e descritos no item 4.2. Apenas um recorte do instrumento, relativo aos aspectos da territorialização do cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade, foi utilizado nesta pesquisa (ANEXO A).

O disparo do instrumento para os municípios, bem como as devidas articulações junto à Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde e contatos com respondentes foi de inteira e individual responsabilidade das coordenações dos estados participantes do projeto. A equipe de pesquisadores do estado da Paraíba lançou mão de estratégias diferentes durante o período de coleta, sendo o índice de respostas e aceitação frente à estratégia instituída o fator definidor da necessidade de uma nova abordagem ou não. Inicialmente, a coordenação apresentou o projeto para as Câmaras Técnicas Estaduais, buscando estabelecer acordos para facilitação da execução da coleta. O primeiro contato para identificação do respondente, a saber, profissional vinculado às unidades previamente sorteadas, foi realizado via Coordenação de Atenção Básica.

A equipe de pesquisadores estabeleceu contato via ligação telefônica e/ou aplicativo de mensagens WhatsApp® para, após esclarecimentos sobre a pesquisa, coletar contatos dos gerentes/responsáveis das UBS sorteadas. Em seguida, os gerentes/responsáveis sinalizados foram contactados para disponibilizarem o e-mail do possível profissional respondente da sua unidade. Na medida que os e-mails iam sendo coletados, o primeiro contato com os profissionais respondentes ia sendo estabelecido via e-mail enviado através da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) do estado, sendo enviadas informações gerais sobre a pesquisa, bem como em anexo os Ofícios Circulares emitidos pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) referentes à mesma, e os links de acesso ao instrumento de coleta divididos por municípios entre os estratos populacionais. Visando solicitar apoio das Gerências Regionais de Saúde, este primeiro e-mail também foi encaminhado para seus respectivos representantes. Para o acompanhamento das respostas, a equipe de pesquisadores

da UFSC dispôs de monitoramento semanal (padrão *Survey Monkey*) e quinzenal (planilha organizada pela equipe da UFSC com identificação dos questionários concluídos e em abertos). Assim, após cada monitoramento, uma nova atualização das unidades em aberto podia ser enviada via e-mail.

A segunda estratégia utilizada, após tentativa de contactar todos os contatos previamente levantados, voltou-se novamente para os Coordenadores de Atenção Básica. Listas individuais contendo as unidades sorteadas de cada município e os respectivos links de acesso ao instrumento foram criadas e enviadas individualmente, via e-mail, para cada coordenador. Após envio, estes foram contactados via ligação ou aplicativo de mensagens para confirmar recebimento e solicitação de repasse do documento para as respectivas unidades.

Após alguns meses seguindo este fluxo de trabalho, a equipe solicitou apoio dos Apoiadores Institucionais das regiões de saúde para reforço da coleta junto aos municípios em aberto, de modo que os registros de atualização eram repassados diretamente para estes e eles estabeleciam o contato com o município correspondente. Paralelamente a essas estratégias, a depender da necessidade ou solicitação, foram sanadas demandas específicas, como solicitação de liberação de pesquisa na Gerência de Educação na Saúde (GES) do município de João Pessoa e reuniões com gerentes sanitários dos municípios de Campina Grande e João Pessoa, por exemplo.

Ao final da coleta, o banco de dados ficou sob guarda do Ministério da Saúde, tendo o presente estudo solicitado a base de dados primários ao referido órgão para as devidas análises.

4.6 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados no *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 22.0, por meio de estatística descritiva para se conhecer a frequência absoluta e relativa dos indicadores coletados.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto está vinculado ao projeto matriz “Projeto de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores da Atenção Primária em saúde para controle e enfrentamento da obesidade na Paraíba”, sob o CAAE: 17810619.1.0000.5187 e número do parecer: 3.557.478, realizado em resposta à chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN nº 26/2018 - *Enfrentamento e Controle da Obesidade no Âmbito do SUS (ANEXO B)*.

5. RESULTADOS

O resultado deste trabalho está descrito na forma de artigo científico submetido para apreciação pelo periódico Trabalho, Educação e Saúde, tendo sido escrito e editado conforme regem as normas de submissão da referida revista.

PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO OU OBESIDADE: um retrato da Atenção Primária à Saúde da Paraíba

PROCESS OF TERRITORIALIZATION IN THE CARE OF OVERWEIGHT OR OBESITY PEOPLE: a portrait of Primary Health Care in Paraíba

PROCESO DE TERRITORIALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON SOBREPESO U OBESIDAD: un retrato de la Atención Primaria de Salud en Paraíba

Joycyelly Gomes Abdala Brandão
Danielle Franklin de Carvalho
Carla Campos Muniz Medeiros

RESUMO

A obesidade configura-se como uma doença crônica não transmissível e multifatorial. A territorialização na atenção primária à saúde (APS) promove o conhecimento da população para atuação na promoção e execução de ações diretas a esta. O objetivo desse estudo foi caracterizar o processo de territorialização no cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade na APS do estado da Paraíba. Responderam ao instrumento 487 profissionais atuantes em unidades básicas de saúde, em sua maioria mulheres (90,6%) enfermeiras (65,5%). Afirmaram realizar análises diagnósticas do território, através de visitas domiciliares (59,2%). A minoria relatou discutir internamente dados da Vigilância Alimentar e Nutricional com sua equipe (32,0%) mensalmente (42,9%). A caracterização do território era realizada pela maior parte dos respondentes (61,0%) e através do levantamento da existência de programas de proteção social eram construídos os mapas de território (88,5%). A maior parte afirmou selecionar e priorizar problemas nutricionais através do uso dos mapas de território (70%). O uso dos mapas de território foi constatado, embora de maneira deficitária, além de seu foco principal não ser o usuário com sobrepeso ou obesidade. As análises dos dados da vigilância alimentar e nutricional ainda são precárias, levando assim a uma assistência deficitária a essa população.

Palavras – Chave: Territorialização da Atenção Primária. Atenção Primária à Saúde. Obesidade.

ABSTRACT

Obesity is a non-communicable and multifactorial chronic disease. Territorialization in primary health care (PHC) promotes the knowledge of the population to act in the promotion and execution of direct actions to it. The objective of this study was to characterize the process of territorialization in the care of overweight or obese people in the PHC of the state of Paraíba. 487 professionals working in basic health units responded to the instrument, most of them women (90.6%) nurses (65.5%). They claimed to carry out diagnostic analyzes of the territory, through home visits (59.2%). The minority reported internally discussing Food and Nutritional Surveillance data with their team (32.0%) on a monthly basis (42.9%). The characterization of the territory was performed by most respondents (61.0%) and by surveying the existence of social protection programs, maps of the territory were constructed (88.5%). Most claimed to select and prioritize nutritional problems through the use of territory maps (70%). The use of territory maps was observed, although in a deficient way, in addition to their main focus not being overweight or obese users. Analyzes of food and nutrition surveillance data are still precarious, thus leading to poor assistance to this population.

Keywords: Territorialization in Primary Health Care. Primary Health Care. Obesity.

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible y multifactorial. La territorialización en la atención primaria de salud (APS) promueve el conocimiento de la población para actuar en la promoción y ejecución de acciones directas a ella. El objetivo de este estudio fue caracterizar el proceso de territorialización en la atención a personas con sobrepeso u obesidad en la APS en el estado de Paraíba. Respondieron al instrumento 487 profesionales que actúan en unidades básicas de salud, la mayoría mujeres (90,6%) enfermeras (65,5%). Manifestaron realizar diagnósticos del territorio, a través de visitas domiciliarias (59,2%). La minoría informó que discutía internamente los datos de Vigilancia Nutricional y Alimentaria con su equipo (32,0 %) mensualmente (42,9 %). La caracterización del territorio fue realizada por la mayoría de los encuestados (61,0%) y encuestando la existencia de programas de protección social se construyeron mapas del territorio (88,5%). La mayoría afirmó seleccionar y priorizar problemas nutricionales mediante el uso de mapas territoriales (70%). Se observó el uso de mapas de territorio, aunque de forma deficiente, además de que su principal foco no sea el sobrepeso u obesidad en los usuarios. Los análisis de los datos de vigilancia alimentaria y nutricional aún son precarios, lo que conduce a una asistencia deficiente a esta población.

PALABRAS CLAVE: Territorialización de la Atención Primaria. Atención Primaria de Salud
Obesidad.

INTRODUÇÃO

Classificada como uma doença de caráter multifatorial, a obesidade tem atingido níveis alarmantes de crescimento, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública e uma das mais relevantes razões de mortes evitáveis a nível mundial (REIS et al., 2022). Diferentes fatores genéticos, ambientais e psicológicos estão intimamente ligados ao desenvolvimento desta doença (FERNANDES; COSTA, 2022). Ao mesmo tempo em que é considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT), a obesidade também se configura como um fator de risco agravante para outras doenças, sobretudo como uma expressão da insegurança alimentar e nutricional que acomete a população em diferentes faixas etárias (FERREIRA, et al 2021).

Diante de um contexto marcado pelo crescimento acelerado do número de indivíduos acometidos por DCNT, é de extrema relevância que os serviços de saúde se organizem de maneira que possam prestar suporte a essa população. Nesse contexto, o Brasil instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS) a fim de garantir a integralidade do cuidado e da assistência, organizando a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade na forma de linhas de cuidado prioritária da RAS das pessoas com doenças crônicas (BURLANDY et al., 2020). Essa linha do cuidado é, então, organizada pela Atenção Primária à Saúde (APS), que assume a função de coordenadora do cuidado, por ser o elo mais próximo entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a população (BRANDÃO et al., 2020).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) funciona como um equipamento ordenador desse elo. Ela visa qualificar o cuidado e melhorar o acesso da população à APS, buscando reorganiza-la e consolida-la no sentido de aprofundar seus princípios, diretrizes e fundamentos, ampliando, assim, a resolutividade e impactando positivamente na situação de saúde da população (BRASIL, 2021). Faz-se, então, fundamental, conhecer a população adstrita e suas necessidades, para que se crie e fortaleça vínculos entre os profissionais e os usuários, figurando as práticas de territorialização como elementos indispensáveis e estratégicos a serem utilizados no âmbito da APS (BRASIL, 2017).

O processo de territorialização é uma ferramenta básica para o planejamento das ações de trabalho da ESF, permitindo a identificação de problemas de saúde, sociais e demográficos da população, possibilitando o conhecimento da área delimitada para que seja possível um diagnóstico epidemiológico da mesma. Nesse contexto, o território não é visto apenas como um

ambiente, mas como um conjunto de informações que nortearão os serviços de saúde de acordo com as necessidades da população em questão (PROCÓPIO; ALMEIDA, 2020).

O uso dos mapas de território é uma maneira de planejar ações diretas à população, uma vez que são capazes de localizarem no território, famílias e comunidades em situação de vulnerabilidade social, auxiliando o processo de diagnóstico local, identificação das necessidades da população, estilo de vida, hábitos e seus problemas de saúde. No tocante ao cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade, o mapa territorial permite, além de uma busca ativa dos casos, um cuidado mais próximo e fidelizado desse público (BRASIL, 2017).

Embora possua teoricamente todas as ferramentas para prosperar, a territorialização dentro da APS ainda é um processo inacabado. Fundamental para a criação de vínculo com a população, garantindo assim a efetivação dos princípios constitucionais do SUS, a exemplo da universalidade, a territorialização deve ser base de trabalho das equipes de saúde na atenção primária, mas sua progressão esbarra ainda em obstáculos políticos, geográficos e sociais (VIEGAS et al., 2020).

No viés político, a visão neoliberal é oposta ao modelo de territorialização, pelo contrário, seu foco permanece no modelo hospitalocêntrico e privatista, o que faz com que a maioria populacional que necessita dos cuidados e atenção à saúde em sua totalidade e acessibilidade, seja notoriamente excluída, inclusive, de um sistema criado em benefício dela. Essa visão acabou trazendo prejuízos substanciais para a saúde pública, a saber, um sério desmonte dentro do SUS, corroborado com o já crônico subfinanciamento do mesmo (FARIAS, 2020).

A não obrigatoriedade da presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a não definição da quantidade suficiente desse profissional para atender a demanda populacional, foi sem dúvidas, um dos piores resultados desse desmonte, que se refletiu sobremaneira no desenvolvimento das práticas de territorialização, tendo em vista que o ACS é o profissional, dentro da APS, responsável por quase que cem por cento das buscas ativas dentro da população, sendo essas buscas ativas a base fundamental pro desenvolvimento da territorialização. Ademais poucos investimentos, tanto da esfera federal quanto municipal, no SUS, representa um dos maiores obstáculos para a garantia da universalidade da assistência (FARIA, 2020).

Além disso, questões geográficas ainda são impedimento para o desenvolvimento e efetividade das práticas de territorialização, a exemplos de áreas de fronteiras, seja municipais ou nacionais, que produzem territórios conhecidos por “terra de ninguém”, onde a população dessa área não é adstrita por nenhuma das áreas limítrofes, deixando assim a população desassistida e entregue à própria sorte, onde muitas vezes, essa população recorre a meios

errôneos para tentar atendimento em unidades de saúde, como por exemplo, burlar comprovantes residenciais (FARIAS, 2020).

Fato é que, definir limites para promoção da saúde da população é algo difícil, mas extremamente necessário de ser feito, pois só através do conhecimento do território, pode-se ofertar à população suprimentos diretamente ligados a suas necessidades (BENTES, 2019).

Diante do exposto, o presente artigo tem por finalidade descrever as práticas de territorialização no cuidado à pessoa com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária a Saúde (APS) do estado da Paraíba.

MÉTODOS

Estudo transversal vinculado a um estudo de base populacional intitulado “Projeto de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade da população da Paraíba”, realizado com os profissionais de saúde vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do estado da Paraíba, entre janeiro e junho de 2021, em resposta à Chamada CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN Nº 26/2018 - Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS, com apoio do Ministério da Saúde.

A Paraíba tem 1765 UBS distribuídas em 223 municípios. A amostra foi definida em duas etapas. Inicialmente o cálculo amostral executado e replicado para todos os estados participantes do estudo nacional (realizado em 23 estados da Federação e no Distrito Federal), foi desenvolvido considerando o plano de amostragem aleatória por conglomerado, levando em consideração a margem de erro de 5%, o nível de confiança de 95% e a definição de quatro estratos de acordo com o tamanho da população: A: capital; B: municípios com mais de 150 mil habitantes; C: municípios entre 30 e 150 mil habitantes; D: municípios menores do que 30 mil habitantes. A fórmula utilizada considerou o esquema para determinar o tamanho da amostra com base numa população finita, com o objetivo de estimar proporções populacionais.

A partir dos cálculos, foram sorteadas 642 unidades distribuídas pelos quatro estratos para compor a amostra do estudo. Na segunda etapa da definição da amostra, o gestor/coordenador/gerente responsável pela UBS sorteada, indicava o profissional que participaria do estudo, sendo preferencialmente nutricionista ou na inexistência deste, outro profissional de nível superior que o gestor/coordenador/gerente indicasse como respondente à pesquisa, configurando assim, para cada UBS sorteada, um profissional de saúde foi selecionado para participar. Foi registrada uma perda de 24,1% (referente às unidades de saúde

que foram desativadas; unidades que não se enquadraram na temática da pesquisa (a exemplo de núcleo de zoonoses); unidades consideradas âncoras (em que uma mesma equipe era responsável por unidades diferentes, ficando a cargo do município a escolha da resposta), perfazendo uma amostra final de 487 profissionais participantes.

A coleta dos dados foi realizada por meio do questionário on line semiestruturado denominado “Organização, gestão e cuidado nutricional ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade na Atenção Primária de Saúde – APS”, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com os coordenadores nacionais do projeto, viabilizado em formato eletrônico através da plataforma *Survey Monkey*[®], por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina. O presente estudo utilizou apenas um recorte do questionário supracitado.

O disparo do instrumento para os municípios, bem como as devidas articulações junto às Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, além do contato com respondentes, foi de inteira e individual responsabilidade das coordenações estaduais do projeto. Inicialmente fora realizado contato com os Coordenadores de Atenção Básica, via ligação telefônica e/ou aplicativo de mensagens WhatsApp, a fim de que fossem disponibilizados os contatos dos profissionais respondentes (a priori nutricionista e, na falta deste, profissional de nível superior que atuasse na linha de cuidado). Fora solicitado também o apoio dos Apoiadores Institucionais de saúde para reforço da coleta dos dados junto aos municípios. Em seguida, via *e-mail*, foi enviado o *link* de acesso ao instrumento de coleta dividido por municípios entre os estratos populacionais, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estando a participação do profissional sujeita à concordância do mesmo.

O presente estudo considerou variáveis relativas às unidades básicas de saúde (município vinculado, macrorregião de saúde, gerência de saúde, tipologia), ao perfil sociodemográfico (sexo, grupo étnico) e profissional (formação básica, tempo e tipo de unidade em que atua) dos respondentes e à análise do território (dados e diagnóstico dos usuários, mapeamento do território, existência de programas de proteção social). O instrumento aplicado trouxe questões que deveriam ser respondidas com ‘sim’ ou ‘não’, bem como questões em que o respondente poderia marcar mais de uma alternativa que se aplicasse melhor à sua realidade. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva para conhecimento das frequências absoluta e relativa dos indicadores, através do *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 22.0.

A referida pesquisa é resultado de dissertação de mestrado acadêmico. Teve apoio financeiro da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPesq-PB), aprovada pelo

comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob o número de parecer 3.557.478. Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RESULTADOS

As análises foram realizadas a partir das respostas dos 487 profissionais de saúde incluídos na amostra. Sobre a caracterização das unidades básicas de saúde, a pesquisa revelou que 36,1% pertenciam à 2ª macrorregião de saúde, que compreende os municípios da 3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª regiões, seguido daquelas que se situam na 1ª macrorregião, com 34,3%. A maioria dos respondentes (20,3%) eram de unidades de saúde dos municípios da 1ª região de saúde, seguidos daqueles que fazem parte da 16ª (14,8%) e da 3ª (7,6%) regiões de saúde (Figura 3). Observa-se, ainda, que 40,5% das unidades respondentes estão localizadas na área urbana central dos municípios (Tabela 1).

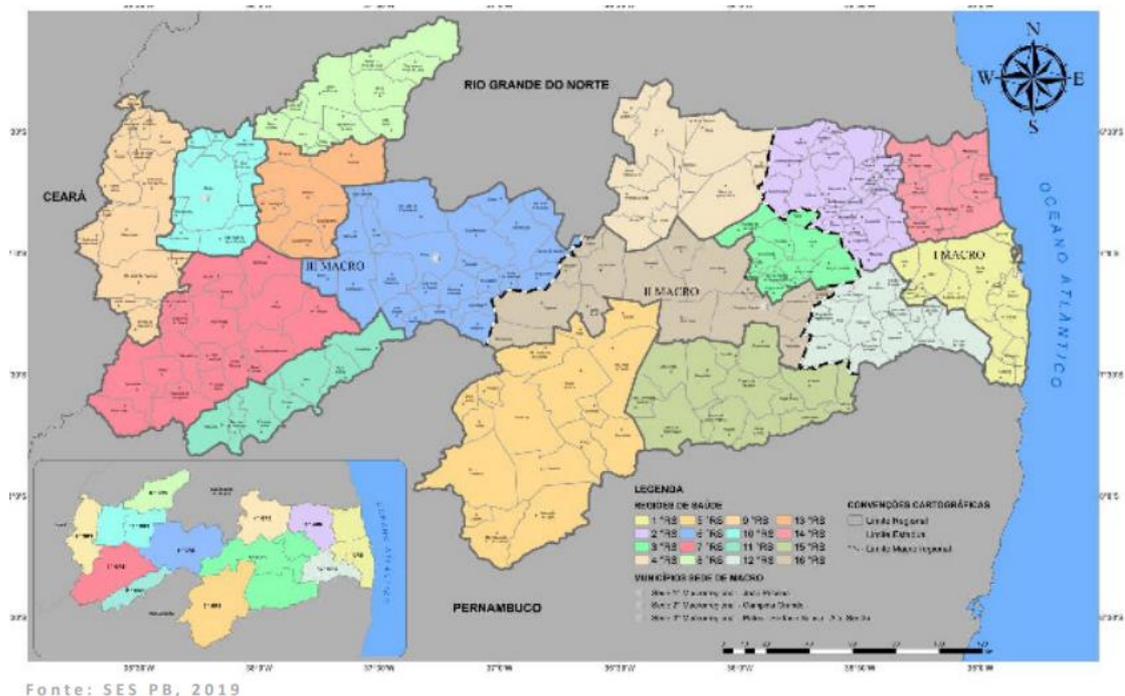


Figura 3: Mapa de conformação das regiões e macrorregiões de saúde do estado da Paraíba.

Tabela 1. Caracterização das unidades básicas de saúde (UBS) quanto à região e macrorregião de saúde pertencentes e à tipologia (Paraíba, 2021).

VARIÁVEIS	n (487 respondentes)	%
MACROREGIÃO DE SAÚDE		
1 ^a	167	34,3
2 ^a	176	36,1
3 ^o	144	29,6
REGIÃO DE SAÚDE		
1 ^a	99	20,3
16 ^a	72	14,8
3 ^a	37	7,6
TIPOLOGIA		
Urbana Central	197	40,5
Urbana Periférica	161	33,0
Rural	129	26,5

A média de idade encontrada foi de $34,3 \pm 14,0$ anos, sendo a maioria dos profissionais respondentes do sexo feminino (90,6%); autodeclarados como pardos (56,1%), com formação em Enfermagem (65,5%), atuantes em Unidades de Saúde da Família (46,2%), servidores públicos municipais concursados (48,5%) e tendo entre 1 e 10 anos na função (57,8%) (Tabela 2).

Tabela 2. Características demográficas e profissionais dos respondentes (Paraíba, 2021).

VARIÁVEIS	n (487 respondentes)	%
SEXO		
Masculino	45	9,2
Feminino	441	90,6
Não deseja declarar	1	0,2
GRUPO ÉTNICO		
Amarela	7	1,4
Branca	194	39,8
Indígena	1	0,2
Parda	273	56,1
Preta	9	1,8
Não deseja declarar	3	0,6
FORMAÇÃO PROFISSIONAL		
Nutrição	125	25,7
Educação Física	1	0,2
Medicina	6	1,2

Enfermagem	319	65,5
Odontologia	4	0,8
Serviço Social	5	1,0
Farmácia	1	0,2
Outra	26	5,3
UNIDADE DE ATUAÇÃO		
UBS	142	29,2
USF	225	46,2
NASF (I, II, III)	87	17,8
Outras	33	6,8
TIPO DE VÍNCULO		
CLT	4	0,8
Servidor público municipal	236	48,5
Servidor público estadual	2	0,4
Servidor público federal	1	0,2
Contratos temporários (por tempo determinado; indeterminado; OS)	222	45,5
Outro	22	4,5
TEMPO NA FUNÇÃO (em anos)		
Menos de 1 ano	94	19,3
Entre 1 e 10 anos	281	57,3
Acima de 10 anos	112	22,8

UBS: unidade básica de saúde; USF: unidade saúde da família; NASF: núcleo ampliado de saúde da família.
CLT: consolidação das leis trabalhistas – carteira assinada; OS: Organização Social.

Na Tabela 3 observa-se que 58,5% dos respondentes afirmaram que, em seus locais de trabalho, são realizadas análises dos dados/diagnóstico dos usuários e do território, como avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar, além de estudos sobre os determinantes dos problemas alimentares e nutricionais. Ao serem indagados sobre as fontes/origens utilizadas para obtenção desses dados, os sistemas SISVAN, SISAB e eSUS foram utilizados por 98,2% tanto para a coleta, registro e análise de dados do consumo alimentar, quanto para análise de dados do estado nutricional. Ainda em relação a esses dados, 59,2% dos respondentes afirmaram obtê-los através das demandas observadas nas visitas domiciliares.

Quando questionados sobre a discussão interna dos indicadores da VAN (Vigilância Alimentar e Nutricional) do território, 32,0% dos profissionais respondentes afirmaram realizar essa discussão, desse, 42,9% realizavam essa discussão interna mensalmente. Sobre com quem eram compartilhados esses dados, 18,7% afirmaram fazê-lo com a coordenação da gestão da atenção básica (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da análise do território. Paraíba, 2021.

VARIÁVEIS	n (para respondentes que disseram sim)	%
REALIZAM ANÁLISE DOS DADOS/ DIAGNÓSTICOS DOS USUÁRIOS E DO TERRITÓRIO	285	58,5
QUAIS AS FONTES/ORIGENS UTILIZADAS PARA OBTENÇÃO DOS DADOS		
SISVAN/SISAB/eSUS	280	98,2
Demandas observadas em visitas domiciliares	169	59,2
Escuta das demandas da população (diretamente com o usuário ou via Conselho Local de Saúde)	123	43,2
Estudos dos determinantes e condicionantes dos problemas alimentares e nutricionais do território	57	20,0
Outras	11	3,9
EQUIPE DISCUTE INTERNAMENTE OS INDICADORES DA VAN	156	32,0
COM QUE FREQUÊNCIA ACONTECE A DISCUSSÃO		
Mensal	67	42,9
Trimestral	26	16,7
Semestral	12	7,7
Anual	05	3,2
Não há frequência definida	46	29,5
COM QUEM A EQUIPE COMPARTILHA OS INDICADORES DA VAN		
Gestão municipal de saúde (secretário e demais dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde)	82	16,8
Coordenação da área técnica de Alimentação e Nutrição	37	7,6
Coordenação da gestão de AB do município	91	18,7
Conselho Municipal de Saúde	15	3,1
Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional	04	0,8
Distrito Sanitário	13	2,7
Com usuários, nos grupos de atendimento	48	9,9
Com nutricionistas da Alimentação Escolar	36	7,4
Profissionais de saúde de outros pontos de atenção	90	18,5
Não compartilha	10	2,1
Não possui esse tipo de relatório	14	2,9
Outras	07	1,4

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção

Básica; VAN: Vigilância Alimentar e Nutricional; AB: Atenção Básica.

Na tabela 4 observa-se a caracterização do mapeamento do território. Quando perguntados se, em seu local de trabalho, no âmbito da atenção nutricional, é feito o mapeamento do território e/ou mapa de saúde, 61,0% (n=297) dos profissionais respondentes disseram que sim. Para a construção do mapa foi perguntado quais alternativas eram desenvolvidas, 88,5% afirmaram que a alternativa utilizada era o levantamento da existência de programas de proteção social, tais como Benefício de Prestação Continuada (PBC), Programa Bolsa Família (PBF) e outros providos pelos governos federal, estadual e/ou municipal.

Ainda na tabela 4 pode-se observar quais condições os profissionais respondentes indicaram como prioritárias no mapa de saúde do território. A maioria deles (56,1%) afirmou serem as famílias/residências com portadores de doenças crônicas associadas à alimentação e nutrição (Diabetes, Hipertensão Arterial, Doenças Cardiovasculares, entre outras). Outro dado que a tabela 4 revela é a presença de espaços ou equipamentos públicos no mapa de saúde do território, a exemplo de escolas públicas; Centros de Referência de Assistência Social (CRASS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Tabela 4. Caracterização do mapeamento do território. Paraíba, 2021.

VARIÁVEIS	n (para respondentes que disseram sim)	%
ALTERNATIVAS DESENVOLVIDAS PARA CONSTRUÇÃO DO MAPA		
Identificação da estrutura comunitária (pública e não pública) de apoio às pessoas ou famílias em situação de vulnerabilidade ou não	262	88,2
Mapeamento das áreas de risco para insegurança alimentar e nutricional no território	163	54,9
Levantamento da existência de programas de proteção social, tais como Benefício de Prestação Continuada (BPC) Programa Bolsa Família (PBF) e outros, providos pelos governos federal, estadual e/ou municipal)	263	88,5
Mapeamento e interação com os Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional	165	55,6
Mapeamento/diagnóstico do sistema de produção, abastecimento e ou comercialização de alimentos no território/bairro/município. Identificação dos costumes e tradições alimentares regionais	141	47,8
Outras	09	30,3
CONDIÇÕES IDENTIFICADAS COMO PRIORITÁRIAS NO MAPA DE SAÚDE DO TERRITÓRIO		

Famílias/residências em situação de vulnerabilidade social	272	55,9
Famílias/residências com portadores de doenças crônicas associadas à alimentação e nutrição (Diabetes, Hipertensão Arterial, Doenças Cardiovasculares, entre outras)	273	56,1
Famílias/residências com pessoas com sobrepeso ou obesidade em quaisquer fases do ciclo da vida	224	46,0
Famílias/residências com pessoas com desnutrição e/ou deficiências de micronutrientes em quaisquer fases do ciclo da vida	216	44,4
Outras	04	0,8
MAPEAMENTO E INTERAÇÃO COM EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: ESPAÇOS QUE CONSTAM NO MAPA DE TERRITÓRIO		
Áreas de produção de agricultores familiares e/ou agricultores orgânicos no território e/ou próximo a ele	142	29,2
Cozinhas comunitárias	30	6,2
Restaurantes populares	37	7,6
Banco de alimentos	24	4,9
Hortas comunitárias, hortas peri-urbanos, espaços urbanos de produção coletiva de alimentos, quintais orgânicos.	71	14,6
Feiras livres, sacolões, mercados hortifrúti e outros similares	205	42,1
Espaços ou iniciativas de oferta e comercialização direta de alimentos da agricultura familiar e/ou produção orgânica (Feiras livres, associações ou cooperativas de produtores, feiras agroecológicas, comunidades que sustentam a agricultura (CSA) ou similares	148	30,4
Polos de Academias da Saúde	181	37,2
Espaços comunitários/públicos de lazer e/ou prática de atividades físicas/cuidados corporais	214	43,9
Centros de Convivência	112	25,1
Creches públicas	208	42,7
Equipamentos públicos de proteção social (CRAS; CREAS; casas de acolhimento de população em situação de rua, entre outros).	219	45,0
Escolas públicas	278	57,1
Outras	13	26,7

CRAS: centro de referência de assistência social; CREAS: centro de referência especializado de assistência social.

Sobre a realização de seleção e priorização dos problemas nutricionais, 70,0% dos profissionais respondentes disseram realizá-las. Diante disso, foi perguntado quais medidas eram adotadas para a seleção e priorização desses problemas a serem abordados no território, a

maior parte dos respondentes (98,8%) afirmou que mantinham uma discussão com a equipe interna da UBS (Tabela 5).

Do mesmo modo, fora perguntando aos profissionais respondentes se existiam outras estratégias de identificação das demandas/necessidades de atenção nutricional e a tabela 5 revela que 40,9% afirmaram que sim. Quando solicitados que citassem tais estratégias, 32,2% dos respondentes afirmaram que realizavam acompanhamento (puericultura; crianças; idosos; individual; pré-natal; PBF; consultas; demandas livres; demandas de outras secretarias; CRAS; NASF; reuniões com a equipe); 16,1% usavam de estratégias através de programas (acad. Saúde/ rest. Populares/melhor em casa/ PSE/ PNAE/ SISVAN/ criação de hortas comunitárias); 15,6% identificavam as demandas através das visitas domiciliares (através do ACS, por médico, enfermeira); 9,1% através do atendimento (individual; coletivo; grupos; creches; escolas; usuários com necessidade de atenção nutricional; pelo nutricionista; clínico); 8,5% identificavam por meio de avaliação (nutricional; exames); 7,5% por meio de busca ativa (pelo ACS, grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, obesos, gestantes); 6,5% através da coleta de dados (medidas antropométricas; aplicação de questionários) e 4,5% por meio de ações de educação (educação permanente; educação continuada; palestras; campanhas).

Tabela 5. Caracterização da seleção e priorização dos problemas nutricionais abordados no território. Paraíba, 2021.

VARIÁVEIS	n (para respondentes que disseram sim)	%
REALIZAÇÃO OU NÃO DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS NUTRICIONAIS: DISCUSSÃO COM EQUIPES DAS UBS, ESF, NASF	341	70,0
QUAIS MEDIDAS SÃO ADOTADAS PARA SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS PRIORITÁRIOS A SEREM ABORDADOS NO TERRITÓRIO		
Diálogo com o Conselho Municipal de Saúde	179	52,5
Diálogos com lideranças locais (Sociedade civil formal ou informal)	145	42,5
Discussão com a equipe interna da UBS	337	98,8
Discussão com a equipe de apoio do NASF	318	93,3
Priorização das ações e acompanhamento de indicadores gerados	281	82,4
Levantamento e discussão dos custos para o enfrentamento do problema	191	56,0

Outras	4	1,2
EXISTEM OUTRAS ESTRATÉGIAS DE IDENTIFICAÇÃO DAS DEMANDAS/NECESSIDADES DE ATENÇÃO NUTRICIONAL	199	40,9
DEMAIS ESTRATÉGIAS		
Acompanhamento (puericultura; crianças; idosos; individual; pré-natal; PBF; consultas; demandas livres; demandas de outras secretarias; CRAS; NASF; reuniões com a equipe)	64	32,2
Programas (acad. Saúde/ rest. Populares/melhor em casa/ PSE/ PNAE/ SISVAN/ criação de hortas comunitárias)	32	16,1
Visitas domiciliares (através do ACS, por médico, enfermeira)	31	15,6
Atendimento (individual; coletivo; grupos; creches; escolas; usuários com necessidade de atenção nutricional; pelo nutricionista; clínico)	18	9,1
Avaliação (nutricional; exames)	17	8,5
Busca ativa (pelo ACS, grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, obesos, gestantes)	15	7,5
Coleta de dados (medidas antropométricas; aplicação de questionários)	13	6,5
Ações de educação (educação permanente; educação continuada; palestras; campanhas)	9	4,5

UBS: unidade básica de saúde; ESF: estratégia saúde da família; NASF: núcleo de apoio à saúde da família; PBF: programa bolsa família; CRAS: centro de referência de assistência social; PSE: programa saúde na escola; PNAE: programa nacional de alimentação e nutrição; SISVAN: sistema de vigilância alimentar e nutricional; ACS: agente comunitário de saúde.

DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos profissionais respondentes, o estudo mostra que são, em sua maioria, do sexo feminino, com idade média de 34,3 anos, dados que corroboram os achados de Treviño-Reyna et al. (2021), que revelam o perfil do profissional da saúde pública sendo jovem e predominantemente feminino. Outro achado importante é que a maioria dos respondentes são profissionais da enfermagem, reforçando o que diz Alvarenga e Sousa (2022), que mostra que a predominância da enfermagem feminina é historicamente reconhecida, citando Anna Nery pioneira na profissão no Brasil. Essa presença massiva do profissional da enfermagem na APS dá-se, principalmente, pelo fato desse profissional possuir capacidade legal de administrar várias funções dentro da unidade, ao passo que ele atua na promoção da saúde e prevenção de agravos, também gerencia, supervisiona, planeja e desenvolve ações para

toda equipe da unidade de saúde, ações que refletem na produção do cuidado ao indivíduo e à comunidade. Ainda sobre o perfil profissional, a pesquisa revela que a maioria atua em Unidades de Saúde da Família (USF), revelando um dado que chama atenção: dos profissionais respondentes, a minoria atuava ou fazia parte do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), isso mostra o reflexo do desmonte que tanto o SUS quanto o próprio NASF sofreram desde o golpe político sofrido pela ex-presidenta Dilma Russef, quando assume o governo federal seu vice, Michel Temer (2016 a 2019). Em seus achados, Alvarez 2022 reitera o sucateamento das unidades de saúde, o desmonte, o pouquíssimo investimento financeiro no SUS pelo governo Temer, que se prolonga, e só piora, durante todo o governo de Jair Bolsonaro (2018-2022) especialmente durante a condução negligente da pandemia da COVID-19 no Brasil.

A pesquisa ainda revelou que a maioria dos profissionais respondentes possui vínculo estatutário e está na função há menos de 10 anos. Entretanto, uma considerável parte destes respondentes possuíam vínculo por contratos de temporários, refletindo assim uma prática tão antiga quanto atual, que é a rotatividade dos profissionais mediante a mudança governamental, especialmente em municípios interioranos.

No âmbito da atenção nutricional, a maioria dos respondentes afirmou realizar análise do estado nutricional e consumo alimentar dos usuários, bem como estudos sobre os determinantes de problemas alimentares e nutricionais do território. A maior parte deles indicou que a fonte ou origem dos dados e diagnósticos dos usuários e do território foi obtida através das demandas observadas nas visitas domiciliares, quando o respondente pode observar de perto a necessidade do usuário, reforçando Furlanetto et al. (2020), que afirmam que as visitas domiciliares podem influenciar a adesão ao serviço, aumentar o vínculo e trazer uma relação de continuidade do cuidado. A visita domiciliar permite que o profissional se torne íntimo do usuário, quebrando barreiras e diminuindo a distância entre o cuidador e aquele que é cuidado. No domicílio, que é a menor fração do território, o profissional pode averiguar situações que, muitas vezes, o usuário omite quando vai à unidade de saúde, propiciando, assim, uma assistência ainda mais eficaz ao usuário, sobretudo àqueles que possuem dificuldade de locomoção, por exemplo.

Embora tenha alcançado uma porcentagem bastante relevante (98,2%), o estudo ressalta que, quando se analisa em separado a coleta, registro ou análise de dados do consumo alimentar, da análise do estado nutricional dos usuários, percebe-se uma baixa adesão dos profissionais a sistemas como SISVAN, SISAB e eSUS. A maioria não utiliza essa fonte para ou, legitimando o que Lima e Schmidt (2018) afirmam em seus estudos, que sistemas como o SISVAN, por exemplo, na atenção básica, têm a finalidade de agrupar informações sobre o estado nutricional

e alimentar da população, porém sua cobertura é aquém do que se espera e, conseqüentemente, fica em segundo plano. Isso, muitas vezes, é devido à falta de alimentação desses programas por gestores e responsáveis, bem como, por muitas vezes, pela falta de acesso do profissional à computadores, internet, além da sobrecarga de trabalho, que impede que o profissional cumpra com fidedignidade sua demanda de trabalho.

No tocante à discussão interna dos indicadores da Vigilância Alimentar e Nutricional nas suas equipes de trabalho, a maioria afirmou não realizar, divergindo, assim, do que Brasil (2013) recomenda na Política Nacional de Alimentação e Nutrição:

A vigilância alimentar e nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e à qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS. Contribuirá, também, com o controle e a participação social e o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios.

A discussão desses indicadores interfere diretamente no cuidado à população pelos profissionais de saúde. É através deles que se pode subsidiar políticas de atenção a pessoas com sobrepeso ou obesidade, em déficit nutricional e, inclusive, em situação de vulnerabilidade social. Os respondentes que mencionaram realizar essa discussão, afirmaram compartilhar os dados encontrados com alguns atores, sendo um importante a coordenação geral da atenção básica dos municípios. Ela deve subsidiar ações que promovam análise do comportamento nutricional da população, a fim de promover conscientização sobre a importância de uma alimentação saudável, para o não aparecimento de doenças relacionadas à má alimentação, como a obesidade ou, em outro extremo, a desnutrição.

O conhecimento do território traz subsídios importantes para a organização dos serviços prestados dentro da APS. A maioria dos profissionais informou no estudo que faz o mapeamento do território, corroborando os estudos de Reis (2016), que afirma que sistemas de outros países que tem por base o conhecimento do território são mais eficazes e equitativos. Isso porque o conhecimento do território beneficia a população que passa a ser cuidada em sua integralidade e especificidade, ademais, esse conhecimento potencializa a eficácia das ações propostas e executadas pelos profissionais de saúde, porque vão de encontro a real necessidade do território, especialmente do usuário, propiciando, assim, um sistema de saúde efetivo, integral e equitativo, como de fato é o SUS.

Para esse mapeamento, uma das importantes ferramentas é a construção do mapa de saúde do território. A maior parte dos respondentes afirmou que a alternativa utilizada para a construção do mapa era o levantamento da existência de programas de proteção social, tais como Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa Bolsa Família (PBF), entre outros

providos pelas três esferas governamentais. Esse achado legitima o que diz Brasil (2015), que afirma que uma das condicionalidades do PBF, no tocante à saúde dentro da APS, são as ações de enfrentamento das situações de insegurança alimentar nutricional.

Das condições identificadas como prioritárias no mapa de saúde, foi referida pelos participantes do estudo as famílias ou residências com portadores de doenças crônicas associadas à alimentação e nutrição, o que condiz com Brasil (2021), quando afirma que as doenças crônicas têm afetado consideravelmente o cenário epidemiológico do Brasil, fazendo com que seja necessário um acompanhamento específico pelas autoridades em saúde. A respeito de espaços ou equipamentos públicos que constam no mapa, a maioria dos respondentes referiu-se às escolas públicas. Marins (2020) afirma que diversos ambientes devem ser alvos das ações de vigilância alimentar e nutricional, de forma que, através do Programa Saúde na Escola (PSE), por exemplo, possam ser realizados diagnósticos nutricionais de escolares, a fim de que, caso necessário, sejam encaminhados a unidade de saúde.

O resultado desse estudo revelou, ainda, que a maioria dos profissionais realizam a seleção e priorização dos problemas nutricionais no seu local de atuação. Em relação às medidas adotadas, está a discussão com a equipe interna da unidade básica de saúde, condizendo com o proposto por Brasil (2017), quando preconiza que a promoção das ações de saúde que visam o a integralidade do cuidado na APS deve ser realizada por equipe multiprofissional, a fim de contemplar o usuário em sua totalidade. Ainda foi revelado pela pesquisa que os respondentes usam de estratégias para identificar as demandas e necessidades de atenção nutricional, sendo a maior parte delas no seguimento do acompanhamento de idosos, pré-natal, puericultura, consultas, corroborando com Tetemann, Trugilho, Sogame (2016), que afirmam que o conhecimento do território e seu mapeamento faz com que as equipes reconheçam famílias em situação de vulnerabilidade e se promovam ações de saúde.

O estudo

CONCLUSÃO

O presente artigo apresentou dados pertinentes à temática da obesidade em relação ao território e aos processos de análise e conhecimento deste para benefício da população acometida pelo problema. Estudos dessa natureza, que interliguem a temática da obesidade com o processo de territorialização, ainda são escassos na literatura. Embora alguns achados corroborem outros existentes, foi perceptível que os mapas de saúde para criação de estratégias de cuidado ao paciente com sobrepeso e obesidade ainda são pouco utilizados pelas equipes da

atenção primária à saúde, e ainda que estes sejam utilizados para caracterização da população adstrita, o usuário com sobrepeso ou obesidade, em grande parte, ainda não é o foco principal.

Os resultados sinalizaram para uma discreta interação entre as equipes de saúde e coordenadores, gestores e demais atores municipais ligados à área de alimentação e nutrição no tocante à avaliação do estado nutricional da população, seu consumo alimentar e determinantes e soluções para problemas alimentares e nutricionais. Foi perceptível, também, que a pouca discussão dos indicadores da vigilância alimentar e nutricional pelas equipes de saúde impacta diretamente sobre o desenvolvimento de políticas públicas que atinjam aos usuários com sobrepeso ou obesidade.

Algumas limitações foram encontradas durante a construção desse estudo, por exemplo, o período de coleta dos dados coincidiu com o período pandêmico da COVID-19 vivido por todo mundo, onde muitos profissionais estavam afastados de suas atividades ou sobrecarregados, configurando um possível motivo pelo qual não responderam ao questionário. Outra limitação ocorreu no tocante aos dados do estudo serem oriundo de um instrumento auto preenchido, fato esse que ocasionou algumas perdas, bem como a difícil interpretação de algumas variáveis.

Por fim, a falta de mapeamento e conhecimento do território com foco na população acometida pelo sobrepeso e obesidade fragiliza o cuidado dispensado pela atenção primária a esta população. É notória a necessidade de atentar para esse público, pois somente conhecendo-o pode-se dispensar cuidado integral, específico e eficaz a este.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, José da P. O.; SOUSA, Maria F. de. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. *Saúde em Debate [online]*. v. 46, n. 135, pp. 1077-1092. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509> <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509I>. Acesso em 16 jan. 2023.
- ALVAREZ, Anna K. B. de L. A atenção primária à saúde: o desmonte do NASF e o impacto da criação do programa Previne Brasil 2022. 67 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2022
- BENTES, Rodrigo N. Territorialização da Saúde: uma análise sobre o mapeamento do território utilizado pelos agentes comunitários de saúde numa perspectiva geográfica. In: Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. 2019. Blumenal – Santa Catarina.
- BRANDÃO, Simone C. S.; et al. Obesidade e Risco de COVID-19 Grave. [livro eletrônico]. 1. ed. Recife. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/37572/1/Obesidade%20e%20risco%20de%20Covid%2019%20grave.pdf>. Acesso em 20 de ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Panorama da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Boletim Epidemiológico, v. 52, n. 23, junho 2021. Brasília. Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 56 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf. Acesso em 18 de jan. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf . Acesso em 15 de jan. 2023.

BURLANDY, Luciene 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 [online]*. 2020, v. 36, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093419>. Acesso em 20 de agos. 2021.

FARIA, Rivaldo M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2020, v. 25, n. 11. pp. 4521-4530. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018> Acesso em: 21 Out. 2021.

FERNANDES, Nayumy G.; COSTA, Flávia N. Impacto do número crescente de casos de obesidade na saúde pública: uma revisão. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.]*, v. 11, n. 16, pág. e173111638085, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i16.38085. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38085>. Acesso em: 24 jan. 2023.

FURLANETTO, Denise de L. C. et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 25, n. 5, pp. 1851-1863. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>. Acesso em 16 jan. 2023.

LIMA, J. F. de, & SCHMIDT, D. B. (2018). SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UTILIZAÇÃO E COBERTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. *Revista Saúde E Desenvolvimento*, 12(11), 315–333. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/965>. Acesso em 16 de jan. 2023

MARINS, Viviane V. B. de A. Condições institucionais para implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção básica no município de Niterói. *Dissertação* (Mestrado em Ciências da Nutrição) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

PROCÓPIO, Gabriel B.; ALMEIDA, Carlos P. B. de. TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM MARABÁ-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 22–40, 2020. DOI: 10.54909/spv4i1.96468. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/96468>. Acesso em: 25 jan. 2023.

REIS, Erika C. dos *et al.* Condições para ações de cuidado da obesidade na atenção primária à saúde no estado do Espírito Santo. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, [S.l.], v. 17, p. e63954, ago. 2022. ISSN 2238-913X. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/63954>>. Acesso em: 24 jan. 2023. doi:<https://doi.org/10.12957/demetra.2022.63954>.

REIS, Luara T. D. dos. Mapeamento do território e descrição da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Sebastiana de Souza no município de Piraquara – PR. Florianópolis, 2016. *Monografia* (Especialista na atenção básica) - Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

TETEMANN, Edialy C.; TRUGILHO, Silvia M.; SOGAME, Luciana C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 15, n. 2, p. 356 - 369, ago./dez. 2016.

TREVIÑO-REYNA, Goel *et al.* Employment outcomes and job satisfaction of international public health professionals: what lessons for public health and COVID-19 pandemic preparedness? Employment outcomes of public health graduates. *International Journal of Health Planning Management*, v. 36, n. 1, p. 124-150, 2021. <https://doi.org/10.1002/hpm.3140>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.3140>. Acesso em 24 de jan. 2023.

VIEGAS, Selma M. da F. et al. SUS-30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. Rev. Bras. Enferm., 2021 74(2), p. e20200656, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/v9DbdyQpJ7XqxBVTXn9Scgg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 14 de mar. 2023.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa permitiu analisar a influência das práticas de territorialização dentro da atenção primária à saúde no contexto do sobrepeso e da obesidade, sendo relevante visto serem ainda escassos os estudos que correlacionem essas duas temáticas. A alta prevalência do sobrepeso e da obesidade a nível estadual não diferente do que se observa no país e no mundo, revelando a necessidade de uma atuação mais enfática das equipes de saúde no cuidado à essa população, respeitando as necessidades de cada uma, o que efetivamente só pode ser feito quando se conhece bem o território, bem como a população adstrita.

Embora sejam realizadas análises dos usuários e do território, a discussão de indicadores que mapeiam essa população e servem de base para intervenção, promoção da saúde e prevenção de agravos, é pouco realizada, o que influencia diretamente no tipo de atendimento que é prestado às pessoas com sobrepeso ou obesidade.

No que diz respeito ao território e ao uso dos mapas de saúde, a pesquisa pôde revelar como as equipes de saúde fazem uso dessa estratégia para mapear seus usuários, desenvolver ações de cuidado específicos, organizar os serviços destinados a estes, respeitando suas particularidades e especificidades.

É necessário, então, que a atenção primária à saúde priorize a capacitação de suas equipes, induzindo-as a melhor utilização dos mapas de saúde, com foco especialmente sobre a população acometida pelo sobrepeso e a obesidade, conhecendo-a para que, além das ações de cuidado, priorize-se, sobretudo a prevenção e o diagnóstico prévio. Ademais, novos estudos que interliguem a temática da obesidade e a territorialização, são importantes para a fundamentação desse cuidado, bem como uma nova percepção dos dados fora do contexto da COVID-19, período em que os dados foram obtidos e analisados.

REFERÊNCIAS

- ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade**, 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/diretrizes-download-diretrizes-brasileiras-de-obesidade-2016.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2021.
- ABESO. **Mapa da Obesidade**, 2019. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 20 agosto de 2021.
- ABESO. **Mapa da Obesidade, 2023**. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 25 de janeiro de 2023.
- ADEIGBE, R.T., BALDWIN S., GALLION K., GRIER S., RAMIREZ A.G. Food and beverage marketing to Latinos: a systematic literature review. **Health Educ Behav**. 2015;42(5):569–82.
- ALBERTO, N. S. M. da C. et al. Disponibilidade de estrutura e das atividades profissionais da Atenção Primária à Saúde correspondente à Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no estado do Piauí. **Saúde em Debate [online]**. 2022, v. 46, n. 133, pp. 405-420. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/j6JdK3QfXsXGRj6q4PrrXnm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 outubro de 2022
- ALVARENGA, J. da P. O.; SOUSA, M. F. de. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde em Debate [online]**. v. 46, n. 135, pp. 1077-1092. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509> <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509I>. Acesso em: 16 janeiro de 2023.
- ALVAREZ, A. K. B. de L. A atenção primária à saúde: o desmonte do NASF e o impacto da criação do programa Previne Brasil 2022. 67 f. **Monografia** (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2022
- BENTES, R. N. Territorialização da Saúde: uma análise sobre o mapeamento do território utilizado pelos agentes comunitários de saúde numa perspectiva geográfica. In: **Simpósio Nacional de Geografia da Saúde**. 2019. Blumenal – Santa Catarina.
- BORTOLINI, G. A. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. vol. 44 e 39. 23 Apr. 2020, doi:10.26633/RPSP.2020.39.
- BRANDÃO, S. C. S.; et al. Obesidade e Risco de COVID-19 Grave. [livro eletrônico]. 1. ed. Recife. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/37572/1/Obesidade%20e%20risco%20de%20Covid%2019%20grave.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resumo de Atividades 2020** – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. 2020-a. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2019-a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pse>. Acesso em: 24 de outubro de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia saúde da família**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 22 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.862 de 10 de agosto de 2021. **Institui a Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - PROTEJA**. Brasília, 10 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004**. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo território nacional. Brasília, 18 de outubro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 30 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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. Brasília, 19 de março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefina a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, 1º de abril de 2014-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Panorama da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, n. 23, junho 2021. Brasília. Ministério da Saúde, 2021-b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Boletim Epidemiológico, v. 52, n. 23, junho 2021. Brasília. Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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**; Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014-a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Ministério da Saúde, 2015. 56 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf. Acesso em: 18 de janeiro de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf . Acesso em: 15 de janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **Instrutivo Programa Crescer Saudável**. Brasília, 2019-b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/instrutivo_crescer_saudavel_2019_2020.pdf. Acesso em: 24 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. **Organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: manual instrutivo**. Brasília, 2014-c. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/promocao_saude/linhacuidado. Acesso em: 22 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020 [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020- b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/view>. Acesso em: 23 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento do Programa Academia da Saúde. Ciclo 2017** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília, 2011. 160 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas/>. Acesso em: 1 de fevereiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tendências temporais de comportamentos de risco e proteção relacionados às doenças crônicas entre adultos: diferenças segundo sexo, 2006-2019. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, n. 07, março 2021. Brasília, Ministério da Saúde, 2021-a.

BURLANDY, Luciene 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 [online]**. 2020, v. 36, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093419>. Acesso em: 20 de agosto de 2021.

CAMPOS, D. A. de; CEMBRANEL, F.; ZONTA, R. **Abordagem do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] 1. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019. 83 p.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. (Orgs.) **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. 86 p.

DURAN A.C., LOCK K., LATORRE M.R., JAIME P.C. Evaluating the use of instore measures in retail food stores and restaurants in Brazil. **Revista de Saúde Pública**. 2015; 49:80 p.

FARIA, Rivaldo M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 11. pp. 4521-4530. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018> Acesso em: 21 Out. 2021.

FERNANDES, N. G.; COSTA, F. N. Impacto do número crescente de casos de obesidade na saúde pública: uma revisão. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.]**, v. 11, n. 16, pág. e173111638085, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i16.38085. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38085>. Acesso em: 24 jan. 2023.

FERREIRA, AP de S. et al. Tendências crescentes na prevalência de obesidade de 2013 a 2019 e fatores associados no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, n. Rev. bras. epidemiol., 2021 24 suppl 2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/QVtDq9fGVsG7JjwDZrTcXFh/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 1 de fevereiro de 2023.

FIGUEIREDO, A. T. T. de et al. Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde na família. **Revista de Atenção à Saúde**. v. 18, n. 64, p. 85-100, abril/junho 2020. São Caetano do Sul, São Paulo. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6274>. Acesso em: 23 de outubro de 2021.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 01, pp. 77-88, janeiro 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 1 de fevereiro de 2023.

FURLANETTO, D. de L. C. et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 5, pp. 1851-1863. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>. Acesso em: 16 de janeiro de 2023.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: primeiros resultados** / IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>. Acesso em: 15 de outubro de 2022.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 15 de outubro de 2022.

JUSTO, L. G. et al. **A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/G4rRVvny64R7HM9zfHkHQcc/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 22 de agosto de 2021.

LIMA, J. F. de; SCHMIDT, D. B. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: utilização e cobertura na atenção primária. **Revista Saúde E Desenvolvimento**, 12(11), 315–333. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/965>. Acesso em: 16 de janeiro de 2023.

MACHADO, R. F. de O. Territorialização da saúde: determinantes ambientais e o cotidiano das equipes de saúde da família. **Tese (Doutorado em Geografia)** – Universidade Federal de Sergipe, 2019.

MALAFAIA, A. B. et al. IS THE WAIST/HEIGHT RATIO A BETTER PARAMETER THAN BMI IN DETERMINING THE CARDIOMETABOLIC RISK PROFILE OF OBESE PEOPLE?. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 34, n. ABCD, arq. bras. cir. dig., 2021 34(3), 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/bpck4HdYyNQBqVbyMbyLDtg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 1 de fevereiro de 2023.

MARINS, V. V. B. de A. Condições institucionais para implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção básica no município de Niterói. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição)** – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

MARINS, Viviane Vilas Boas de Azevedo. Condições institucionais para implementação da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na atenção básica no município de Niterói. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição)** – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

MARTELLETO, G. K. S. et al. Principais fatores de risco apresentados por pacientes obesos acometidos de COVID-19: uma breve revisão. **Brazilian Journal of Development**. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24351/19453>. Acesso em: 24 de outubro de 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 26 de agosto de 2021.

MENDES, M. G. et al. Prevalência de Síndrome Metabólica e associação com estado nutricional em adolescentes. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**. 2019, v. 27, n. 4. Acesso em 25 outubro 2021, pp. 374-379. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900040066>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 2358-291X. Acesso em: 26 de agosto de 2021.

- MIRANDA, João Marcelo de Queiroz et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. privadas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte [online]**. 2015, v. 21, n. 2, pp. 104-107. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1517-869220152102143660>. Acesso em: 20 de agosto de 2021.
- NAVARRO, L. C.; ASSIS, L. G. S.; FREITAS, L. M. A. de. Obesidade infantil como fator de risco para aterosclerose. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. 2019, v. 29, n. 3, pp. 42-46, dez 2019 – fev 2020. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200209_174458.pdf. Acesso: em 24 de outubro de 2021.
- NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Publica [online]**. v. 44 [Acesso 24 outubro 2021], e32. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>>. ISSN 1680-5348. Acesso em: 24 de outubro de 2021.
- OLIVEIRA, L. C. da S. et al. **Ambiente obesogênico: cartografia de uma capital do Nordeste brasileiro**. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 10, n. 11, pág. e327101119578, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19578. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19578>. Acesso em: 19 set. 2022.
- PINHEIRO, Mariana Carvalho, et al. Abordagem intersetorial para prevenção e controle da obesidade: a experiência brasileira de 2014 a 2018. **Rev Panam Salud Publica**. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.58> Acesso em: 21 de outubro de 2021.
- PROCÓPIO, G. B.; ALMEIDA, C. P. B. de. Territorialização na atenção básica em marabá-pa: relato de experiência. **Saberes Plurais: Educação na Saúde, [S. l.]**, v. 4, n. 1, p. 22–40, 2020. DOI: 10.54909/sp.v4i1.96468. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/96468>. Acesso em: 25 de janeiro de 2023.
- REIS, E. C. dos *et al.* Condições para ações de cuidado da obesidade na atenção primária à saúde no estado do Espírito Santo. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, [S.l.]**, v. 17, p. e63954, ago. 2022. ISSN 2238-913X. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/63954>>. Acesso em: 24 de janeiro de 2023. doi:<https://doi.org/10.12957/demetra.2022.63954>.
- REIS, L. T. Dias dos. Mapeamento do território e descrição da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Sebastiana de Souza no município de Piraquara – PR. Florianópolis, 2016. **Monografia** (Especialista na atenção básica) - Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.
- RODRIGUES, C. S. S. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes de escolas públicas Municipais em Campina Grande –PB. **Brazilian Journal of Health Review**. 2020, v. 3, n. 5. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/17539/14236>. Acesso em: 24 de outubro de 2021.
- SILVA, W. P. Fisiopatologia da obesidade e suas comorbidades. Diadema – São Paulo, 2017. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de São Paulo – Campus Diadema.

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 15, n. 2, p. 356 - 369, agosto/dezembro 2016.

TREVIÑO-REYNA, G. *et al.* Employment outcomes and job satisfaction of international public health professionals: what lessons for public health and COVID-19 pandemic preparedness? Employment outcomes of public health graduates. **International Journal of Health Planning Management**, v. 36, n. 1, p. 124-150, 2021. <https://doi.org/10.1002/hpm.3140>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.3140>. Acesso em: 24 de jan. 2023.

VIEGAS, S. M. da F. et al.. SUS-30 years: right and access in a day in the life of Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. Rev. Bras. Enferm., 2021 74(2), p. e20200656, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/v9DbdyQpJ7XqxBVTXn9Scgg/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 14 de março 2023.

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

Recorte do questionário “Organização, gestão e cuidado nutricional ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade na Atenção Primária de Saúde – APS”

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
1 –	Qual município onde você atua?
2 –	A qual gerência e macrorregião de saúde pertence seu município?
BLOCO B – IDENTIFICAÇÃO DA UBS/ ESF NA QUAL ATUA O PROFISSIONAL RESPONDENTE	
3 –	Nome da Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual você está vinculado(a):
4 –	Localização da Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual você está vinculado(a): <input type="checkbox"/> Urbana Central <input type="checkbox"/> Urbana Periférica <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena
BLOCO C – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE	
5 –	Nome civil ou nome social:
6 –	Data de nascimento (formato DD/MM/AAAA) é necessário inserir as barras entre os campos:
7 –	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não desejo declarar
8 –	Cor/raça: <input type="checkbox"/> Amarela

<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não desejo declarar
<p>9 – Indique sua profissão (formação básica)</p> <input type="checkbox"/> Assistência Social <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> Odontologia <input type="checkbox"/> Educação Física <input type="checkbox"/> Outra (especifique)
<p>10 – Unidade de atuação do profissional (respondente):</p> <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde <input type="checkbox"/> Unidade Saúde da Família <input type="checkbox"/> Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde – Tipo I <input type="checkbox"/> Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde – Tipo II <input type="checkbox"/> Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde – Tipo III <input type="checkbox"/> Outra (especifique)
<p>11 – Há quanto tempo você exerce/trabalha no cargo/função atual? (Considerar anos completos).</p>
<p>BLOCO D – ANÁLISE DO TERRITÓRIO</p>
<p>12 - Em seu local de trabalho, no âmbito da atenção nutricional, é realizada análise de dados/diagnóstico dos usuários e do território (estado nutricional e/ou consumo alimentar dos usuários, estudos sobre determinantes dos problemas alimentares e nutricionais no território)?</p>

Sim

Não

(Se Sim, responder 13– 14)

13 - Indique a(s) alternativa(s) de fontes/origens para obtenção desses dados:

Coleta, registro e análise de dados de consumo alimentar dos usuários SISVAN/SISAB/eSUS).

Coleta, registro e análise de dados do estado nutricional dos usuários (SISVAN/SISAB/eSUS).

Demandas observadas em visitas domiciliares.

Escuta das demandas da população (diretamente com o usuário ou via Conselho Local de Saúde).

Estudo dos determinantes e condicionantes dos problemas alimentares e nutricionais no território.

Não sei

Outras (Quais?):

14 - A equipe discute internamente os indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional do território?

Sim

Não

Não sei

15 – Com que frequência?

Mensal

Trimestral

Semestral

Anual

Não há frequência definida

16 - A equipe compartilha os dados/indicadores de vigilância alimentar e nutricional do território com quais atores?

Gestão municipal de saúde (Secretário e demais dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde);

Coordenação da área técnica de Alimentação e Nutrição;

Coordenação da gestão de AB do município;

Conselho Municipal de Saúde;

- Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional;
- Distrito Sanitário;
- Com usuários, nos grupos de atendimento;
- Com nutricionistas da Alimentação Escolar;
- Profissionais de saúde de outros pontos de atenção;
- Não compartilha;
- Não possui esse tipo de relatório;
- Outros interlocutores (Quais?)

17 - Em seu local de trabalho, no âmbito da atenção nutricional, é feito o mapeamento do território e/ou Mapa de saúde do território? (veja o conceito abaixo).

CONCEITO: Instrumento para o planejamento, alimentado por informações geográficas, ambientais, sociais, demográficas e de saúde obtidas através do processo de territorialização. Tem como objetivo melhorar a qualidade do serviço de saúde e pode ser feito por microárea. De uso exclusivo da equipe de saúde, registra a localização dos domicílios, famílias e marcadores de saúde. Inclui, por exemplo: o fluxo da população pelas ruas; os transportes utilizados; as barreiras geográficas que dificultam o acesso da população à unidade de saúde e na circulação no bairro; as características das moradias e seus entornos; as condições de saneamento básico; infraestrutura urbanística; as condições do meio ambiente, como desmatamento ou poluição; os principais equipamentos sociais: escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços que a população utiliza para desenvolver a sua vida no território; a presença de animais no entorno das residências e nas ruas; áreas de risco social de diversas ordens. No mapa inteligente também podem ser identificadas áreas de grupos em situação de risco ou vulnerabilidade, dados demográficos e epidemiológicos. (Fonte: BVS)

- Sim
- Não

(Se Sim, responder 18-19)

18 - Indique a(s) alternativa(s) de atividades desenvolvidas para construção do mapa do território.

- Identificação da estrutura comunitária (pública e não pública) de apoio às pessoas ou famílias em situação de vulnerabilidade ou não (Centros comunitários, centros esportivos,

escolas, creches, centros de convivência de idosos, unidades de assistência social associações de portadores de patologias - celíacos, diabéticos, pessoas com câncer, entre outros.

() Mapeamento das áreas de risco para insegurança alimentar e nutricional no território (veja conceito abaixo).

CONCEITO: A insegurança alimentar e nutricional é consequência da falta de reconhecimento do direito à alimentação para uma determinada população, traduzindo-se numa insuficiente ingestão de alimentos devido à impossibilidade de adquiri-los, seja por falta de abastecimento dos mercados locais, por falta de capacidade para comprá-los ou produzir, ou por ambas as circunstâncias simultaneamente. (Fonte: FAO)

() Levantamento da existência de programas de proteção social, tais como Benefício de Prestação Continuada (BPC) Programa Bolsa Família (PBF) e outros, providos pelos governos federal, estadual e/ou municipal).

() Mapeamento e interação com os Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional (veja conceito abaixo)

CONCEITO: São estruturas físicas e espaços destinados, no todo ou em parte, à provisão de serviços públicos ao cidadão com vistas à garantia da segurança alimentar e nutricional, quais sejam, a oferta, a distribuição e a comercialização de refeições e/ou de alimentos. Exemplos: Restaurantes Populares; Bancos de Alimentos; Cozinhas Comunitárias; Unidades de Alimentação e Nutrição (restaurantes e cozinhas) em creches, escolas, hospitais, penitenciárias, entidades sócio assistenciais; Centrais de recebimento e distribuição de produtos da Agricultura Familiar; feiras populares; e mercados públicos.

() Mapeamento/diagnóstico do sistema de produção, abastecimento e ou comercialização de alimentos no território/ bairro/município.

() Identificação dos costumes e tradições alimentares regionais.

() Outros (Quais?)

19 - Quais das condições abaixo foram identificadas como prioritários no mapa de saúde do território?

() Famílias/residências em situação de vulnerabilidade social;

() Famílias/residências com portadores de doenças crônicas associadas à alimentação e nutrição (Diabetes, Hipertensão Arterial, Doenças Cardiovasculares, entre outras);

() Famílias/residências com pessoas com sobrepeso ou obesidade em quaisquer fases do ciclo da vida;

() Famílias/residências com pessoas com desnutrição e/ou deficiências de micronutrientes em quaisquer fases do ciclo da vida;

<p>() Outro (especifique):</p>
<p>20 - No mapa de saúde do território, constam alguns dos espaços ou equipamentos públicos relacionados abaixo?</p> <p>() Áreas de produção de agricultores familiares e/ou agricultores orgânicos no território e/ou próximo a ele;</p> <p>() Cozinhas comunitárias;</p> <p>() Restaurantes populares;</p> <p>() Banco de alimentos;</p> <p>() Hortas comunitárias, hortas periurbanas, espaços urbanos de produção coletiva de alimentos, quintais orgânicos;</p> <p>() Feiras livres, sacolões, mercados hortifrúti e outros similares;</p> <p>() Espaços ou iniciativas de oferta e comercialização direta de alimentos da agricultura familiar e/ou produção orgânica (Feiras livres, associações ou cooperativas de produtores, feiras agroecológicas, comunidades que sustentam a agricultura (CSA) ou similares;</p> <p>() Polos de Academias da Saúde;</p> <p>() Espaços comunitários/públicos de lazer e/ou prática de atividades físicas/cuidados corporais;</p> <p>() Centros de Convivência;</p> <p>() Creches públicas;</p> <p>() Equipamentos públicos de proteção social (CRAS; CREAS; casas de acolhimento de população em situação de rua, entre outros);</p> <p>() Escolas públicas;</p> <p>() Outros (Quais?):</p>
<p>21 - Em seu local de trabalho, no âmbito da atenção nutricional, são realizadas seleção e priorização dos problemas (discussão com equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF), discussão ampliada com equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), discussão com conselho de saúde, discussão com a secretaria de saúde)?</p> <p>() Sim</p> <p>() Não</p> <p>(Se sim, responder 22)</p>
<p>22 - Indique quais as medidas são adotadas para seleção e priorização dos problemas prioritários a serem abordados no território:</p>

- Diálogo com o Conselho Municipal de Saúde;
- Diálogos com lideranças locais (Sociedade civil formal ou informal);
- Discussão com a equipe interna da UBS;
- Discussão com a equipe de apoio do NASF;
- Priorização das ações e acompanhamento de indicadores gerados;
- Levantamento e discussão dos custos para o enfrentamento do problema;
- Outras (Quais?)

23 - Existem outras estratégias de identificação das demandas/necessidades de atenção nutricional?

- Sim
- Não

(Se Sim, responder 24)

24 - Cite quais as outras estratégias de identificação das demandas/necessidades de atenção nutricional.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PROJETO DE PESQUISA, EXTENSÃO E FORMAÇÃO DE GESTORES E TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OBESIDADE DA POPULAÇÃO DA PARAÍBA

Pesquisador: Carla Campos Muniz Medeiros

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 17810619.1.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.401.954

Apresentação do Projeto:

LÊ-SE:

A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma epidemia e configura-se como um sério problema de saúde pública, uma vez que traz consequências deletérias para a saúde devido a sua associação com várias doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, doença gordurosa hepática não alcoólica, transtornos mentais, entre outros, com impacto negativo na qualidade de vida de uma população. Este projeto tem como objetivo fortalecer o enfrentamento e controle da obesidade no âmbito da AB do Sistema Único de Saúde (AB-SUS) por meio do desenvolvimento de um conjunto de ações de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do SUS na Paraíba. Serão realizadas ações distribuídas em quatro eixos: Eixo 1- Pesquisa e desenvolvimento, visa realizar diagnóstico inicial da organização da gestão e da atenção nutricional em até quatro municípios sentinela para monitoramento e avaliação das ações; Eixo 2- Formação, cujo principal objetivo é criar mecanismo de continuidade de formação e capacitação dos gestores e profissionais de saúde, especialmente aqueles inseridos nos NASF, através de desenvolvimento de capacidades voltadas à articulação intra e intersetorial e a implantação de ações efetivas e inovadoras para prevenção e tratamento da

Endereço: Av. das Barónias, 351 - Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Projeto: 4401/204

obesidade; Eixo 3 – Avaliação e monitoramento, que visa pactuar indicadores de monitoramento e avaliação dos municípios do Estado, elaborar sistemas simples de apoio a decisão para a gestão, baseado nos indicadores selecionados; Eixo 4 – Difusão científica: identificar, divulgar e replicar ações bem-sucedidas de enfrentamento da obesidade nos municípios, especialmente as práticas existentes nas UBS voltadas para prevenção ou tratamento de pessoas com excesso de peso. Espera-se alcançar uma maior capacitação dos profissionais de saúde e gestores no controle e enfrentamento da obesidade. Também se fortalecerá o vínculo entre Academia e assistência através das parcerias realizadas entre as instituições de ensino e as secretarias de saúde e educação, com uma formação mais crítica e reflexiva de alunos de graduação e pós-graduação.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo central é:

Contribuir para fortalecer o enfrentamento e controle da obesidade no âmbito da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (AB-SUS) por meio do desenvolvimento de um conjunto de ações de pesquisa, extensão e formação de gestores e trabalhadores do SUS no estado da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Lié-SE:

Riscos:

Esse projeto se caracteriza por risco mínimo, pois apesar de ser um estudo de intervenção essa trata-se apenas de uma capacitação dos profissionais e gestores de saúde que não causa mudança psicológica nem fisiológica.

Benefícios:

O benefício será melhorar o conhecimento dos gestores e dos profissionais de saúde acerca das políticas de alimentação e nutrição bem como das existentes para o controle e enfrentamento da obesidade no âmbito do SUS emponderando-os para um maior combate dessa enfermidade no âmbito do SUS.

Endereço: Av. das Bananeiras, 351 - Campus Universitário
Bairro: Sodocriço CEP: 58109-750
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (81)3315-3373 Fax: (81)3315-3373 E-mail: prp@uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP**



Contribuição do Financiador: 4-401.024

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto encontra-se bem estruturado e apresenta relevância científica e social. Termos de apresentação obrigatória, cronograma, orçamento anexados e adequados. Foi descrito de forma detalhada todo o desenvolvimento do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão em conformidade com as resoluções vigentes no Brasil.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, a pesquisadora deverá apresentar o relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer FAVORÁVEL à realização da pesquisa.

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	PS_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_164016_01_01.pdf	11/11/2020 14:41:42		Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLEdiagnosticoadendo.pdf	11/11/2020 14:38:03	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Outros	termoadados.pdf	06/11/2020 15:44:21	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoadendov2.pdf	06/11/2020 15:42:31	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Outros	termoparautilizacaoadadossecundarios.pdf	30/09/2020 10:36:21	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Outros	emendadiagnostico.pdf	30/09/2020 10:33:14	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Outros	termosDeConcessao.pdf	12/08/2019 11:02:16	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Outros	colhacato1.pdf	12/08/2019 11:01:41	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Outros	termocompromisso1.pdf	12/08/2019 11:00:36	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Outros	declaracaocconcordancia.pdf	23/07/2019	Carla Campos	Aceito

Endereço: Av. dos Barões, 351 - Campus Universitário
Bairro: Baturama CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (81)3315-3373 Fax: (81)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPG**



Continuação do Parecer: 4-401264

Outros	declaracaocoordandia.pdf	15:08:28	Muniz Medeiros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromisso.pdf	23/07/2019 15:05:40	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	23/07/2019 15:04:18	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termoanuencia.pdf	14/06/2019 20:11:05	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	versaofinal.pdf	14/06/2019 20:00:21	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 16 de Novembro de 2020

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Bananeiras, 324 - Campus Universitário
Bairro: Góioacangá CEP: 58.109-750
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: uepb@uepb.edu.br

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Página 1 de 3



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Diagnóstico da aplicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no enfrentamento e controle da obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde”, referente ao eixo de pesquisa e desenvolvimento do “PROJETO DE PESQUISA, EXTENSÃO E FORMAÇÃO DE GESTORES E TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA OBESIDADE DA POPULAÇÃO DA PARAÍBA”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A obesidade é um sério problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência em todas as faixas etárias, bem como à associação com várias doenças crônicas como o diabetes, a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares, que podem repercutir na qualidade de vida do indivíduo bem como levar a uma morte precoce. Apesar de todas as políticas existentes e melhora no nível de atividade física da população, bem como do hábito alimentar, a prevalência de sobrepeso/obesidade continua aumentando.

Essa pesquisa tem por objetivo principal conhecer e caracterizar aspectos relacionados à implementação e à gestão das ações de alimentação e nutrição, com ênfase na organização da organização e gestão e do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade, no âmbito da Atenção Básica de Saúde /Atenção Primária à Saúde e alinhadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), do Ministério da Saúde, nos município

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, apresentada em questionário online (formato eletrônico, enviado pelo Ministério da Saúde via aplicativo SurveyMonkey) de perguntas e respostas, espera-se criar embasamento científico para planejar estratégias de melhorias na aplicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, obtendo subsídios para o fortalecimento do cuidado nutricional ofertado aos

usuários do SUS e aprimorar as ações de prevenção ao excesso de peso e de promoção da alimentação adequada e saudável no território.

Sua participação neste estudo não infringe as normas legais e éticas, não oferece riscos à sua dignidade e não gera nenhuma despesa. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O risco existente nessa pesquisa se classifica como mínimo por se tratar de um estudo observacional, porém o participante poderá se sentir constrangido ao responder ao questionário sobre a atenção ou gestão da alimentação e nutrição do seu estado. Para diminuir o constrangimento, todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais e só serão utilizadas neste estudo. Somente a equipe de pesquisa terá conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados do estudo. As informações prestadas pelo(a) Sr.(Sra.) não serão divulgadas individualmente e nem servirão a outro propósito que não o de fornecer informações para melhoria e qualificação da gestão e do cuidado prestado aos usuários do SUS.

Ao final do estudo, o(a) Sr.(Sra.) será informado(a) sobre os principais resultados e conclusões obtidas. Ao participar, o(a) Sr.(Sra.), caso tenham interesse, terão prioridade na participação do curso de formação para enfrentamento da obesidade no SUS permitindo o aprofundamento no conhecimento sobre obesidade, bem como das políticas e instrumentos existentes para o controle dessa condição.

Além dos benefícios acima citados, essa pesquisa também proporcionará um melhor atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde e de uma gestão mais eficaz para o controle e enfrentamento da obesidade.

O seu conhecimento e experiência serão essenciais para o êxito de um diagnóstico que sirva ao desenvolvimento de ferramentas de apoio especificamente voltadas à organização, gestão e desenvolvimento do cuidado ofertado às pessoas com Sobrepeso/Obesidade na Atenção Primária de Saúde no SUS.

O pesquisador me garantiu que:

- A minha participação é inteiramente voluntária e não remunerada.
- Poderei me recusar a participar ou retirar o meu consentimento a qualquer momento da realização do estudo ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo
- Poderei me recusar a responder qualquer pergunta existente nos instrumentos de coleta de dados.
- Terei acompanhamento e assistência durante o desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro por participar desta pesquisa ou qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e também não receberei pagamento algum. Entretanto, caso necessite me deslocar por causa exclusivamente da pesquisa ou tenha algum prejuízo financeiro devido a participação do estudo, serei ressarcido.

Página 3 de 3

- Todos os encargos financeiros, se houver, serão de responsabilidade do pesquisador responsável. E que caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da minha participação da pesquisa, serei indenizado,

- As informações coletadas serão utilizadas apenas para a pesquisa e poderão ser divulgadas em eventos e publicações científicas, porém minha identificação será resguardada.

A qualquer momento o(a) Sr.(Sra.) poderá obter maiores informações entrando em contato com Profª. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros, através dos telefones **(83) 3315-3312** e **(83) 98893-4552** ou através do **e-mail: carlamunizmedeiros@hotmail.com** ou do endereço: Rua Baraúnas, 351 - Central de Aulas, sala 330 - Núcleo de Extensão e Estudos em Pesquisas Epidemiológicas - Bairro Universitário. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, **E-mail: cep@uepb.edu.br** – **telefone: (83) 3315-3373** ou à Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde **(61)3315-9036**, **email: cgan@saude.gov.br**, financiador deste estudo.

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a pesquisa e aceito participar voluntariamente

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a pesquisa e *NÃO* aceito participar

CONSENTIMENTO: Gestor Profissional de Saúde

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa “ Diagnóstico da aplicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no enfrentamento e controle da obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde” e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu

_____ função na atenção básica _____, --
profissão _____ RG número _____ autorizo a
participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



Impressão dactiloscópica