



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

HERVE LUNA NKUMU

**CUIDADO ÀS CRIANÇAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E
SEUS FATORES ASSOCIADOS NA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE - PB
2023**

HERVE LUNA NKUMU

CUIDADO ÀS CRIANÇAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS FATORES ASSOCIADOS NA PARAÍBA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros

**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.

N738c Nkumu, Herve Luna.

Cuidado às crianças com obesidade na Atenção Primária à Saúde e seus fatores associados na Paraíba [manuscrito] / Herve Luna Nkumu. - 2023.

96 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros, Departamento de Biologia - CCBS. "

1. Obesidade infantil. 2. Fatores associados à obesidade infantil. 3. Atenção Primária à Saúde. I.

Título

21. ed. CDD 616.398

CUIDADO ÀS CRIANÇAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS FATORES ASSOCIADOS NA PARAÍBA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

Aprovado em: 27/02/2023

Banca Examinadora

Profa Dra Carla Campos Muniz Medeiros (Orientadora)

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Profa. Dra Danielle Franklin de Carvalho (Examinadora interna)

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Prof. Dr Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna (Examinador externo)

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura:



Ao meu falecido pai, professor Mabika,
pelos valores ensinados, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à pacienciosa orientação da professora Carla Campos Muniz Medeiros, com a qual discuti cada frase, cada número. Às Professoras Danielle Franklin de Carvalho e Renata Cardoso Oliveira, atentas e disponíveis no apoio, na revisão e correção do presente trabalho. Ao professor Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, nosso muito obrigado pelas colocações pontuais que foram necessárias para melhor nosso projeto.

À minha família, na República Democrática do Congo, que sempre torceu por mim mesmo estando longe; às famílias Cruz e Nascimento, pelo apoio e por todo o incentivo. Às amigas e amigos, pelos caminhos trilhados juntos, os desvios, os retornos. À minha companheira de todos os dias, Rayane Nascimento Cruz, obrigado pelo apoio imensurável. À minha filha Gabriela Françoise e aos meus afilhados, especialmente, João Gabriel, lhes garanto contribuir com todas as minhas forças (e um pouco mais do meu tempo), para um mundo-futuro melhor.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o cuidado às crianças com obesidade na atenção primária à saúde e seus fatores associados na Paraíba. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo transversal representativo da atenção básica do Estado da Paraíba que observou o cuidado às crianças menores de 10 anos com obesidade neste nível de cuidado, sendo parte de um estudo nacional do Ministério da Saúde intitulado de “Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)”, 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”, pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). A pesquisa foi realizada no período de janeiro a setembro de 2021, nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), do estado da Paraíba. Existem 1765 unidades básicas de saúde distribuídas em 223 municípios paraibanos. O cálculo amostral, executado e replicado para todos os estados participantes do estudo nacional, foi desenvolvido pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal do Piauí, considerando o plano de amostragem aleatória estratificada, com margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, definiu-se 4 estratos de acordo com o número 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. As 642 UBS sorteadas ficaram organizadas entre 168 municípios, as quais compuseram a amostra final deste estudo, incluindo todas as regiões e macrorregiões de saúde. Ao final da coleta de dados obteve-se um "n" de 487 UBS. Sendo constatada uma perda de 24,1% (155/642). Destes, 148 foram por questionários não respondidos e 07 foram excluídos do estudo por serem unidades desativadas ou não pertencerem à APS. As análises foram realizadas a partir do *software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* versão 22.0.

Resultados: A maioria dos participantes era do sexo feminino (90,5%), enfermeiras (65,5%) que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde ou Unidades Saúde da Família (75,4%), há mais de um ano (73,5%). Apenas 8% tinham capacitação sobre o manejo da obesidade, 88,1% afirmaram que existe a realização dos cuidados aos indivíduos com obesidade nos estabelecimentos onde trabalham, sendo as ações individuais as mais realizadas (44,9%). Entre os entrevistados, 64,1% dos profissionais expressaram existir os mapas dos territórios, nos quais constam os equipamentos e espaços para ações em saúde. Em relação à população infantil, 77,4% dos profissionais afirmaram a realização de ações, sendo mais frequentes as comunitárias (50,2%), quando comparadas as ações individuais (30,6%). A faixa etária de 0 a 2 anos é a que tem mais atendimentos individuais (31,9%), já as ações comunitárias ou em grupo são mais

destinadas a crianças maiores e adolescentes através do Programa Saúde na Escola (70,5%). As ações para o cuidado de crianças com excesso de peso não estiveram associadas a nenhuma das características relacionadas aos profissionais participantes ($p > 0,05$), mas os municípios de porte C e D, menores portes, apresentaram uma frequência significativamente maior que os municípios de porte A e B (A/B versus C $p = 0,001$; A/B versus D $p < 0,001$). Entre os recursos repassados para Atenção Primária à Saúde para o desenvolvimento de ações voltadas para obesidade, os mais frequentes relatados pelos profissionais foram o Piso da atenção básica-PAB (86,5%) e o Fundo Nacional de Alimentação e Nutrição-FNAN (84,8%). Apenas o recebimento do Piso da atenção básica apresentou associação com o desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado à criança com obesidade ($p = 0,003$). Apesar dos recursos do Programa Crescer Saudável e das verbas do Programa Saúde na Escola, estes programas não apresentaram também associação com o desenvolvimento das ações voltadas para obesidade infantil. **Conclusões:** Os resultados desta pesquisa mostraram que há existência de políticas públicas em saúde contra a obesidade infantil e vários programas envolvidos nesse processo. Os municípios recebem recursos e verbas destinadas para esta finalidade. Os profissionais da APS atuam tanto nas ações individuais como coletivas para combater a obesidade infantil, e segundo eles, as UBS onde trabalham possuem estrutura e equipamentos adequados para o cuidado à criança com obesidade. Porém, apesar dessas ações e desses recursos, a prevalência de sobrepeso e obesidade infantil continua ainda alta na maioria dos municípios paraibanos. Fato que pode ser justificado pela falta de capacitação e formação dos profissionais da APS sobre o manejo da obesidade infantil, pela falta de ações, em conjunto, entre APS e cuidadores dessas crianças e, por fim, pela deficiência de uma fiscalização eficiente de órgãos competentes.

Descritores: obesidade infantil; ações e fatores associados; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to verify the frequency of consultations for children with obesity in Primary Health Care and the associated factors in Paraíba. **Methodology:** This was a representative cross-sectional study of the care for children with obesity in primary health care in the state of Paraíba, part of a national study by the Ministry of Health entitled "Situational diagnosis of programs and actions related to the National Food Policy and Nutrition (PNAN)", referring to the research and development axis of the "Research, extension and training project for managers and workers of the Unified Health System for the prevention, diagnosis and treatment of obesity in the population of Paraíba", research financed by the Ministry of Health/National Council for Scientific and Technological Development (CNPQ). The research was carried out from January to September 2021, in the Primary Health Care (PHC) health units in the state of Paraíba. There are 1765 basic health units distributed in 223 municipalities in Paraíba. The sample calculation, carried out and replicated for all states participating in the national study, was developed by the team of researchers from the Federal University of Piauí, considering the random sampling plan by conglomerate, taking into account the margin of error of 5%, with a level of 95% confidence, 4 strata were defined according to the number of the population: A-capital; B-municipalities with more than 150 thousand habitants; C-municipalities between 30 and 150 thousand habitants; D-municipalities smaller than 30,000 habitants. The 642 Basic Health Units (UBS) drawn were organized among 168 municipalities, which made up the final sample of this study, so that they covered all health regions and macro-regions. At the end of data collection, an "n" of 475 UBS was obtained. A loss of 26.5% (167/642) was verified. Of these, 148 were due to unanswered questionnaires and 22 were excluded from the study because they were deactivated units or did not belong to the APS or were anchor units. Analyzes were performed using the Statistical Package for Social Sciences - SPSS version 22.0 software. **Results:** Most participants were female (90.5%), nurses (65.5%) who worked in Basic Health Units or Family Health Units (75.4%), for over a year (73.5%). Only 8% had training on obesity management, 88.1% stated that care for individuals with obesity exists in the establishments where they work, with individual actions being the most performed (44.9%), and, 64.1% of professionals expressed the existence of maps of territories, which contain equipment and spaces for health actions. With regard to the child population, 77.4% of professionals stated that they had carried out actions, with community actions being more frequent (50.2%), when compared to individual actions (30.6%). The age group from 0 to 2 years is the one that receives the most individual assistance (31.9%), while community or group actions are more aimed at older children and adolescents through the Health at School Program (70.5%). Actions for the care of overweight children were not associated with any of the characteristics related to the participating professionals ($p > 0.05$), but municipalities of size C

and D, smaller sizes, presented a significantly higher frequency than municipalities of size A and B (A/B versus C $p= 0.001$; A/B versus D $p<0.001$). Among the resources transferred to Primary Health Care for the development of actions aimed at obesity, the most frequently reported by professionals were the Basic Care Floor-PAB (86.5%) and the National Food and Nutrition Fund-FNAN (84.8%). Only receiving the Basic Care Floor was associated with the development of actions aimed at caring for children with childhood obesity ($p=0.003$). Despite the resources from the Growing Healthy Program and funds from the Health at School Program, these programs also showed no association with the development of actions aimed at childhood obesity. **Conclusions:** The results of this research showed that there are public health policies against childhood obesity and programs involved in this process. Municipalities receive resources and funds earmarked for this purpose. PHC professionals work both in individual and collective actions to combat childhood obesity, and according to them, the UBS where they work have adequate structure and equipment for the care of children with obesity. However, despite these actions and resources, the prevalence of childhood overweight and obesity is still high in most municipalities in Paraíba. A fact that can be justified by the lack of training and education of PHC professionals on the management of childhood obesity, the lack of joint actions between PHC and caregivers of these children and, finally, the deficiency of efficient supervision by competent organizations .

Descriptors: childhood obesity; actions and associated factors; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Dados sobre o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) no Brasil, extraídos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) em 2018

Gráfico 2 - Dados sobre o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) no Paraíba, extraídos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) em 2018

Gráfico 3 - Marcadores de consumo alimentar (MS, 2019).

Gráfico 4 - Associação entre obesidade e DCNTs

Gráfico 5 - Prevalência de sobrepeso e obesidade em 168 municípios paraibanos sorteados. 0 - 2 anos. Em porcentagem (%)

Gráfico 6 - Prevalência de sobrepeso e obesidade em 168 municípios paraibanos sorteados. 2 - 5 anos. Em porcentagem (%)

Gráfico 7 - Prevalência de sobrepeso e obesidade em 168 municípios paraibanos sorteados. 0 - 2 anos. Em porcentagem (%)

Figura 1 - Principais causas da obesidade infantil.

Figura 2 - Imagem ilustrativa da ampliação do acesso humanizado aos serviços de saúde (MS, 2021).

Figura 3 - Principais estratégias para prevenção e atenção à obesidade infantil na APS

Figura 4 - Estratégias de prevenção da obesidade infantil

Figura 5 - Distribuição espacial do território da Paraíba segundo as macrorregiões e regiões de saúde.

Quadro 1 - Principais consequências da obesidade em crianças e adolescentes

Quadro 2 - Classificação do estado nutricional de acordo com o IMC por idade

Quadro 3- Questões para organização do cuidado de crianças com excesso de peso – Adaptação feita pelo autor

Quadro 4 - Ações, Metas e Indicadores do Programa Crescer Saudável 2021/2022

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Características dos profissionais de saúde, dos municípios, UBS selecionadas e do tipo de atendimento aos usuários com obesidade na Atenção Primária à Saúde, Paraíba-PB, 2021.
- Tabela 2 -** Distribuição do público-alvo infantil de acordo com o tipo de atendimento: individual, grupo ou comunitário, Paraíba, 2021.
- Tabela 3-** Distribuição das ações do atendimento a crianças com obesidades/sobrepeso de acordo com as macrorregiões, porte do município, localização e tipo de estabelecimento de saúde da APS, características dos profissionais participantes, Paraíba 2021.
- Tabela 4-** Distribuição das ações do atendimento a crianças com obesidades/sobrepeso de acordo com os recursos repassados para APS com a finalidade de desenvolvimento de ações.
- Tabela 5 -** Distribuição das ações do atendimento a crianças com obesidades/sobrepeso de acordo com a presença de equipamentos e espaços de saúde, Paraíba 2021.
- Tabela 6 -** Características dos estudos sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade. Revisão de literatura (2001-2016)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária à Saúde

ABESO: Associação Brasileira para Estudo da Obesidade

ESF: Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAB: Piso de Atenção Básica

PCS: Programa Crescer Saudável

PSE: Programa Saúde na Escola

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. Sobrepeso e obesidade infantil: magnitude, principais causas e repercussão a curto e longo prazo. .	14
2.1. Magnitude e Prevalência.....	14
2.2. Principais causas e fatores determinantes.....	17
2.3. Repercussões do sobrepeso e da obesidade em crianças.....	20
3. Diagnóstico do sobrepeso e da obesidade na população infantil.....	21
4. O papel da APS no combate ao sobrepeso/obesidade infantil.....	22
4.1. Atenção Primária à Saúde.....	22
4.2. APS e os cuidados à criança com excesso de peso.....	24
4.3. Recursos e financiamento das atividades contra a obesidade na APS.....	27
5. Políticas e Programas de Saúde Pública no combate ao S/O.....	30
5.1. Política Nacional de Alimentação e Nutrição.....	33
5.2.1. Programa Saúde na Escola.....	33
5.2.2. Programa Crescer Saudável - PCS.....	35
6. Objetivos.....	37
6.1. Objetivo geral.....	37
6.2. Objetivos específicos.....	37
7. Métodos.....	37
7.1. Delineamento do estudo.....	37
7.2. Local e período da pesquisa.....	37
7.3. Universo e unidade amostral.....	38
7.4. Critérios de elegibilidade.....	40
7.4.1 Critério de inclusão.....	40
7.4.2. Critério de exclusão.....	40
7.5. Variáveis do estudo.....	40
7.6. Procedimento de coleta dos dados.....	41
7.7. Processamento e análise dos dados.....	44
7.8. Aspectos éticos.....	45
8. Resultados.....	46
ARTIGO.....	46
9. Discussão.....	65
10. Considerações finais.....	73
Referências.....	74

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a obesidade se tornou um dos assuntos, de saúde pública, mais abordados na agenda pública internacional, fazendo dela, um evento de proporções globais devido a crescente prevalência. Na população infantil, a obesidade tem ainda um destaque maior, pelo fato dela apresentar repercussão, bastante negativa, na saúde dessa população. Vários programas, pelo mundo e no Brasil, foram lançados para auxiliar no combate ao sobrepeso e à obesidade infantil. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é considerada como uma epidemia mundial, tendo seus fatores de risco uma ligação direta ou indireta com perfil alimentar e atividade física (WHO, 2019).

No Brasil, as recentes pesquisas de diagnóstico situacional apontam um aumento de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, em todos os níveis de renda, sendo a velocidade de crescimento mais expressiva na população com menor rendimento familiar (BRASIL, 2017).

O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) considera a obesidade como um problema social, de insegurança alimentar; e diante dessa observação, ele propõe novos modos de produzir, comercializar e consumir alimentos para alterar as práticas alimentares de forma integrada. As propostas do SISAN reforçam a intersetorialidade em uma perspectiva ampliada, desafiando as estruturas institucionais setoriais vigentes; já as do SUS apontam para uma abordagem integrada e intrasetorial da obesidade. Desse modo, todas as ações propostas dependem muito de uma boa articulação dentro do SUS (intrasetorial) e entre o conjunto de ministérios que integram o SISAN (intersectorial) (BRASIL, 2018).

O Ministério de Saúde aponta a obesidade infantil como um sério problema de saúde pública; para esta entidade, abordar sua prevalência, nessa população, assim como avaliar as atividades da saúde coletiva e as atividades de vigilância nutricional desenvolvidas pelos programas implementados para combater o sobrepeso e a obesidade, nos faz direcionar para a formulação e avaliação de estratégias de prevenção das repercussões futuras na saúde de crianças portadoras ou não de obesidade (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2022).

Infelizmente, a maioria dos estudos sobre obesidade infantil, no Brasil, aborda mais a questão epidemiológica. Faz-se necessário, também, que estudos ampliem essa abordagem para um foco que enfatiza a segurança alimentar e nutricional, bem como concepções que pautam as políticas públicas (BRASIL, 2017).

Machado et al. (2015) enfatizam ainda que no âmbito da Saúde Pública, os serviços de alta qualidade são direcionados por indicadores de morbidade e sua associação direta ou

não com faixas etárias assistidas. Por isso, é preciso disponibilizar estudos de caracterização da população para rastrear, planejar e alocar de forma efetiva os recursos de saúde para populações em risco; podendo esses estudos serem capazes de induzir melhoras na qualidade da atenção à saúde da população estudada, incluindo o nível primário, em que medidas de prevenção de excesso de peso continuam pouco eficazes.

2. Sobrepeso e obesidade infantil: magnitude, principais causas e repercussão a curto e longo prazo.

2.1. Magnitude e Prevalência

A obesidade pode ser definida como acúmulo de gordura no organismo, que está associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas. Pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial, pois suas causas estão relacionadas a questões biológicas, históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Ela pode ser considerada simultaneamente como uma doença e como um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis (DNTs) como, por exemplo, doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2 e dislipidemias (ABESO, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, seguindo o mesmo raciocínio, define a obesidade como um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura; uma condição que pode, claramente, ser a porta de entrada de outras doenças. Para a OMS, os conceitos sobrepeso e obesidade se baseiam num conjunto de vários fatores, direta ou indiretamente ligados ao estilo de vida das populações modernas: hábitos alimentares inadequados, com alto consumo de alimentos processados, energeticamente densos e ricos em açúcares, gorduras e sódio com uma quantidade de calorias consumidas além da necessidade individual; uso abusivo de bebidas alcoólicas; falta de atividades físicas e sedentarismo. Vale ressaltar que as causas da obesidade vão muito além de causas individuais, pois, envolvem também causas ambientais e sociais, sobre as quais o indivíduo tem pouca ou nenhuma capacidade de interferência (OMS, 2017).

A obesidade continua sendo uma das doenças de grande impacto social, familiar e financeiro principalmente para as famílias das pessoas acometidas. O acompanhamento assim como o tratamento dos pacientes obesos, com objetivo de controlar a progressão da comorbidade e de cuidar das consequências decorrentes da mesma, representam enormes gastos no setor da saúde pública. No Brasil, por exemplo, estima-se um valor de aproximadamente de

2,1 bilhões de dólares anualmente para os gastos associados ao sobrepeso e à obesidade (BRASIL, 2019); Nos Estados Unidos, onde cerca de 35% da população é obesa, esses gastos anuais ultrapassam bilhões de dólares (ARTERBUM D., 2005).

A obesidade infantil é e sempre foi um dos assuntos mais abordados na saúde pública por ela acarretar consequências mais graves na vida adulta. Os dados epidemiológicos indicam um aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes. Alguns levantamentos indicam que mais de 50% da população mundial está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade. A OMS projeta ainda que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estarão com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos. Segundo a mesma projeção, o número de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito. A OMS afirma ainda que não existe uma diferença significativa dessa prevalência entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento (OMS, 2017).

Já os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, apontam para uma estimativa de 6,4 milhões de crianças com excesso de peso no Brasil e 3,1 milhões com obesidade diagnosticada. Esses dados mostram um aumento considerável na taxa de sobrepeso e obesidade na população infantil brasileira. Segundo estatísticos, um em cada três brasileiros apresenta sobrepeso ainda na infância (BRASIL, 2020).

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares, realizada em 2009, pelo IBGE, levando em consideração apenas a faixa etária entre 5 a 9 anos, 33% das crianças brasileiras encontram-se acima do peso, aproximadamente uma em cada três crianças. O índice de meninos obesos alcança 16,6% e dentre as meninas a taxa chega a 11,8% (IBGE, 2010). De acordo com os dados do Ministério da Saúde sobre crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde do SUS, em 2020, 15,9% dos menores de 5 anos e 31,8% das crianças entre 5 e 9 anos tinham excesso de peso, e, dessas, 7,4% e 15,8% apresentavam obesidade, respectivamente, segundo Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade; Em números, segundo o mesmo levantamento, considerando todas as crianças menores de 10 anos, havia cerca de 6,2 milhões tinham sobrepeso e 2,9 milhões apresentavam obesidade (BRASIL, 2020).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), por sua vez, através de um levantamento realizado em 2019, revelou que 10% das crianças brasileiras menores de cinco anos estão com excesso de peso, 3% estão obesas e 18,3% estão em risco de sobrepeso. A pesquisa mais detalhada ainda a realidade da obesidade infantil em diferentes regiões do país, revelando uma maior prevalência de obesidade infantil nas regiões Nordeste (3,4%), Sul (3,4%) e Sudeste (3,1%) em relação às regiões Norte (1,9%) e Centro-Oeste (2,1%). O estudo trouxe

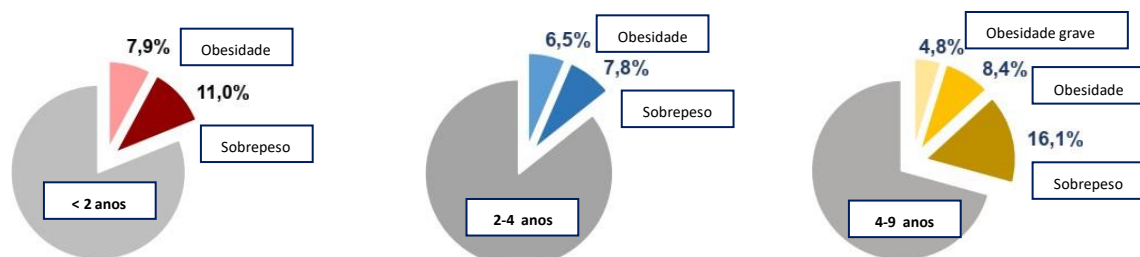
também dados sobre o sobrepeso, mostrando a prevalência em cada região estudada: 22,2% na região Sul, 18,4% na região Sudeste, 18,2% na região Nordeste, 16,4% na região Norte e 14,5% na região Centro-Oeste. O levantamento avaliou 14.558 crianças com idade de 0 a 59 meses (ENANI, 2019).

O Atlas Mundial da Obesidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o Brasil como um dos países com o maior número de crianças e adolescentes com obesidade no mundo; e projeta que, em 2030, o país poderá alcançar a 5ª posição no ranking mundial, com apenas 2% de chance de reverter essa situação se nada for feito (OMS, 2019).

Diante desses dados, podemos observar que, no Brasil, houve uma progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais e pelo crescimento de casos de sobrepeso e obesidade, não só na população adulta, mas também em crianças e adolescentes. A OMS estima que em 2022 existam mais crianças obesas do que abaixo do peso em todo o mundo (OMS, 2018).

Segundo os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 2018, observou-se maior prevalência do excesso de peso na faixa etária de 4 a 9 anos (29,3%), seguida pela faixa etária de menores de 2 anos (18,9%) e 2 a 4 anos (14,3%). Foram avaliadas 184.163 crianças (menores de 2 anos), 170.714 crianças (2-4 anos) e 186.369 crianças (4-9 anos).

Gráfico 1-Dados sobre o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) infantil no Brasil.

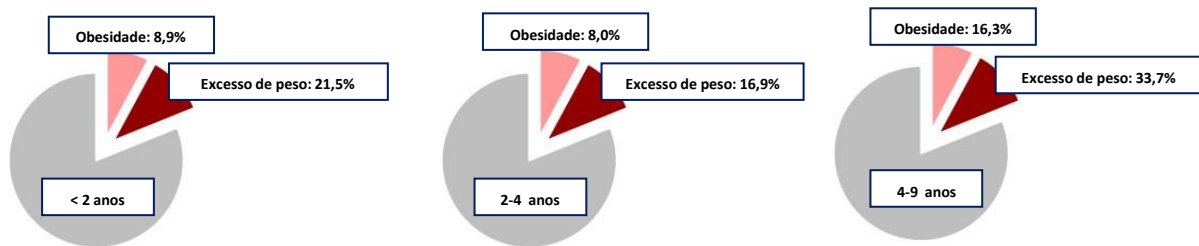


Fonte: Atlas da obesidade infantil no Brasil, 2019.

O mesmo levantamento feito pelo Ministério da Saúde traz dados sobre o estado da Paraíba que, no ranking nacional, aparece como um dos estados com quantidade expressiva de crianças com excesso de peso (sobrepeso + obesidade). Observou-se, também, maior prevalência do excesso de peso na faixa etária de 4 a 9 anos (33,7%), seguida pela faixa etária de menores de 2 anos (21,5%) e 2 a 4 anos (16,9%). Vale destacar que a Paraíba apresentou dados acima da média nacional em todas as faixas etárias avaliadas: Excesso de peso (< 2 anos: 21,5% Paraíba x 18,9% Brasil; 2-4 anos: 16,9% x 14,3%; 4-9 anos: 33,7% x 29,3%); Obesidade

(< 2 anos: 8,9% Paraíba x 7,9% Brasil; 2-4 anos: 8,0% x 6,5%; 4-9 anos: 16,5% x 8,4%). Foram avaliadas, nacionalmente, 1.527.579 crianças (menores de 2 anos), 3.489.438 crianças (2-4 anos) e 4.181.800 crianças (4-9 anos).

Gráfico 2 - Dados sobre o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) no Paraíba.



Fonte: Atlas da obesidade infantil no Brasil, 2019.

2.2. Principais causas e fatores determinantes

A obesidade tem etiologia multicausal e envolve vários fatores, entre eles, genéticos, fisiológicos, individuais/comportamentais, ambientais e psicológicos. Esses fatores estão associados a múltiplos contextos: familiar, comunitário, escolar e sociopolítico.

Fig. 1. Principais causas da obesidade infantil.



Fonte: PROTEJA, 2019.

Alguns estudos afirmam que apenas 2 a 5% dos casos de obesidade têm origem endógena (síndromes genéticas e problemas endócrinos); comprovando, de fato, o baixo envolvimento desses fatores na ocorrência da obesidade. Então, de acordo com os dados epidemiológicos colocados anteriormente, o aumento dos índices de sobrepeso e de obesidade deve-se a mudanças ambientais, já que não houve alterações substanciais nas características genéticas da população (alterações genéticas não ocorrem em períodos de tempo relativamente curtos) (PROTEJA, 2019). Essa observação abre a possibilidade de uma exploração dos fatores etiológicos exógenos, os quais, são passíveis de modificações.

Várias pesquisas tendem a afirmar que os fatores comportamentais assim como os fatores ambientais permanecem como os principais responsáveis pelo aumento da obesidade nas últimas duas décadas (WHO, 2019).

O ambiente conhecido como “obesogênico”, aquele que promove adoção de hábitos alimentares não saudáveis e de comportamentos, cada vez mais, sedentários, vem ganhando espaço na sociedade brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A população infantil sofre bastante influência desses fatores. A Fiocruz alerta sobre hábitos nocivos à saúde dessa população, e diz que as crianças estão consumindo, cada vez mais, alimentos altamente calóricos e pobres em vitaminas e minerais e estão mais sedentárias, devido ao aumento de tempo na televisão, smartphones, notebooks, computadores e videogames (FIOCRUZ, 2020). Deal (2020) reforça também essa afirmação, apontando como destaques associados à obesidade infantil: a ausência ou curta duração de aleitamento materno, a ingestão de alimentos ultraprocessados e a inatividade física.

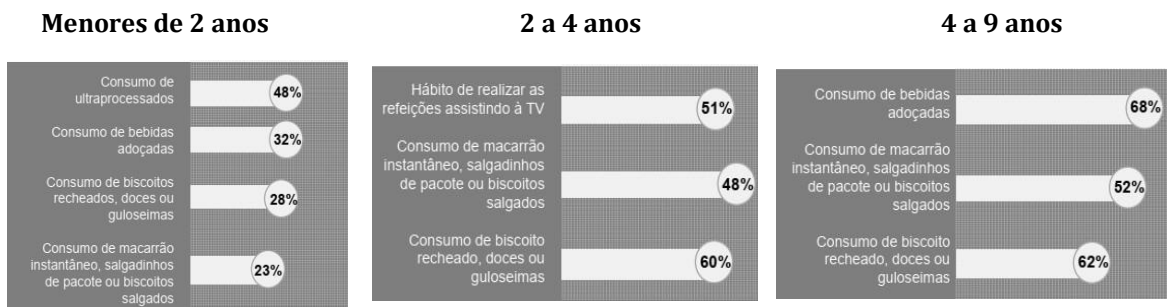
É correto afirmar que em crianças pequenas, recém-nascidos até seis meses de vida, existem estudos comprovando os benefícios do aleitamento materno, principalmente exclusivo, na prevenção contra a obesidade. O aleitamento materno exclusivo, nos primeiros seis meses de vida, é extremamente importante para o desenvolvimento saudável e para a prevenção de doenças infecciosas em crianças, reduzindo a morbimortalidade. Ressalta-se que a amamentação continuada até os 2 anos de vida ou mais é benéfico para criança. Esses benefícios caracterizam o aleitamento materno como um importante fator protetor contra o risco de sobrepeso e obesidade na infância e na vida adulta. Importante lembrar que mamar ao seio da mãe é um aprendizado de saciedade, que a mamadeira não permite. Desta forma, a mamadeira tem um efeito nocivo de desaprender os limites saudáveis e necessários de ingestão. (CONTARATO et al.,2016).

Em relação à alimentação, sabe-se que na infância, além da criança exercer pouco controle sobre a disponibilidade domiciliar de alimentos, ela pode sofrer influência do hábito alimentar dos pais e familiares (ENANI, 2019). Os hábitos alimentares estão diretamente associados à ocorrência da obesidade na população em geral, em criança em particular; isto é, não somente quanto ao volume da ingestão alimentar, como também à composição e qualidade da dieta. Os alimentos considerados saudáveis como, por exemplo, as frutas, legumes, hortaliças e leite vêm perdendo espaço para alimentos pouco nutritivos tais como guloseimas (bolachas recheadas, salgadinhos, doces) e refrigerantes. Alguns autores apontam também o descontrole em relação aos horários de refeições, por exemplo, a omissão do café da manhã, como fator de risco para obesidade infantil (ABESO, 2019).

Mariz et al. (2015) afirmam que tem uma associação direta entre o aumento do sobrepeso/obesidade infantil e os fatores socioeconômicos e culturais de suas famílias; os autores acreditam que, muitas vezes, as famílias optam por uma alimentação mais rápida e econômica, porém, com um alto teor de gordura. Argumentos apoiados por Veja et al. (2015) que, além disso, afirmam que esse consumo descontrolado de bebidas com alta carga glicêmica, como sucos artificiais e refrigerantes, e de alimentos artificiais, com frequência, cada vez maior, na população infantil, com a contribuição das publicidades, tem sido um dos contribuintes no ganho de peso e no aparecimento de marcadores inflamatórios.

O Ministério da Saúde acredita que os hábitos alimentares das famílias, o apelo midiático, através de propagandas, para o consumo de determinados produtos, as tendências alimentares do grupo social da criança, dentre outros fatores são determinantes para ocorrência da obesidade (MS, 2022).

Gráfico 3 - Marcadores de consumo alimentar na população infantil.



Fonte: Ministério da Saúde (2019).

Em relação à atividade física, apesar de opiniões diferentes sobre seu papel na prevenção contra o sobrepeso/obesidade infantil, independentemente do tipo, ela tem se mostrado capaz de promover adaptações fisiológicas positivas sobre a obesidade infantil, principalmente por atuar na restauração da homeostase celular e sistema cardiovascular, na melhoria da composição corporal e também aumento da ativação metabólica (SBEM, 2019).

Vários estudos que comprovam os efeitos positivos da atividade física para a saúde das pessoas, por ela atuar na melhoria da aptidão cardiorrespiratória, da composição corporal e do bem-estar psicossocial. Nesse sentido, o exercício físico se configura como importante ferramenta na prevenção e no tratamento da obesidade por desenvolver qualidades físicas capazes de modificar positivamente a composição corporal e a atividade metabólica e de atenuar as comorbidades associadas ao excesso de peso (PAES et Al., 2015).

2.3. Repercussões do sobrepeso e da obesidade em crianças.

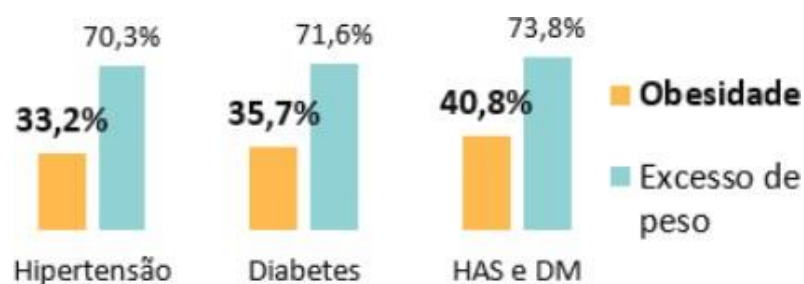
A obesidade na infância é mais preocupante pela gravidade de várias patologias que podem prejudicar o crescimento saudável da criança. Estudos científicos afirmam que a obesidade infantil aumenta a chance de morte prematura, de manutenção da obesidade e incapacidade na vida adulta (ABESO, 2019).

As crianças obesas têm mais chance de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, diabetes, apneia de sono, transtorno de ansiedade e depressão, asma brônquica e problemas osteoarticulares, complicações cardiovasculares, ortopédicos e hepáticos (esteatose hepática). Em meninas, pode acontecer um amadurecimento físico precoce, ocasionando uma puberdade antecipada e ciclos menstruais irregulares (PROTEJA, 2019).

Ressalta-se que todas as alterações causadas pela obesidade em crianças podem levar a uma queda da capacidade física destes pacientes, assim como a um declínio em seus rendimentos escolares, pois, estes fatores fazem com que essa criança sofra com comportamentos discriminatórios por parte dos colegas de colégio, levando a casos de bullying (ECODEBATE, 2017).

A pesquisa Vigitel-Brasil, que avalia somente pessoas a partir de 18 anos, de 2019, apresentou dados importantes sobre a associação entre algumas DCNTs e a obesidade.

Gráfico 4 – Associação entre obesidade e DCNTs



Fonte: Vigitel, 2019.

Além disso, os distúrbios psicossociais, provocados pelo preconceito existente em relação às pessoas obesas, são de grande relevância nessa fase de estruturação da personalidade. Segundo estudos, ao redor dos sete anos de idade, as crianças já podem adquirir as percepções culturais de atratividade física semelhante as dos adultos e já podem demonstrar gostar ou não de corpos obesos. Parece que a lição aprendida de que a gordura é

ruim e a magreza é boa tende a ser absorvida bem antes da adolescência (WHO, 2020). Com a pressão social sobre estereótipos e com falsa definição da beleza, enfatizando a magreza ou a eutrofia como padrões de beleza aceitos na sociedade, muitas crianças relatam insatisfação com o seu corpo e preocupação com o peso, engajando-se, desesperadamente, em condutas para perder peso como comer menos e fazer mais exercícios. Esse fato é bastante preocupante pelas consequências futuras que podem ocorrer na vida dessas crianças. Uma criança insatisfeita com seu próprio corpo pode desenvolver distúrbios da imagem corporal, que é um fator de risco para o desenvolvimento posterior de transtornos de comportamento alimentar como anorexia, bulimia e comer compulsivo (ECODEBATE, 2017).

Quadro 1 - Principais consequências da obesidade em crianças e adolescentes

Psicológicas	TDAH, isolamento social, Bullying, baixa autoestima, autoimagem negativa, transtornos alimentares, etc.
Neurológicas	Disfunção cognitiva, desempenho escolar reduzido, pseudotumor cerebral, etc.
Pulmonares	Asma, apneia obstrutiva do sono, etc.
Renais	Doença renal crônica, urolitíase, etc.
Reprodutivas	Síndrome do ovário policístico, infertilidade, etc.
Endócrinas	Pubarca precoce, resistência à insulina, DM2, ginecomastia.
Neoplasias	Meningioma, tireóide, mama (pós-menopausa, esôfago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, rim, útero, ovários, etc.

Fonte: Brasil, 2022.

3. Diagnóstico do sobrepeso e da obesidade na população infantil.

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, as medidas do perímetro cefálico (até dois anos) e as curvas de crescimento e de ganho de peso, todos, disponíveis nas cadernetas da criança e do adolescente, são instrumentos importantes e devem ser utilizados para a classificação do estado nutricional e do acompanhamento da evolução tanto do peso como da altura e o IMC-para-idade (MS, 2022).

De acordo com ABESO (2019), considerando o Índice de Massa Corporal (IMC), cálculo que mede o peso relativo ao quadrado da altura, medida padrão usada para definir o peso

de uma pessoa de acordo com sua altura; um indivíduo tem sobrepeso quando seu IMC está entre 25 e 29,9 e um adulto com um IMC de 30 ou mais é considerado obeso. Na população infantil, a Organização Mundial da Saúde preconiza os seguintes pontos de corte:

a. Crianças até 5 anos

Sobrepeso: $> \text{escore-z} + 2$ e $\leq \text{escore-z} + 3$

Obesidade: $> \text{escore-z} + 3$

b. Crianças de 5 a 10 anos

Sobrepeso: $> \text{escore-z} + 1$ e $\leq \text{escore-z} + 2$

Obesidade: $> \text{escore-z} + 2$ e $\leq \text{escore-z} + 3$; obesidade grave $> \text{escore-z} + 3$

Quadro 2 – Classificação do estado nutricional de acordo com o IMC por idade (escore-z e percentil).

Escore	Percentil	Classificação do estado nutricional	
		0-5 anos incompletos	5-20 anos incompletos
$> +1$ e $\leq +2$	$> \text{Percentil } 85$ e $\leq \text{Percentil } 97$	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
$> +2$ e $\leq +3$	$> \text{Percentil } 97$ e $\leq \text{Percentil } 99,9$	Sobrepeso	Obesidade
$> +3$	$> \text{Percentil } 99,9$	Obesidade	Obesidade grave

Fonte: caderneta Criança e Adolescente

4. O papel da APS no combate ao sobrepeso/obesidade infantil

4.1. Atenção Primária à Saúde

A atenção à saúde das pessoas com obesidade na Atenção Primária permanece ainda um desafio importante. De fato, é preciso, além da participação de todas as categorias profissionais das equipes de saúde, o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade, para chegar a resultados consistentes.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), maior política de inclusão social do Brasil, a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como o primeiro nível de atenção em saúde para a população, conforme a constituição federal que estabeleceu o direito universal à saúde como dever do Estado; ela se caracteriza por um

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2019).

A Atenção Básica tem como um dos seus pilares a Estratégia Saúde da Família (ESF); esta teve seu início por volta de 1999, com a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dos programas mais antigos da APS. Três anos depois, foram constituídas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), programa importantíssimo no processo Saúde-Doença e que pode ser considerado, atualmente, como responsável pela cobertura de mais de 50% da população brasileira. Entre os objetivos do PSF, encontra-se a busca de melhorias na saúde e na qualidade de vida dos cidadãos, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua. Vale ressaltar que as ESF tem envolvimento direto nos programas e nas estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que são, por sua vez, monitorados por meio do Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)(BRASIL, 2020).

De acordo com Claunara Schilling (2018), os países que usam sistemas de saúde universais, como o Brasil, e que têm a APS como porta de entrada para o sistema, têm resultados mais positivos e mais equânimes. Afirmação essa que reforça ainda mais o papel importante desempenhado pela Atenção Básica. Existem estudos que justificam a importância da ESF e que a expansão desta contribuiu de forma significativa para a redução de várias causas de mortalidade e morbidade no Brasil, principalmente a mortalidade infantil. A ESF, assim como o PSF, tem trabalhado muito na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na disponibilização de meios mais simples de acesso, na realização contínua do pré-natal, da vacinação, no incentivo ao aleitamento materno exclusivo, na melhoria das condições nutricionais e ambientais, no combate ao sobrepeso e obesidade na ampliação de políticas sociais (BRASIL, 2020).

Figura 2- Imagem ilustrativa da ampliação do acesso humanizado aos serviços de saúde



Fonte: Ministério da Saúde: 2021.

Sabe-se que a APS é o primeiro ponto de acesso a serviços de saúde, ela é responsável pela resposta à maior parte dos problemas de saúde das pessoas, desempenha um papel importante no processo Saúde-Doença, desde a prevenção até a reabilitação. Esse fato exige que as equipes de saúde se organizem sempre de forma a priorizar ações para indivíduos com agravos crônicos com base em estratificação de risco, estabilização da condição e potencialização do autocuidado apoiado, com foco em alimentação e atividade física, no caso da obesidade (BRASIL, 2020).

4.2. APS e os cuidados à criança com excesso de peso

No combate ao S/O infantil, a APS tem seu papel definido desde a puericultura, onde as ESF incentivam as mães a priorizar sempre o aleitamento materno exclusivo, pelo menos, até os seis meses de idade, até o acompanhamento clínico periódico para medição de estatura e peso. Essas ações se desenvolvem através de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. Ações essas que fortalecem os princípios da APS em um Sistema Universal de Saúde, como são o SUS: universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2022).

No seu planejamento, principalmente voltado ao combate contra a obesidade infantil, a APS deve incluir ações de: Vigilância alimentar e nutricional, Promoção da alimentação adequada e saudável e Manejo dietético da obesidade. As ações de alimentação e nutrição devem estar alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A implementação de programas de educação nutricional e a consequente criação de um ambiente favorável à saúde e à promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis constituem-se

em importantes estratégias para enfrentar problemas alimentares e nutricionais como obesidade e doenças crônicas não transmissíveis associadas (ENANI, 2019).

Figura 3 - Principais estratégias para prevenção e atenção à obesidade infantil na APS



Fonte: PROTEJA, 2022.

O Ministério da Saúde orienta como primeiro passo o mapeamento dos recursos de cada unidade de saúde para dar resposta à demanda dos cuidados à obesidade infantil. Nessa linha de raciocínio, ele propõe que sejam avaliados os pontos principais, respondendo às seguintes perguntas:

Quadro 3 - Questões para organização do cuidado de crianças com excesso de peso

Principais pontos a serem avaliados
Além do diagnóstico individual, a unidade analisa o diagnóstico coletivo de vigilância alimentar e nutricional?
Existe mapeamento do ambiente alimentar da comunidade? O diagnóstico coletivo do estado nutricional e o mapeamento do ambiente alimentar são discutidos com a equipe? E com a comunidade?
Que atividades a unidade já oferece para crianças e adolescentes e se há grupo operativos para essa faixa etária? Se sim, que temáticas abordam? Há no território ou na Rede de Atenção à Saúde um serviço especializado que possa dar suporte aos casos mais graves?
Além da equipe de Atenção Primária, há suporte de equipe multiprofissional ou outros profissionais para ampliar as possibilidades de cuidado?
A Unidade tem a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil implementada e ações conjuntas com as escolas como o Programa Saúde na Escola?
A equipe de saúde sabe quantas crianças e adolescentes com obesidade existem no território?
Qual microárea concentra a maior parte dessas crianças e adolescentes? Como é o ambiente alimentar no território?
Que tipo de alimentação tem sido oferecida pela escola?
A equipe de saúde conta com profissional de educação física?

Que atividades são oferecidas pela equipe de saúde ou pela Secretaria de Esportes no território? Onde as atividades acontecem? Em que horários? Que opções podem ser oferecidas para as famílias, dentro desse contexto?

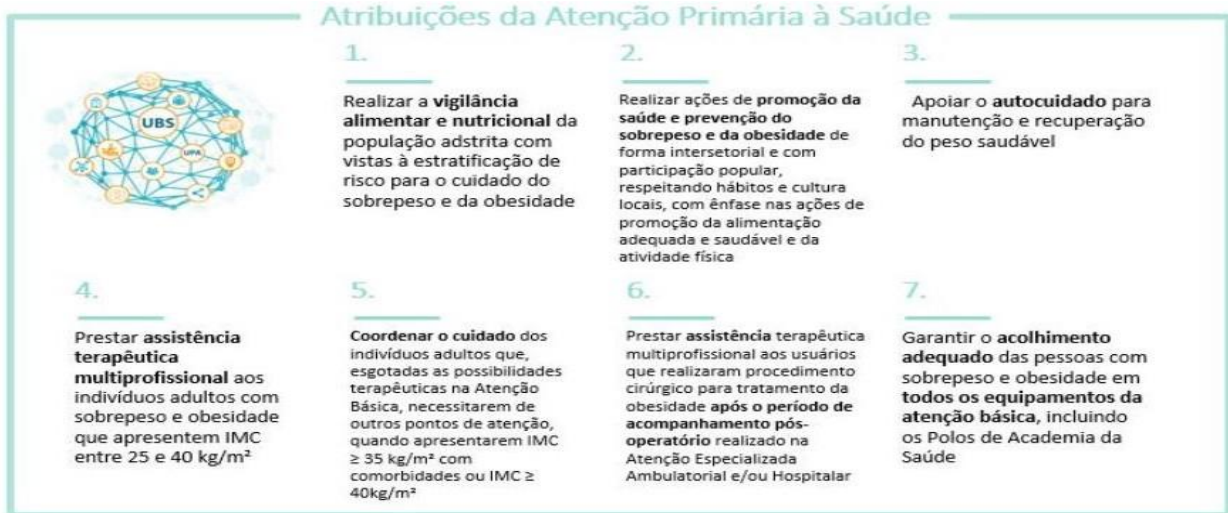
Fonte: Ministério da Saúde, 2022, adaptado feita pelo autor.

Nesse mesmo contexto, devemos enfatizar a importância de ter uma equipe multiprofissional capacitada para acolher e atender a população infantil da APS, pois, uma boa abordagem inicial permite um rastreamento adequado da situação nutricional desta população. O Ministério da Saúde traz, nesse sentido, alguns questionamentos para melhor avaliar a atuação da equipe (MS, 2022):

- Como a equipe de saúde reconhece e faz a abordagem inicial dos indivíduos que estão com sobrepeso e obesidade (crianças, adolescentes e adultos)?
- Como a avaliação contínua do estado nutricional pode resultar no cuidado precoce e oportuno para evitar o ganho de peso excessivo?
- A equipe inclui no seu processo de trabalho o cuidado voltado às crianças e adolescentes identificadas com sobrepeso e obesidade?
- As Cadernetas de Saúde estão disponíveis para os usuários e são utilizadas no acompanhamento das condições de saúde, nutrição, crescimento e desenvolvimento?
- Os profissionais sabem usar as curvas de crescimento e desenvolvimento e prever o surgimento ou agravamento de situações como o excesso de peso?

Ainda no âmbito da APS, o Programa Saúde na Escola através do Programa Criança Saudável tem se mostrado um instrumento importante para chegar até as crianças, nas escolas, para discutir temas relativos à obesidade assim como estimular hábitos saudáveis, pois, no que diz respeito à prevenção da obesidade infantil, o que deve ser definido na estratégia é a efetivação de hábitos alimentares e de vida saudáveis, de modo que a criança entenda a importância de uma alimentação balanceada, dentro de horários estabelecidos, do desenvolvimento de atividades físicas, do consumo de alimentos saudáveis, pois só assim a prevenção da obesidade pode ser efetiva (MS, 2022).

Figura 4 – Atribuições da Atenção Primária à Saúde.

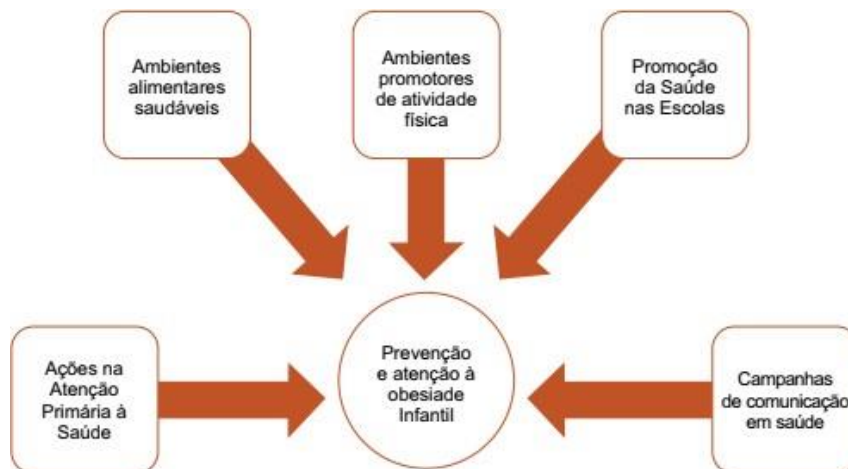


Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

4.3. Recursos e financiamento das atividades contra a obesidade na APS

A prevenção, no âmbito da saúde coletiva, é considerada como um dos pilares no combate a várias patologias ou transtornos, porém, em relação à obesidade, estudos trazem dados significativos que consideram ainda a oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade como um dos maiores desafios de saúde para o Brasil e diferentes países (ENANI, 2019). Importante relembrar que para o cuidado da obesidade o primeiro ponto a se destacar é a prevenção.

Figura 5. Estratégias de prevenção da obesidade infantil



Fonte: PROTEJA, 2022.

O governo federal, há algumas décadas, investe em várias ações, programas e políticas para combater a obesidade e seus agravos, mobilizando recursos e verbas para esta finalidade. Alguns recursos estão diretamente direcionados para as atividades voltadas à prevenção e ao

combate da obesidade infantil; outros, mesmo sendo recursos para cobrir várias atividades da APS, destinam ainda uma parcela para atividades relacionadas à obesidade (BRASIL, 2020). Entre esses recursos, podemos citar:

Piso da Atenção Básica - PAB é um valor per capita que, juntamente com os repasses estaduais e aos recursos próprios dos municípios, serve para financiar as ações da APS. Uma parte do PAB é destinada às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais. Em relação aos transtornos alimentares, o repasse financeiro destina-se ao desenvolvimento de ações de nutrição e alimentação voltadas a grupos populacionais determinados, dando prioridade ao grupo materno-infantil, visando combater a desnutrição e proteger o estado nutricional (Portaria GM/MS nº 1882, de 18/12/97).

Fundo Nacional de Alimentação e Nutrição – Fundo oriundo da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que é uma das políticas do governo federal, aprovada no ano de 1999.

Outros repasses: Piso de vigilância e promoção em saúde, melhoria do acesso e qualidade da atenção básica/primária em Saúde (PMAQ), Repasse apoio para a estruturação da VAN, Repasse Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Repasse para Academia na Saúde, Repasse Crescer saudável via Programa Saúde na escola (PSE).

É válido reforçar que, no Brasil, existem marcos importantes, normas e diretrizes, relacionadas ao cuidado às pessoas com excesso de peso e obesidade. Podemos citar alguns deles:

Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): Configura-se como um importante instrumento para o fortalecimento da oferta de cuidados próprios da APS, valorizando a atuação multiprofissional.

Dentre os serviços diretamente relacionados ao sobrepeso e à obesidade infantil, existem:

- Aconselhamento para introdução da alimentação complementar na criança, de acordo com as diretrizes vigentes;
- Estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e saudável,

práticas corporais e atividades físicas, controle do álcool, tabaco e outras drogas, entre outros;

- Promoção de alimentação e hábitos saudáveis na criança e no adolescente;

- Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais e manejo de problemas relacionados à lactação;

- Manejo e acompanhamento da pessoa com condições endocrinológicas mais prevalentes: hipotireoidismo, hipertireoidismo, nódulos de tireoide, obesidade e dislipidemia;

- Prevenção, identificação, tratamento e acompanhamento de situações relacionadas a distúrbios nutricionais na criança e no adolescente (baixo peso, desnutrição, sobrepeso e obesidade)

(BRASIL, 2020).

Portaria de Consolidação nº 3, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas: Especificamente no capítulo II (*Das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas*), trata das 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. A portaria define as atribuições dos componentes da RAS, inclusive da APS, sobre o cuidado às pessoas com obesidade, especialmente aquelas com IMC maior ou igual a 40kg/m² (20). Para estados e municípios, essas recomendações são, de fato, imprescindíveis para uma boa organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade na RAS (BRASIL, 2019).

O governo federal sempre preconizou ações importantes de combate à obesidade infantil assim como sempre disponibilizou recursos necessários para que metas sejam atingidas. Recentemente, ele fez lançamento de várias ações para deter o avanço da obesidade infantil no País. Os atos foram firmados na cerimônia anual de lançamento da campanha sobre a obesidade infantil, com o tema: “Vamos prevenir a obesidade infantil: 1,2,3 e já!”. Na ocasião, foi criada, também, a *Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA)*, que busca articular as iniciativas nos estados, no Distrito Federal e nos municípios. Proteja foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021 é uma iniciativa brasileira voltada para a prevenção e atenção à obesidade infantil e suas consequências, utilizando intervenções efetivas e de alto impacto, baseadas em evidências (PROTEJA, 2021).

Durante a mesma cerimônia, o Ministério da Saúde definiu repasse de três parcelas de R\$ 31,9 milhões por ano, durante três anos, para cidades de até 30 mil habitantes e que apresentaram prevalência de obesidade, entre crianças menores de 10 anos, superior a 15% em 2019. Essa proposta tem como objetivo estimular as cidades a desenvolverem ações que

contribuam para promoção de ambientes mais saudáveis para as crianças e suas famílias (BRASIL, 2021).

Importante ressaltar que o governo lançou também, dia 29 de outubro de 2020, a Portaria nº 2994, em caráter excepcional e temporário, destinando um incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no âmbito da APS, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus. O objetivo da portaria é fortalecer a atenção precoce às pessoas portadores de DCNTS como obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica na APS, organizando a assistência baseada em protocolos e em linhas de cuidado, buscando a redução de complicações associadas à covid-19, incluindo ações de promoção da saúde e de prevenção (BRASIL, 2020).

5. Políticas e Programas de Saúde Pública no combate ao S/O

O Governo Brasileiro, através do Ministério da Saúde, sempre esteve presente no nível nacional e internacional, assumindo suas responsabilidades para deter o avanço da obesidade infantil. Nacionalmente, podemos citar o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) que tem como um dos objetivos: “Reduzir prevalência de obesidade em crianças e adolescentes” e “Deter o crescimento da obesidade em adultos”; a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade; a publicação do *Guia Alimentar para a População Brasileira* e do *Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos*; a publicação do *Guia de Atividade Física para a População Brasileira*; e a previsão de objetivo no Plano Nacional de Saúde de reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle (HENRIQUES et al., 2018).

Desde o início da década de 1990, o Ministério da Saúde declarou a obesidade como tema prioritário no planejamento da APS, tornando a mesma como objeto de políticas públicas no SUS. De fato, em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) estabeleceu diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS. Essas Diretrizes foram revisadas em 2012, com a inclusão de mais estratégias para o combate à obesidade. Com isso, a obesidade passou a fazer parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Além do PNAN, o Ministério da Saúde do Brasil criou, em 2006, o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com objetivo de organizar as ações de diferentes ministérios desde a produção até o consumo de alimentos. A SISAN tem como integrantes o

Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), as Conferências Nacionais e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Vale ressaltar que a CAISAN foi determinante na formulação do plano intersetorial de combate à obesidade, que subsidiou uma estratégia intersetorial que sistematiza recomendações para estados e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

No Mercosul, o governo brasileiro é um dos países que assinaram o Acordo nº 3/2015, que tem como objetivo impulsionar e estabelecer políticas e medidas protetivas para prevenção e controle da obesidade, fortalecendo articulações intersetoriais, promoção de hábitos alimentares saudáveis e cuidado integral à saúde. No nível internacional, o Brasil, assumiu o compromisso, junto com outros estados americanos, no âmbito da OMS, de implantar o Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, que entre outras medidas, requer a implantação de medidas protetivas, a melhora da alimentação escolar e dos ambientes de atividade física e a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável (BRASIL, 2021).

Em 2015, foi lançada, para o período de 2016 a 2025, a *Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição*, iniciativa da OMS junto com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO). Essas resoluções incluem ações importantes contra o sobrepeso e obesidade. Para a própria OMS, a obesidade é considerada como uma epidemia mundial tendo o perfil alimentar e de atividade física como fatores determinantes. Segundo a OMS a prevalência da obesidade vem aumentando devido a diversos processos biopsicossociais, em que o “ambiente” (político, econômico, social, cultural), e não apenas o indivíduo e suas escolhas, tem um envolvimento estratégico na análise do problema e nas propostas de intervenções. De fato, uma grande parte desses desafios consiste em entender como esses múltiplos fatores interagem (OMS, 2015).

Para cumprir o objetivo de diminuir a prevalência da obesidade, o Ministério de Saúde traçou alguns eixos principais que são: a vigilância alimentar e nutricional; o diagnóstico precoce e o cuidado adequado às crianças; a promoção da saúde nas escolas para torná-las espaços que promovam o consumo de alimentos saudáveis e para que elas incentivem a prática de exercícios; educação, comunicação e informação para promover a alimentação adequada e saudável e a prática de atividade física para toda a população brasileira; formação e educação permanente dos profissionais envolvidos no cuidado às crianças; articulações intersetoriais e de caráter comunitário que promovam ambientes saudáveis (BRASIL, 2021).

De acordo com Henriques et al (2018) o governo federal sempre desempenhou um papel importante no combate à obesidade, promovendo ações e políticas de saúde pública como: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), que faz parte das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (PNPS), de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB); a Estratégia Alimentar e Alimenta Brasil e o Programa Saúde na Escola (PSE).

Para redução e manejo da obesidade, varias ações são preconizadas no contexto da Estratégia, tais como:

- **Programa Saúde na Escola (PSE);**
- Programa Academia da Saúde;
- Renovação de Acordo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a Federação Nacional das Escolas Particulares (FENEP) para promoção da alimentação saudável nas escolas, com enfoque nas cantinas;
- Discussão sobre a redução de açúcar em alimentos processados, prevendo pactuação das primeiras metas em 2015;
- Renovação de acordo com Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação – ABIA para redução e eliminação de gordura trans;
- Ações de promoção da alimentação adequada e saudável para crianças, por meio da divulgação e utilização do Guia Alimentar para População Brasileira, do Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos e dos Alimentos Regionais Brasileiros;
- Discussão da regulação da publicidade, práticas de marketing e comercialização de alimentos, especialmente voltado para o público infantil;
- Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para monitoramento de práticas alimentares e estado nutricional da população;
- Discussão junto ao Ministério do Trabalho para atualização das Portarias que regulamentam o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) (BRASIL, 2019).

Vale destacar que é competência do SUS realizar a vigilância alimentar e nutricional, realizar ações de promoção da saúde, como promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física, garantir atenção integral à saúde dos indivíduos com sobrepeso e obesidade e atuar no controle e regulação da qualidade dos alimentos (BRASIL, 2021).

5.1. Política Nacional de Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) é uma das políticas do governo federal, aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro, através de um conjunto de políticas públicas com proposta de respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. O objetivo da PNAN é a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, promovendo práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A PNAN, além de ser uma referência política e normativa para a realização dos direitos à alimentação e à saúde, é considerada como uma estratégia que articula dois sistemas: o Sistema Único de Saúde, seu lócus institucional, e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), espaço de articulação e coordenação intersetorial. Existem outras Políticas da saúde que compartilham os mesmos princípios e as mesmas diretrizes que a PNAN no estabelecimento da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional, como, por exemplo, a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção à Saúde são orientadas nesse sentido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

5.2.1. Programa Saúde na Escola

Estudos mostram que a promoção de práticas alimentares e hábitos saudáveis no ambiente escolar tem tido resultados positivos no combate ao sobrepeso/obesidade, uma vez que tais hábitos devem ser solidificados desde a infância.

Com esse objetivo, o governo federal lançou o Programa Saúde na Escola (PSE) que garante um acompanhamento multiprofissional da saúde tanto da criança e do adolescente no ambiente escolar. O PSE foi criado em 2007 pelo Ministério da Saúde junto com o Ministério da Educação, através do Decreto Presidencial n.º 6.286 (BRASIL, 2021), atualmente regulamentado pela Portaria Interministerial n.º 1.055 de 25 de abril de 2017.

O PSE orienta a realização de 12 principais ações no âmbito escolar: Saúde Ambiental; Promoção da atividade física; Alimentação saudável e prevenção da obesidade; Promoção da cultura de paz e direitos humanos; Prevenção das violências e dos acidentes; Prevenção de doenças negligenciadas; Verificação da situação vacinal; Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST; Prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas; Saúde bucal; Saúde

auditiva; e Saúde ocular. A Prevenção à Covid-19 nas escolas foi acrescentada desde 2020 (MS, 2021).

Em relação à obesidade infantil, o PSE recomenda que as ações de prevenção, controle e tratamento levem em consideração os seguintes eixos e desafios: *Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, Promoção da prática de Atividade Física, Mudança de comportamento, Ações intersetoriais, Ampliação do diagnóstico e Tratamento da obesidade infantil* (BRASIL, 2019).

Os municípios recebem, anualmente, do Ministério da Saúde um incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, repassado diretamente aos fundos municipais de saúde, em parcela única. No primeiro ano do ciclo, o repasse dos valores, referente à adesão, foi feito de acordo com número de estudantes pactuado na adesão. Do segundo ano do ciclo para frente, os valores são repassados levando em consideração o cumprimento de metas do monitoramento. Ressalta-se que os repasses são exclusivos para ações no âmbito do PSE, e sua utilização deve acontecer a partir do planejamento colegiado nos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTIs) (BRASIL, 2021).

O monitoramento é realizado através do acompanhamento da rotina do PSE e dos dados inseridos no SISVAN, isto é, através dos sistemas de informação já disponíveis no Ministério da Saúde e que têm sido utilizados pelos municípios: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e-SUS AB e formulário FormSUS para identificação de ações intersetoriais complementares. Os seguintes são indicadores: 1. Cobertura de acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de 10 anos (Sisvan); 2. Cobertura de acompanhamento de marcadores do consumo alimentar (Sisvan); 3. Percentual de ações de promoção da alimentação adequada e saudável desenvolvida nas escolas pactuadas no PSE (e-SUS AB – Ficha de atividade coletiva); 4. Percentual de ações de promoção de práticas corporais/ atividade física desenvolvida nas escolas pactuadas no PSE (e-SUS AB – Ficha de atividade coletiva) (MS, 2019).

O Ministério da Saúde considera o Programa Saúde na Escola e o Programa Crescer Saudável como umas das ferramentas importantes para rastreamento de sobrepeso e obesidade infantil; além de contar com esses programas para estabelecer estratégias indispensáveis na prevenção, no combate e no controle da obesidade infantil (MS, 2021).

5.2.2. Programa Crescer Saudável - PCS

O PCS foi instituído em 5 de dezembro de 2007 pelo Decreto nº 6.286, e atualmente regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017; envolve um conjunto de ações desenvolvidas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), visa a promoção da saúde, prevenção e cuidado das crianças com obesidade matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

O programa trabalha com alguns eixos prioritários: promoção da alimentação adequada e saudável, ações para o cuidado da criança com obesidade, vigilância alimentar e nutricional, promoção da prática de atividade física. O Departamento de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, supervisiona as atividades de prevenção e atenção à obesidade infantil realizado pelo PCS. Antes de cada ciclo, são traçadas metas a serem atingidas anualmente, ações e atividades a serem executadas e, através de indicadores e relatórios de plataformas específicos, são definidos os repasses para cada município (MS, 2021).

Quadro 4 - Ações, Metas e Indicadores do Programa Crescer Saudável 2021/2022

Ação	Meta	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte
1. Avaliar o estado nutricional das crianças menores de 10 anos matriculadas em escolas participantes do PSE	1. Estado nutricional avaliado de todas as crianças menores de 10 anos matriculadas em escolas participantes do PSE no ciclo 2021/2022	1. Percentual de crianças menores de 10 anos matriculadas em escolas participantes do PSE com estado nutricional avaliado	1. nº de crianças menores de 10 anos com estado nutricional avaliado no ano corrente no Sisvan* / nº de crianças menores de 10 anos matriculadas nas escolas do PSE*100	Numerador: Sisvan Denominador: Censo escolar (INEP)
2. Avaliar os marcadores de consumo alimentar das crianças menores de 10 anos matriculadas em escolas participantes do PSE	2. Marcadores de consumo alimentar avaliados de no mínimo 10% das crianças menores de 10 anos matriculadas em escolas participantes do PSE no ciclo 2021/2022	2. Percentual de crianças menores de 10 anos com avaliação de marcadores de consumo alimentar nas escolas participantes do PSE	2. nº de crianças menores de 10 anos com marcadores de consumo alimentar avaliados no ano corrente no Sisvan* / nº de crianças menores de 10 anos matriculadas nas escolas PSE*100	Numerador: Sisvan Denominador: Censo escolar (INEP)
3. Ofertar atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável para as crianças matriculadas em escolas participantes do PSE	3. Realizar no mínimo 2 atividades coletivas por ano, na temática de promoção da alimentação adequada e saudável, por escola participante do PSE no ciclo 2021/2022	3. Percentual de escolas pactuadas no PSE que realizaram no mínimo 2 atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável, no primeiro ano do ciclo	3. nº de escolas pactuadas no PSE que realizaram, no mínimo, 2 atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável / nº de escolas pactuadas no PSE*100	SISAB
4. Ofertar atividades coletivas de promoção das práticas corporais e atividades físicas para as crianças matriculadas em escolas participantes do PSE	4. Realizar no mínimo 2 atividades coletivas, por ano, de promoção das práticas corporais e atividades físicas**, por escola participante do PSE no ciclo 2021/2022	4. Percentual de escolas pactuadas no PSE que realizaram, no mínimo, 2 atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas	4. nº de escolas pactuadas no PSE que realizaram, no mínimo, 2 atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas / nº de escolas pactuadas no PSE*100	SISAB
5. Realizar atendimento individual em crianças menores de 10 anos identificadas com obesidade***	5. Realizar atendimento individual para todas as crianças menores de 10 anos identificadas com obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS)	5. Percentual de crianças menores de 10 anos com obesidade atendidas de forma individual na APS	5. Total de atendimentos individuais para crianças menores de 10 anos, com a condição avaliada obesidade realizados por profissionais de nível superior/Quantidade de crianças menores de 10 anos com diagnóstico de obesidade	Numerador: SISAB Denominador: Sisvan

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Segundo os relatórios do PCS de 2017/2018, o repasse do recurso financeiro é único e é feito de acordo com o porte populacional de cada município. Assim, os repasses do ciclo 2017/2018 ficaram da seguinte forma: município com 30.000 a 49.999 habitantes (R\$ 50.000,00); 50.000 a 99.999 habitantes (R\$ 60.000,00); 100.000 a 149.999 habitantes (R\$ 70.000,00); 150.000 a 199.999 habitantes (R\$ 80.000,00); 200.000 a 299.999 habitantes (R\$ 90.000,00); 300.000 a 399.999 habitantes (R\$ 100.000,00); 400.000 a 499.999 habitantes (R\$ 110.000,00); 500.000 a 599.999 habitantes (R\$ 120.000,00); 600.000 a 999.999 habitantes (R\$ 185.000,00); 1.000.000 a 2.499.999 habitantes (R\$ 300.000,00); acima de 2,5 milhões habitantes (R\$ 350.000,00). Foram 548 municípios contemplados nesse ciclo, somando um total de R\$ 36.150.000,00 de valores repassados (MS, 2018).

6. Objetivos

6.1. Objetivo geral

O objetivo deste estudo foi Avaliar o cuidado às crianças com obesidade na atenção primária à saúde e seus fatores associados na Paraíba.

6.2. Objetivos específicos

- Avaliar a prevalência da obesidade infantil no estado da Paraíba;
- Descrever as características dos profissionais de saúde, municípios, UBS envolvidos na pesquisa;
- Verificar a frequência e o tipo de atendimento voltado para obesidade infantil na atenção primária à saúde;
- Descrever o público infantil alvo de acordo como tipo de atendimento;
- Verificar a associação do atendimento infantil com:
 - Características dos profissionais de saúde;
 - Porte dos municípios;
 - Localização da UBS;
 - Recursos repassados para atendimento a pessoas com obesidade;
 - Equipamentos e espaço de saúde.
- Avaliar a associação da obesidade infantil com as ações comunitárias e de vigilância alimentar desenvolvidas no município;

7. Métodos

7.1. Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo transversal representativo da atenção básica do Estado da Paraíba que observou o cuidado às crianças menores de 10 anos com obesidade neste nível de cuidado, sendo parte de um estudo nacional do Ministério da Saúde intitulado de “Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)”, referente ao eixo de pesquisa e desenvolvimento “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”, pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde/CNPQ.

7.2. Local e período da pesquisa

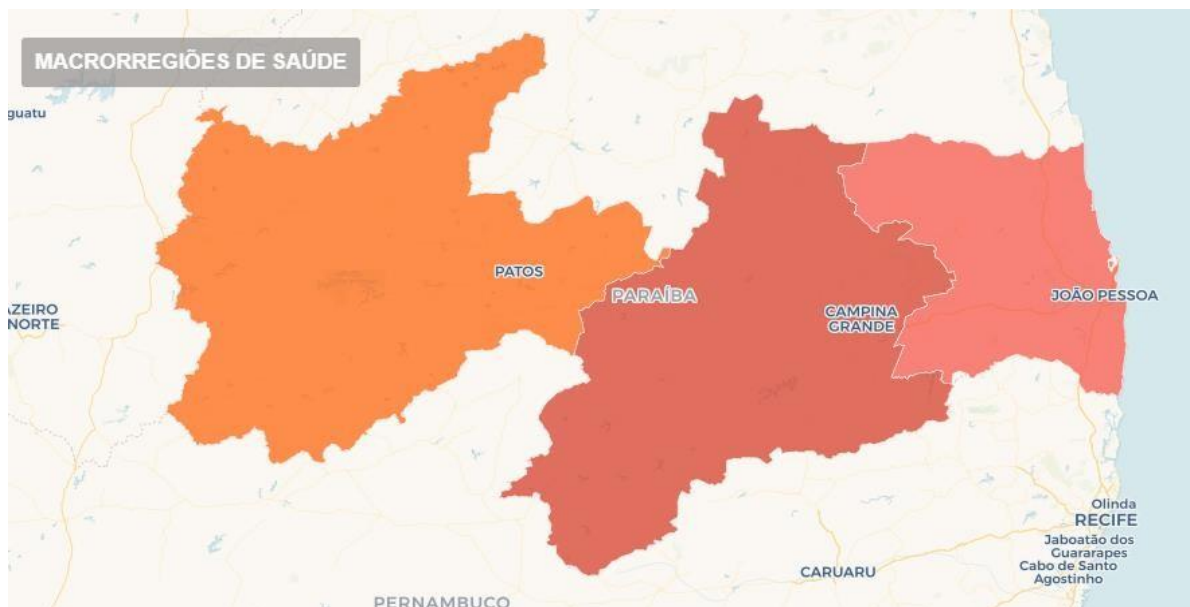
A pesquisa foi realizada no período de janeiro a setembro de 2021, nas unidades de saúde da APS, do estado da Paraíba.

7.3. Universo e unidade amostral

O estado da Paraíba é dividido em 223 municípios e apresenta uma área de 56.467,242 km². Teve uma população estimada a 4,059 milhões de habitantes em 2021. Apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,722 (2017), um PIB per capita de 16.107,51 (2018); Esperança de vida de 74,62 anos, mortalidade infantil de 12,96% (2021). A população infantil estimada a 290.101 (0-4 anos) e 314.087 (5-9 anos) em 2010. Em dezembro de 2019, a Paraíba possuía 1448 Equipes Saúde da Família (ESF) com uma cobertura da atenção básica estimada a 98.81%.

Em relação à organização em regiões de saúde, a partir da resolução n^o 43 de 25 de junho de 2018, o estado da Paraíba passou a contar com uma nova organização em termos de macrorregiões, que passaram de quatro para três (Figura 1): a 1^a macro, com sede em João Pessoa, contemplando a 1^a, 2^a, 12^a e 14^a regiões e abrangendo 1.952.127 habitantes; a 2^a macro, com sede em Campina Grande, envolvendo a 3^a, 4^a, 5^a, 15^a e 16^a regiões e 1.127.117 pessoas e, por fim, a 3^a macro, sediada em Patos (sertão) e Sousa (alto sertão), que inclui a 6^a, 7^a, 8^a, 9^a, 10^a, 11^a e 13^a regiões e atende 946.314 habitantes.

Figura 5 - Distribuição espacial do território da Paraíba segundo as macrorregiões e regiões de saúde.



Fonte: SES-PB, 2022

A Paraíba possui, ainda, 12 unidades técnico-administrativas da Secretaria de Estado da Saúde, denominadas de Gerências Regionais de Saúde, que têm a missão de assumir a responsabilidade sanitária compartilhada no território de abrangência, oferecendo apoio técnico, crítico e reflexivo aos municípios, acompanhando e planejando as ações e serviços de saúde e participando nos diversos espaços de gestão e cogestão entre os entes federados, fortalecendo o processo de regionalização no Estado.

O cálculo amostral, executado e replicado para todos os estados participantes do estudo nacional, foi desenvolvido pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal do Piauí. Para o cálculo amostral dos participantes foram consideradas as seguintes informações: o estado da Paraíba tem 1765 unidades básicas de saúde distribuídas em 223 municípios. A definição do tamanho da amostra considerou o plano de amostragem aleatória estratificada levando em consideração a margem de erro de 5%, com nível de confiança de 95% e definiu 4 estratos de acordo com o número 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.

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

Em que:

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 = Margem de erro.

Assim sendo foram sorteadas 642 UBS distribuídas pelos 4 estratos (Quadro 1).

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

As 642 UBS sorteadas ficaram organizadas entre 168 municípios (APÊNDICE A), as quais compuseram a amostra final deste estudo, de modo que contemplassem todas as regiões e macrorregiões de saúde. Ao final da coleta de dados obteve-se um "n" de 487 UBS. Sendo constatada uma perda de 24,1% (155/642). Destes, 148 foi por questionários não respondidos e 07 foram excluídos do estudo por serem unidades desativadas ou não pertencerem a APS ou serem unidades âncoras.

7.4. Critérios de elegibilidade

7.4.1 Critério de inclusão

- Unidades Básicas selecionadas pelo Ministério da Saúde para participarem da pesquisa diagnóstico situacional dos programas e ações relacionados à Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

7.4.2. Critério de exclusão

- Municípios que não apresentavam realizavam atendimento ou ação individual ou em grupo ou comunitária para pessoas com obesidade.

7.5. Variáveis do estudo

Variáveis relativas à USB e ao município

- Município de vinculação;
- Macrorregião de Saúde;
- Localização: urbana central, urbana periférica, rural, aldeia indígena.

Variáveis relativas ao profissional respondente

- Sexo: Feminino ou masculino;
- Formação básica: Assistência Social, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Educação física, outra;
- 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;

- Tempo de trabalho no cargo/função atual: medida em anos completos.

Variáveis relativas ao objetivo deste estudo

- Atendimento a pessoas com obesidade – Foi considerado qualquer tipo de atendimento (individual e/ou em grupo e/ou comunitário. Variável qualitativa nominal dicotômica);
- Atendimento a crianças (0-10 anos) com obesidade – Foi considerado qualquer tipo de atendimento (individual e/ou em grupo e/ou comunitário). Variável qualitativa nominal dicotômica;
- População alvo da ação de acordo a definição no questionário (APÊNDICE B). Familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 2 anos de idade; Crianças de 2-4 anos de idade; Crianças de 5-9 anos de idade; familiares e/ou cuidadores de crianças de 2 até 9 anos de idade; Crianças e Adolescentes, no âmbito do Programa Saúde na Escola. Variável qualitativa nominal;
- Prevalência de obesidade infantil. Dados do ano 2021 obtido através do sistema do SISVAN, que utiliza para classificação do estado nutricional das crianças os critérios da OMS;
- Recebimento recurso público. Variável qualitativa nominal;
- Equipamentos e espaços de saúde. Variável qualitativa nominal.

7.6. Procedimento de coleta dos dados

Para execução da coleta de dados foram necessárias várias articulações com instituições públicas, como a Secretaria do Estado de Saúde, Escola de Saúde Pública da Paraíba dentre outras.

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado 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. O questionário destinado aos profissionais da APS é composto por 10 blocos, sendo eles: 1ª bloco: Identificação (município, UBS, respondente), bloco D: Análise do território, bloco E: coordenação do cuidado da obesidade e longitudinalidade, bloco F: Implementação da linha do cuidado para sobrepeso e obesidade (LCSO), bloco G: Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, bloco H: Formação dos profissionais para o cuidado com as pessoas com sobrepeso e obesidade, bloco I:

Instrumentos/Ferramentas de apoio à atenção nutricional e o bloco J: Monitoramento e avaliação relacionados ao cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. Para esta pesquisa, especialmente, foram analisados os blocos A, B, C (contemplados no 1ª bloco de identificação), o bloco G, itens 53, 54, 62, 63, 68 e 70, para avaliar as ações relacionadas ao cuidado às pessoas com obesidade na APS, os itens 21 e 24 do bloco D para avaliar os equipamentos e espaços de saúde e o item 37 do bloco E para avaliar os recursos recebidos com a finalidade da atenção à obesidade.

A versão digital do questionário foi viabilizada pelos pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina através da plataforma SurveyMonkey® e sua aplicação se deu através do envio 4 de links de acordo com estrato populacional previamente definidos: município porte A (https://pt.surveymonkey.com/r/PB_Porte_A_CAPITAL); município porte B (https://pt.surveymonkey.com/r/PB_Porte_B); município porte C (https://pt.surveymonkey.com/r/PB_Porte_C); município porte D (https://pt.surveymonkey.com/r/PB_Porte_D). O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado na página inicial do questionário e sua concordância foi necessária para dar seguimento à resposta ao instrumento de coleta.

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 responsabilidade das coordenações dos estados participantes do projeto. De modo que a equipe de pesquisadores do estado da Paraíba realizou diferentes estratégias 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.

A primeira estratégia utilizada foi a articulação com as instâncias estaduais, com apresentação do projeto para Gerência da Atenção Básica do Estado da Paraíba, Grupo Condutor das Redes de Atenção à Saúde da Paraíba-RAS/PB, Câmara Técnica e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A partir desse contato, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) disponibilizou a lista de e-mails dos gestores de cada município e, após identificação dos municípios participantes, o primeiro contato com os gestores (responsável técnico ou coordenação de Alimentação e Nutrição ou AB) foi estabelecido via e-mail através da ATAN, sendo enviadas informações gerais sobre a pesquisa, bem como os Ofícios Circulares emitidos pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) referentes à mesma, e o link de acesso ao instrumento de coleta.

O primeiro contato para identificação do respondente, a saber, profissional vinculado às unidades previamente sorteadas dentre os municípios (preferencialmente nutricionista ou, na inexistência deste, profissional de nível superior que o gestor/coordenador/gerente da UBS entendesse melhor contribuir nas respostas à pesquisa- enfermeiro, médico, psicólogo, profissional de educação física, fisioterapeuta e/ou outros) foi realizado via Coordenadores de Atenção Básica. A equipe de pesquisadores estabeleceu contato com estes 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. 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.

Como o uso das estratégias supracitadas não estava obtendo uma quantidade satisfatória de questionários respondidos, principalmente pelos profissionais, buscou-se, através da Escola de Saúde Pública da Paraíba, a colaboração dos apoiadores institucionais das 12 Gerências Regionais de Saúde, que dão apoio as 16 regiões de saúde do estado da Paraíba. Para isso, foi realizada com estes representantes uma reunião para explanação da pesquisa sobre o diagnóstico situacional, e após a reunião foi criado um grupo de WhatsApp® dos pesquisadores com os apoiadores, que tinha como finalidade compartilhar

As respostas aos questionários foram enviadas quinzenalmente através de planilha organizada pela equipe da UFSC com identificação dos questionários concluídos e em aberto. Assim, quinzenalmente, a equipe da Paraíba, organizava por gerência de saúde, município e UBS, os questionários que não tinham sido preenchidos e compartilhava com os apoiadores institucionais esses dados. Além disso, o grupo da PB, usou uma estratégia de gamificação, através do compartilhamento quinzenal de um gráfico com o percentual de respostas por regiões de saúde, com intuito de aumentar o engajamento dos apoiadores institucionais.

Além dessas estratégias, a depender da necessidade ou solicitação, foram realizadas 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 a guarda do Ministério da Saúde, que encaminhou para a coordenação de cada estado que fez parte do diagnóstico nacional.

Para avaliação das ações para o cuidado na APS a indivíduos com obesidade, especificamente ao público em infantil foram utilizados os dados do Bloco G – Organização do Cuidado às pessoas com Sobrepeso e Obesidade que divide em 3 partes: atendimento individualizado, atividades em grupo e atividades comunitárias; e para verificação dos fatores associados, dados dos blocos A: Identificação dos municípios; B: Identificação da UBS/ESF na qual atua o profissional respondente; C: Identificação do respondente; Bloco D - Análise do território (itens 21 e 24) e a informação em relação a existência de equipamentos e espaços de saúde no território bem como o recebimento de recursos, Bloco E - Coordenação do cuidado da obesidade e longitudinalidade , Bloco H: Formação de profissionais para o cuidado às pessoas com sobrepeso/obesidade (APÊNDICE B).

A coleta dos dados secundários referente a prevalência de obesidade infantil nos 168 municípios, foram obtidos no SISVAN, ano 2021. Foi elaborada uma planilha com os municípios selecionados com as seguintes variáveis, nº de crianças avaliadas no ano, número de obesidade e obesidade grave, considerando as faixas etárias de 0- 4 anos e de 5-9 anos.

Os indivíduos atendidos nos serviços da Atenção Básica do SUS, a exemplo de informações de antropometria e consumo alimentar. Ele é uma das fontes de dados para estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade no Brasil, pois, possui um rico banco de dados, com informações do estado nutricional da população assistida na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). O SISVAN permite uma ampliação do conhecimento sobre a situação nutricional da população brasileira, as informações geradas por ele podem subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação da alimentação e nutrição.

7.7. Processamento e análise dos dados

As análises foram realizadas a partir do *software StatisticalPackage for the Social Sciences* - SPSS versão 22.0.

A princípio foi realizada uma análise descritiva com o objetivo de caracterizar a distribuição das informações relativas aos municípios, UBS, profissionais, prevalência de obesidade, tipo de atendimentos e ações relativas a pessoas com obesidade na APS, sendo utilizadas as frequências absoluta e relativas.

Com a finalidade de avaliar os fatores associados à presença de atendimento ou ações voltadas para crianças com obesidade, foram excluídos os casos não que referiram que na sua

UBS não realizavam atendimento a pessoas com obesidade, participando da estatística analítica um $n= 429$.

O teste de qui-quadrado e o de *t-student* foi realizado para verificar a associação da realização das ações voltadas para a obesidade infantil no âmbito da APS, sendo considerado um nível de significância de 5%.

7.8. Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementares, sendo aprovada no comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 17810619.1.0000.5187) (APÊNDICE C) como adendo do projeto de pesquisa 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”.

8. Resultados

ARTIGO

Título: CUIDADO ÀS CRIANÇAS COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS FATORES ASSOCIADOS NA PARAÍBA

Título em inglês: CARE FOR CHILDREN WITH OBESITY IN PRIMARY HEALTH CARE AND ITS ASSOCIATED FACTORS IN PARAÍBA

Autores: Herve Luna Nkumu¹, Carla Campos Muniz Medeiros¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campus Campina Grande.

Correspondência e e-mail:

Herve Luna Nkumu Ben

Endereço: Rua Manoel Justino, 450 A, Vila Cabral, Campina Grande/Paraíba,

CEP 58408-006

E-mail: sirakben@yahoo.com.br; Tel. (83) 99921-3183

Submetido no periódico Caderno de Saúde Pública, Qualis A1.

RESUMO

Objetivo: objetivou-se avaliar o cuidado às crianças com obesidade na Atenção Primária à Saúde e seus fatores associados na Paraíba. **Metodologia:** tratou-se de um estudo transversal representativo da atenção básica do Estado da Paraíba que observou o cuidado às crianças menores de 10 anos com obesidade neste nível de cuidado, sendo parte de um estudo nacional do Ministério da Saúde intitulado de “Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição”, realizada no período de janeiro a setembro de 2021. O teste de qui-quadrado e o de *t-student* foram realizados para verificar a associação entre as ações voltadas à obesidade infantil na APS e fatores associados, com margem de erro de 5%. O cálculo amostral considerou o plano de amostragem aleatória estratificada, com margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%. **Resultados:** a maioria dos participantes eram enfermeiras (65,5%), trabalham em Unidades Básicas de Saúde (75,4%), há mais de um ano (73,5%). Apenas 8% tinham capacitação sobre o manejo da obesidade, 88,1% afirmaram que realizam os cuidados aos indivíduos com obesidade, sendo as ações individuais as mais realizadas (44,9%). Em relação à população infantil, 77,4% dos profissionais afirmaram a realização dessas ações, sendo mais frequentes as comunitárias (50,2%). Não houve associação entre as ações voltadas à obesidade infantil e as características relacionadas aos profissionais participantes ($p > 0,05$). Entre os recursos recebidos, o Piso da atenção básica-PAB (86,5%) e o Fundo Nacional de Alimentação e Nutrição-FNAN (84,8%) são os mais regulares. Apenas o recebimento do PAB apresentou associação com o desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado à criança com obesidade ($p=0,003$). **Conclusões:** observou-se que existem políticas e programa de combate e controle da obesidade infantil, assim como atuação dos profissionais na APS. Os municípios recebem recursos e verbas destinadas para esta finalidade. Porém, apesar dessas ações e desses recursos, a prevalência de sobrepeso e obesidade infantil continua ainda alta na maioria dos municípios paraibanos.

Descritores: obesidade infantil, ações e fatores associados, atenção primária à saúde.

CARE FOR CHILDREN WITH OBESITY IN PRIMARY HEALTH CARE AND ITS ASSOCIATED FACTORS IN PARAÍBA

ABSTRACT

Objective: The objective was to verify the frequency and associated factors of cares for children with obesity in Primary Health Care in Paraíba. **Methodology:** This was a cross-sectional, population-based study, representative of the care for children with obesity in primary health care in the state of Paraíba, part of a national study by the Ministry of Health entitled "Situational diagnosis of programs and actions associated with National Policies of Food and Nutrition", carried out from January to September 2021. The sample calculation considered the stratified random sampling plan, with a margin of error of 5% and a confidence level of 95%. **Results:** Most participants were nurses (65.5%), working in Basic Health Units (75.4%), for over a year (73.5%). Only 8% had training on obesity management, 88.1% stated that they provide care for individuals with obesity, with individual actions being the most common (44.9%). With regard to the child population, 77.4% of the professionals stated that they carried out these actions, with community actions being more frequent (50.2%). There was no association between actions aimed at childhood obesity and the characteristics related to the participating professionals ($p > 0.05$). Among the funds received, the Basic Care Floor-PAB (86.5%) and the National Food and Nutrition Fund-FNAN (84.8%) are the most regular. Only receiving the PAB was associated with the development of actions aimed at caring for children with obesity ($p=0.003$). **Conclusions:** It was observed that there are policies and programs to combat and control childhood obesity, as well as the performance of professionals in PHC. Municipalities receive resources and funds earmarked for this purpose. However, despite these actions and resources, the prevalence of childhood overweight and obesity is still high in most municipalities in Paraíba.

Descriptors: childhood obesity, actions and associated factors, primary health care.

Introdução

Nas últimas décadas, a obesidade tornou-se um dos assuntos de saúde pública mais abordados na agenda nacional e internacional, devido às suas proporções globais e prevalência crescente. Na população infantil, a obesidade tem ainda um destaque maior, pelo fato dela apresentar repercussão, bastante negativa, na saúde dessa população particularmente. Vários programas, pelo mundo e no Brasil, foram lançados para auxiliar no combate ao sobrepeso e à obesidade infantil. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é considerada como uma epidemia mundial, tendo seus fatores de risco uma ligação direta ou indireta com o perfil alimentar e a atividade física¹.

Dados recentes sobre crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS) mostraram que, em 2020, 15,9% dos menores de 5 anos e 31,8% das crianças entre 5 e 9 anos tinham excesso de peso, e, dessas, 7,4% e 15,8% apresentavam obesidade, respectivamente². O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), por sua vez, revelou que 10% das crianças brasileiras menores de cinco anos estão com excesso de peso, 3,0% estão obesas e 18,3% estão em risco de sobrepeso³. Esses dados mostram um aumento considerável na taxa de sobrepeso e obesidade na população infantil brasileira⁴.

O controle da prevalência da obesidade infantil é bem desafiador, pois além de ter determinação multifatorial e complexa, deve abranger ações integradas intersetoriais desde o período pré-natal⁵. É importante destacar que o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de diminuir essa prevalência, vem atuando, nacionalmente, através da elaboração de várias políticas e programas, tendo como destaques “o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis” que tem como meta reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes; “os Programas Saúde na Escola e Crescer Saudável” , entre outros. Internacionalmente, o MS atua através da pactuação e participação do Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, junto de outros países das Américas bem como do Acordo nº 3/2015 do Mercosul, que visa impulsionar e estabelecer políticas e medidas protetivas para prevenção e controle da obesidade, fortalecendo articulações intersetoriais, promoção de hábitos alimentares saudáveis e cuidado integral à saúde⁴.

A Atenção Primária de Saúde (APS) é a porta de entrada para o sistema de saúde pública do Brasil podendo integrar diferentes ações para a saúde como prevenção, cuidado e tratamento da obesidade infantil junto à comunidade local. As ações a serem realizadas na APS podem ir desde a capacitação dos profissionais de saúde para atuarem com o tema e o público infantil até o cuidado adequado às crianças, adolescentes e gestantes⁵.

O Ministério da Saúde aponta a obesidade infantil como um sério problema de saúde pública. Para esta entidade, verificar sua prevalência nessa população, assim como avaliar as atividades da saúde coletiva e as atividades de vigilância nutricional desenvolvidas pelos programas específicos podem ajudar na formulação e avaliação de estratégias de prevenção e de combate à obesidade infantil. Para isso, o governo federal disponibiliza alguns recursos e verbas como, por exemplo, o Piso da Atenção Básica, o Fundo Nacional de Alimentação, o Piso de vigilância e promoção em saúde. O repasse e apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional, aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), às Academias da Saúde e ao Crescer Saudável, via o Programa Saúde na Escola (PSE)².

O conhecimento sobre a situação das ações, realizadas na APS, voltadas para o cuidado às crianças com obesidade bem como dos fatores favoráveis para sua efetivação, é fundamental para elaboração de um planejamento estratégico junto com gestores municipais e estaduais, profissionais da APS, escolas, sociedades e familiares visando à redução da prevalência de sobrepeso e obesidade infantil. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi avaliar o cuidado às crianças com obesidade na Atenção Primária à Saúde e seus fatores associados na Paraíba.

Acredita-se que os dados do presente estudo poderão ajudar a fazer um diagnóstico da situação atual da obesidade infantil no estado da Paraíba, abrindo um leque de discussão para possíveis propostas de estudos e políticas públicas a serem adotadas pelos gestores municipais e estaduais, pela APS, escolas, sociedades e familiares visando à redução da prevalência de sobrepeso e obesidade infantil.

Métodos

Tratou-se de um estudo transversal representativo da atenção básica do Estado da Paraíba que observou o cuidado às crianças menores de 10 anos com obesidade neste nível de cuidado, sendo parte de um estudo nacional do Ministério da Saúde intitulado de “Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionadas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)”, 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”, pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

A pesquisa foi realizada no período de janeiro a setembro de 2021, nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), do estado da Paraíba. Existem 1765 unidades básicas de saúde distribuídas em 223 municípios paraibanos. O cálculo amostral, considerou o plano de amostragem aleatória estratificada levando em consideração a margem de erro de 5%, com nível de confiança de 95%, definiu-se 4 estratos de acordo com o número 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, sendo sorteadas 642 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As 642 UBS sorteadas ficaram organizadas entre 168 municípios, as quais compuseram a amostra final deste estudo, de modo a contemplar todas as regiões e macrorregiões de saúde. Ao final da coleta de dados obteve-se um "n" de 487 UBS. Sendo constatada uma perda de 24,1% (155/642). Destes, 148 foram por questionários não respondidos e 07 foram excluídos do estudo por serem unidades desativadas ou não pertencerem a APS.

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário digital “Diagnóstico da organização, gestão e do cuidado 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, disponível na plataforma SurveyMonkey® e sua aplicação se deu através do envio 4 de links de acordo com estrato populacional previamente definidos

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado na página inicial do questionário e sua concordância foi necessária para dar seguimento à resposta ao instrumento de coleta.

Esse instrumento foi aplicado aos profissionais da APS com apoio da Secretaria do Estado de Saúde da Paraíba, Escola Saúde Pública do Estado da Paraíba, através dos gestores e apoiadores institucionais. O questionário é composto por 10 blocos: Blocos: A, B e C 1º bloco: Identificação (município, UBS, respondente), bloco D: Análise do território, bloco E: coordenação do cuidado da obesidade e longitudinalidade, bloco F: Implementação da linha do cuidado para sobrepeso e obesidade (LCSO), bloco G: Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, bloco H: Formação dos profissionais para o cuidado com as pessoas com sobrepeso e obesidade, bloco I: Instrumentos/Ferramentas de apoio à atenção nutricional e o bloco J: Monitoramento e avaliação relacionados ao cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade. Para esta pesquisa, especialmente, foram analisados os blocos A, B, C (contemplados no 1º bloco de identificação), o bloco G, itens 53, 54, 62, 63, 68 e 70, para avaliar as ações relacionadas ao cuidado às pessoas com obesidade na APS, os itens 21 e 24 do bloco D para avaliar os equipamentos e espaços de saúde e o item 37 do bloco E para avaliar os recursos recebidos com a finalidade da atenção à obesidade.

Foi inicialmente realizada uma análise descritiva com os 487 questionários respondidos para caracterização da população e das unidades de saúde avaliadas. Desta análise, observou-se que 429 profissionais responderam que as UBS onde eles atuam realizavam ações ligadas à linha do cuidado a pessoas com obesidade. A partir desses dados, foi realizada a estatística analítica para verificação dos fatores associados ao cuidado à criança

com obesidade na APS. Foi utilizado o teste de qui-quadrado para avaliar a associação da variável dependente, “ter ações na APS para cuidado de crianças com obesidade (SIM ou Não)” com as variáveis explicativas: “características dos profissionais, dos municípios, das UBS, prevalência de obesidade no SISVAN, presença de equipamentos e recebimento de recursos financeiros”. As análises foram realizadas a partir do *software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* versão 22.0, considerando o nível de significância de 5%.

A aprovação desse estudo foi obtida no Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, sob o nº do CAEE: 17810619.1.0000.5187.

Resultados

A maioria dos profissionais participantes eram enfermeiros (n=319; 65,5%) e trabalhavam em UBS ou USF (n= 367; 75,4%) há mais de um ano (n=328; 73,5%). Apenas 8,6 % (n=42) tinham realizado curso de formação em obesidade (Tabela 1).

Observou-se que dos 487 participantes, 88,1% (n=429) refeririam a realização de ações voltadas para o cuidado de indivíduos com obesidade nos estabelecimentos ou equipamentos de saúde, sendo a mais frequente o atendimento individual. Porém, quando consideradas as ações para o grupo infantil, essa frequência foi menor, 77,4% (n=377) responderam que realizavam as ações, sendo as comunitárias, as mais realizadas (Tabela 1).

Tabela 1- Características dos profissionais de saúde, dos municípios, UBS selecionadas e do tipo de atendimento aos usuários com obesidade na Atenção Primária à Saúde, Paraíba-PB, 2021.

VARIÁVEIS		
PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
	N	%
Idade		
Sexo		
Masculino	45	9,2
Feminino	441	99,6
Não deseja declarar	1	0,2
Profissão (formação básica)		
Nutrição	125	25,7
Educação física	1	0,2
Medicina	6	1,2

Enfermagem	319	65,5
Odontologia	4	0,8
Assistência Social	5	1,0
Farmácia	1	0,2
Outras	26	5,3
Tipo de estabelecimento		
UBS	142	29,2
USF	225	46,2
NASF I	41	8,4
NASF II	37	7,6
NASF III	9	1,8
Outros	33	6,8
Vínculo		
Servidor público	239	49,1
Contratado	222	45,6
CLT	4	0,8
Outros	22	4,5
Tempo de trabalho		
Até 1 ano	129	26,5
>1 a 5 anos	133	27,3
>5anos	225	46,2
Formação obesidade		
Sim	42	8,6
Não	445	91,4

CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO E UBS

Porte

A	55	11,3
B	53	10,9
C	137	28,1
D	242	49,7

MACRORREGIÕES

1	148	34,5
2	155	36,1
3	126	29,4

Localização da UBS

Urbana Central	197	40,5
Urbana Periférica	161	33,1
Rural	129	26,5
Aldeia indígena	-	-

ATENDIMENTO OBESIDADE

Atendimento obesidade população geral (n=429)

Individual	385	89,7
Grupo	167	38,9
Comunitário	305	71,1

Atendimento crianças (0-9 anos) (n=377)

Individual	172	45,6
Grupo	108	28,6
Comunitário	282	74,8

Fonte: elaborada pelo autor.

Tratando-se dos atendimentos, foi evidenciado que, no atendimento individual, as crianças entre 0-2 anos são as mais atendidas (n=123; 31,9%). Em seguida vinham as crianças entre 5 e 10 anos (n=101; 26,3%) e depois as de 2 a menores de 5 anos (n=91; 26,2%). Nas

ações em grupo ou comunitária para o cuidado com crianças com excesso de peso, os públicos mais envolvidos são crianças e adolescentes no PSE (n=117; 70,5%) e cuidadores ou familiares de crianças menores de 2 anos (n=81; 48,5%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do público-alvo infantil de acordo com o tipo de atendimento: individual, grupo ou comunitário, Paraíba, 2021.

	Tipos de atendimentos					
	SIM		Não		Não sabe	
População Alvo	N	%	N	%	N	%
Atendimento Individual						
Gestantes adolescentes	150	39,0	235	61,0	0	0
Gestantes adultas	257	66,8	128	43,2	0	0
Crianças < 2 anos	123	31,9	262	68,1	0	0
Crianças 2 a 4 anos	91	23,6	294	76,4	0	0
Crianças 5 a 9 anos	101	26,2	284	73,8	0	0
Adolescentes	131	34,0	254	66,00	0	0
Mulheres adultas	300	77,9	85	22,1	0	0
Homens adultos	239	62,1	146	37,9	0	0
Mulheres idosas	196	50,9	189	49,1	0	0
Homens idosos	163	42,3	222	57,7	0	0
Atendimento Grupo n= 164						
Gestantes/parceiros/família	131	78,4	32	19,2	4	2,4
Familiares/cuidadores crianças < 2 anos	81	48,5	80	47,9	6	3,6
Crianças 2 a 4 anos	57	34,1	107	64,1	3	1,8
Crianças 5 a 9 anos	61	36,5	99	59,3	8	4,8
Familiares/cuidadores crianças 2 a 9 anos	68	40,7	91	54,5	8	4,8

Adolescentes	74	40,7	85	50,9	8	4,8
Crianças e Adolescentes no PSE	117	70,5	44	26,3	6	3,6
Adultos (20 a 59 anos)	148	88,6	15	9,0	4	2,4
Idosos	130	77,8	35	21,0	2	1,2
Familiares/cuidadores de idosos	88	52,7	73	43,7	6	3,6
Beneficiários de programas sociais	100	59,9	50	30,0	6	3,6
Atendimento comunitário n=305						
Gestantes/parceiros/família	282	92,5	18	5,9	4	1,3
Nutrizes e puérperas	246	80,7	50	16,4	9	3,0
Familiares/cuidadores crianças < 2 anos	217	88,9	75	24,6	13	4,3
Crianças 2 a 4 anos	185	60,7	96	31,5	24	7,9
Crianças 5 a 9 anos	167	54,8	112	36,7	26	8,5
Familiares/cuidadores crianças 2 a 9 anos	165	54,0	112	36,7	28	9,2
Adolescentes	191	62,6	89	29,2	25	8,2
Crianças e Adolescentes no PSE	262	85,9	35	11,8	14	4,6
Adultos (20 a 59 anos)	256	83,9	35	11,5	14	4,6
Idosos	262	85,9	32	10,5	11	3,6
Familiares/cuidadores de idosos	194	63,6	87	28,5	24	7,9
Beneficiários de programas sociais	234	76,7	47	15,4	24	7,9

Fonte: elaborada pelo autor.

As ações para o cuidado de crianças com excesso de peso não estiveram associadas a nenhuma das características relacionadas aos profissionais participantes ($p > 0,05$), porém se observou associação com o porte dos municípios, os de porte C e D apresentaram uma frequência significativamente maior que os municípios de porte A e B (A/B versus C $p = 0,001$; A/B versus D $p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição das ações do atendimento a crianças com obesidades/sobrepeso de acordo com as macrorregiões, porte do município, localização e tipo de estabelecimento de saúde da APS, características dos profissionais participantes, Paraíba 2021.

	Atendimento infantil		<i>P</i>
	Sim n(%)	Não n (%)	
Formação acadêmica			0,684
Enfermagem	212 (77,9)	60 (22,1)	
Outros	125 (79,6)	32 (20,4)	
Tempo de serviço			0,220
≤ 5 anos	207 (80,5)	50 (19,5)	
>5 anos	130 (75,5)	42 (24,4)	
Tipo Vínculo			
Estatutário	111(78,2)	31(21,8)	0,891
Outros	226 (78,6)	61 (21,3)	
Participação curso formação obesidade			
Sim	32 (84, 2)	6(15,9)	0,534
Não	305(78,0)	86 (22,0)	
Tipo de estabelecimento			
UBS/USF	250(77,9)	71(22,1)	0,477
NASF	68 (82,9)	14(17,1)	
Outras	19 (73,1)	7(26,9)	
Macrorregião			
1	116 (79,4)	32 (21,6)	0,357

2	117 (75,5)	38 (24,5)	
3	104 (82,5)	22 (17,5)	
Porte			
A e B	56 (60,9)	36 (39,1)	< 0,001
C	96 (80,0)	24 (20,0)	
D	185 (85,3)	32 (14,7)	
Localização do UBS			
Urbana Central	148 (82,2)	32 (17,8)	0,052
Urbana periférica	98 (71,5)	39 (28,5)	
Rural	91(81,2)	21 (18,8)	

*A e B versus C $p=0,002$ (RP:0,39; IC95%0,21-0,72); A e B versus D, $p < 0,001$ (RP:0,27; IC95%0,151-0,47); C versus D $p= 0,215$. Fonte: elaborada pelo autor.

Entre os recursos repassados para APS para o desenvolvimento de ações voltadas para obesidade, os mais frequentes relatados pelos profissionais foram o Piso da atenção básica (n=173; 86,5%) e o fundo nacional de alimentação e nutrição (n=67; 84,8%). Apenas o recebimento do Piso da atenção básica apresentou associação com o desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado da criança com obesidade infantil ($p=0,003$) (Tabela 4).

Importante frisar que, apesar da maioria dos participantes referirem que os municípios onde trabalham recebem o recurso do Crescer Saudável e o repasse da verba do PSE para cuidado com a obesidade infantil, o recebimento desses recursos não apresentou associação com o desenvolvimento das ações voltadas para obesidade infantil. (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição das ações do atendimento a crianças com obesidades/sobrepeso de acordo com os recursos repassados para APS com a finalidade de desenvolvimento de ações.

	Atendimento infantil		
	Sim	Não	P
Recursos repassados para APS	n(%)	n (%)	
Fundo Nacional de Alimentação e nutrição			

Sim	67(84,8)	12 (15,2)	0,315
Não	69 (75,8)	22 (24,2)	
Não sabe	201(77,6)	58 (22,4)	
Piso da atenção básica/Atenção primária em saúde			
Sim	173 (86,5)	27 (13,5)	<0,001*
Não	26 (65,0)	14 (35,0)	
Não sabe	138 (73,0)	51(27,0)	
Piso de vigilância e promoção em saúde			0,217
Sim	102 (82,9)	21 (17,1)	
Não	53 (81,5)	12 (18,5)	
Não sabe	182 (75,5)	59 (24,5)	
Programa Nacional de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica/primária em Saúde (PMAQ)			
Sim	188(81,0)	44 (19,0)	0,013**
Não	71 (84,5)	13 (15,5)	
Não sei	78 (69,0)	35 (31,0)	
Programa de Academia na Saúde			
Sim	199 (79,9)	50(20,1)	0,597
Não	53 (79,1)	14 (20,9)	
Não sei	85 (75,2)	28 (24,8)	
Programa Crescer Saudável			
Sim	256 (78,8)	69 (21,2)	0,974
Não	15 (78,9)	4 (21,1)	
Não sei	66 (77,6)	19 (22,4)	
Repasso Crescer saudável via Programa Saúde			

na escola (PSE)			
Sim	164(80,8)	39 (19,2)	0,177
Não	39(84,8)	7](15,2)	
Não sei	134 (74,4)	46(25,6)	
Repasse Núcleos de Apoio à Saúde da Família			
Sim	198 (81,5)	45 (18,5)	0,214
Não	31 (77,5)	9 (22,5)	
Não sei	108 (74,0)	38 (26,0)	
Repasse apoio para a estruturação da VAN			
Sim	124 (83,2)	25 (16,8)	0,225
Não	33 (75,0)	11 (25,0)	
Não sei	180 (76,3)	56 (23,7)	

*sim versus não $p=0,01$ (RP=3,4; IC95% 1,6 a 7,4); **sim versus não $p=0,48$. Fonte: elaborada pelo autor.

Entre os 377 que relataram realizar atendimento infantil voltado para obesidades, 275 (72,9%) afirmou realizar o mapeamento do território com equipamentos e espaços para ação em saúde. Entre os equipamentos e espaços de saúde foi verificada associação do atendimento infantil com a presença de hortas comunitárias, hortas periurbanas, coletivas de alimentos e quintais orgânicos ($p=0,031$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das ações do atendimento a crianças com obesidades/sobrepeso de acordo com a presença de equipamentos e espaços de saúde, Paraíba 2021.

Espaços e Equipamentos de Saúde	Atendimento Individual		<i>p</i>
	Sim	Não	
Áreas de produção de agricultores familiares e orgânicos no território ou próximo a ele			
Sim	112 (83,6)	22 (16,4)	0,217
Não	75 (74,3)	26 (25,7)	
Não tem no meu município	6 (75,0)	2(25,0)	

Não sei	28 (87,5)	4 (12,5)	
Cozinhas comunitárias			
Sim	23 (85,2)	4 (14,8)	0,595
Não	138(78,4)	38(21,6)	
Não tem no meu município	47 (85,5)	8 (14,5)	
Não sei	13 (76,5)	4 (23,5)	
Restaurantes populares			
Sim	28 (80,0)	7 (20,0)	0,823
Não	136 (79,1)	36 (20,9)	
Não tem no meu município	54 (84,4)	10 (15,6)	
Não sei	3 (75,0)	1(25,0)	
Banco de alimentos			
Sim	21 (95,5)	1 (4,5)	0,162
Não	142 (78,9)	38 (21,1)	
Não tem no meu município	41 (83,7)	8 (16,3)	
Não sei	17 (70,80)	7(29,2)	
Hortas comunitárias, hortas periurbanas, coletivas de alimentos e quintais orgânicos			
Sim	63(91,3)	6(8,7)	0,031
Não	103(74,1)	36 (25,9)	
Não tem no meu município	26 (81,3)	6 (18,8)	
Não sei	29(82,9)	6 (17,1)	
Feiras livres, sacolão, mercados hortifruti e outros similares			
Sim	153(80,1)	38(19,9)	0,426
Não	59(83,1)	12(16,9)	
Não tem no meu município	2(100)	0 (0)	

Não sei	7(63,6)	4(36,4)	
Espaços ou iniciativas de oferta ou comercialização direta de alimentos da agricultura familiar			
Sim	118(84,3)	22(15,7)	0,393
Não	74 (77,1)	22(22,9)	
Não tem no meu município	10(76,9)	3(23,1)	
Não sei	19(73,1)	7(26,9)	
Polos de Academia da Saúde			
Sim	134(80,2)	33(19,8)	0,968
Não	66(79,5)	17(20,6)	
Não tem no meu município	11 (84,6)	2(15,4)	
Não sei	10 (83,3)	2(16,7)	
Espaços comunitários/públicos de lazer e/ou prática de atividade física/cuidados corporais			
Sim	163(79,9)	41(20,1)	0,293
Não	42(82,4)	9(17,6)	
Não tem no meu município	4(57,1)	3(42,9)	
Não sei	12(92,3)	1(7,7)	
Centro de Conveniência			
Sim	95(83,3)	19 (16,7)	0,520
Não	94(76,4)	29(23,6)	
Não tem no meu município	9(81,8)	2-(18,2)	
Não sei	23(85,2)	4(14,8)	
Equipamentos públicos de proteção social (CRAS; CRES: casas de acolhimento de população em situação de rua, entre outros)			
Sim	153 (78,5)	42 (21,5)	0,574

Não	57 (86,4)	9 (13,6)	
Não tem no meu município	4 (80,0)	1 (20,0)	
Não sei	7(77,8)	2 (22,2)	
Creches públicas			
Sim	168 (82,0)	37(18,0)	0,173
Não	46 (76,7)	14 (23,3)	
Não tem no meu município	0 (0)	1 (100)	
Não sei	7(77,8)	2(22,2)	
Escolas públicas			
Sim	208 (80,9)	49(19,1)	0,666
Não	8 (72,7)	3(27,3)	
Não tem no meu município			
Não sei	5(71,4)	2 (28,6)	

*sim versus não $p=0.004$ (RP=3,7; IC95% 1,5-9,2). Fonte: elaborada pelo autor.

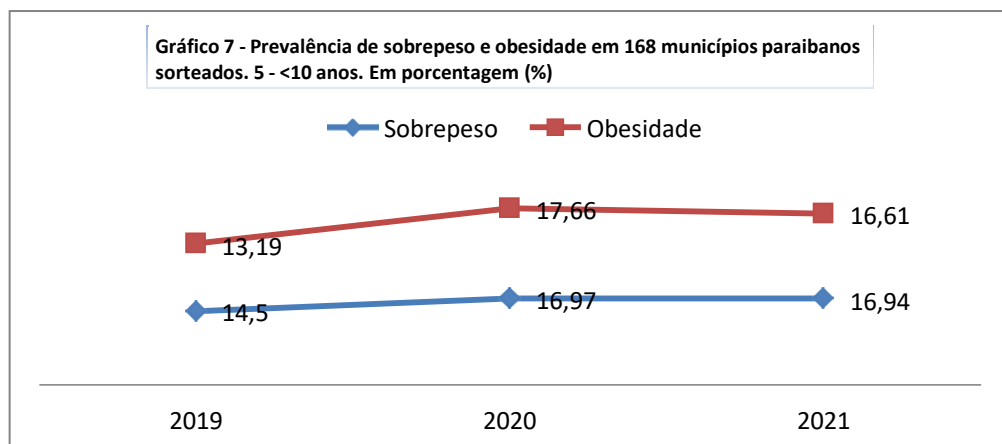
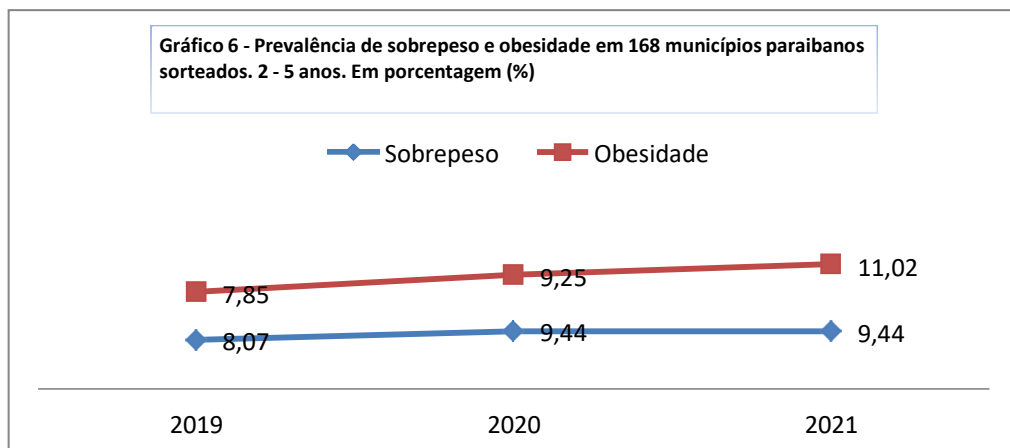
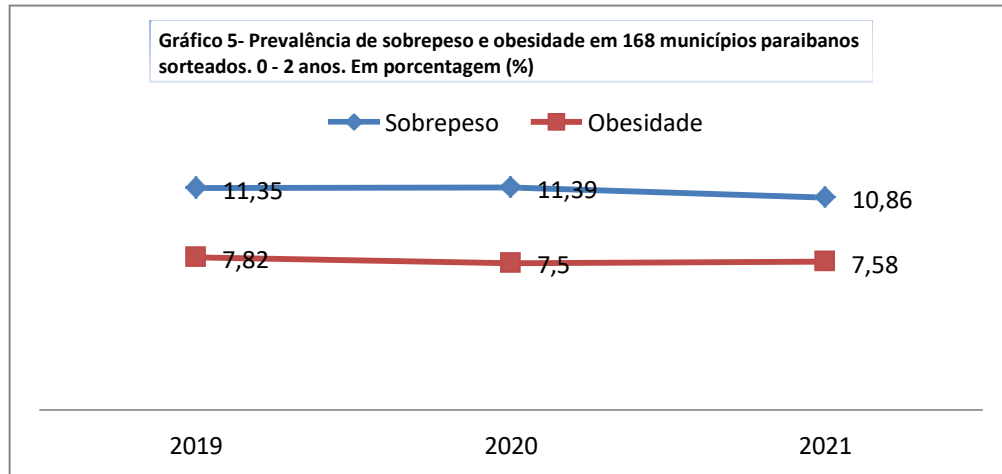
De acordo com o levantamento, feito durante a elaboração deste estudo, foi possível perceber o crescimento temporal da obesidade infantil em municípios paraibanos sorteados (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência de S/O em crianças de 168 municípios paraibanos de 2019 a 2021.

	Ano								
	2019			2020			2021		
	0 – 2a	2 – 5a	5- <10a	0 – 2ª	2 – 5a	5- <10a	0 – 2a	2 – 5a	5- <10a
	N=48.955	N=97.486	N=134.457	N=48.759	N=56.547	N=60.090	N=51.013	N=63.159	N=78.478
Sobrepeso	n=5.556 (11,35%)	n=7.867 (8,07%)	n=20.163 (14,5%)	n=5.552 (11,39%)	n=5.339 (9,44%)	n=10.203 (16,97%)	n=5.539 (10,86%)	n=5.963 (9,44%)	n=13.293 (16,94%)
Obesidade	n=3.826 (7,82%)	n=7.648 (7,85%)	n=17.731 (7,85%)	n=3.674 (7,5%)	n=5.230 (9,25%)	n=10.613 (17,66%)	n=3.866 (7,58%)	n=6957 (11,02%)	n=15.387 (16,61%)

Fonte: Dados extraídos do banco de dados do SISVAN, organizado pelo autor. N: população infantil geral; n: população infantil estudada.

Os gráficos de cada ano, traçados a partir dos dados do SISVAN, mostram melhor a evolução temporal de sobrepeso e obesidade observada em cada faixa etária.



Fonte: SISVAN, 2021 (elaborado pelo autor).

Em 2019, entre os 48.955 crianças paraibanas de 0-2 anos, registradas no SISVAN, 11,35% (n=5.556) tinham sobrepeso e 7,82% (n=3.826) apresentavam obesidade; Das 97.486 crianças, de 2-5 anos, 8,07% (n=7.867) tinham sobrepeso e 7,85% (n=7.648) apresentavam obesidade; já, entre as 134.457 crianças de 5-9 anos, a taxa de sobrepeso foi 14,5% (n=20.163) e a da obesidade foi 17,7% (n=17.731). Os dados de 2020, do SISVAN, mostraram que, entre os 48.759 crianças de 0-2 anos, 11,39% (n=5.552) apresentavam sobrepeso e 7,5% (n=3.674) tinham obesidade diagnosticada; Das 56.547 crianças, de 2-5 anos, 9,44% (n=5.339) tinham sobrepeso e 9,25% (n=5.230) apresentavam obesidade; já, entre as 60.090 crianças de 5-9 anos, foram observadas uma taxa de sobrepeso de 16,9% (n=10.203) e a uma taxa de obesidade de 17,7% (n=10.613).

De acordo com os dados do SISVAN 2021, a prevalência de obesidade dos municípios que realizavam atendimento a indivíduos com obesidade variou de 2,1 % a 19,3% em crianças entre 0 e 4 anos e de 1,5% a 43,7%, entre 5 e 9 anos. Não se observou diferença entre a média de prevalência de obesidade, nas faixas etárias de 0 a 4 anos e 5 a 9 anos ($p=0.626$ e $p=0,683$, respectivamente), e a realização do atendimento infantil.

9. Discussão

O presente estudo apresenta dados representativos do cuidado à criança com obesidade nos municípios da Paraíba. Dos profissionais participantes, 88,1% afirmaram que realizam atividades ligadas aos cuidados a indivíduos com obesidade nos estabelecimentos onde trabalham, sendo as ações individuais as mais realizadas (44,9%), e 64,1% deles referiram que existem mapas dos territórios, nos quais constam os equipamentos e espaços para ações em saúde. 77,4% dos participantes afirmaram a realização de ações voltadas à obesidade infantil, sendo mais frequentes as comunitárias (50,2%). Observou-se associação entre a realização dessas ações com os municípios de menor porte, recebimento do piso da atenção básica, e presença de horta comunitária. Porém, não foi observada associação dessas ações com os Programas Saúde na Escola e Crescer Saudável.

Os resultados deste estudo mostraram que existe uma deficiência significativa no que diz respeito à capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam na APS sobre o manejo do sobrepeso e da obesidade, apenas 8,6% tinham realizado curso de formação, em 2019, sobre essa temática. O Ministério da Saúde considera fundamental a atuação dos profissionais da saúde, através de uma equipe multiprofissional na APS e aponta a formação e educação permanente desses profissionais como um dos eixos estratégicos para a implementação da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade. Essa formação deve desenvolver processos de educação permanente e incentivar a qualificação dos profissionais da APS e gestores do SUS para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade⁶.

Os profissionais de saúde desempenham importante papel na APS, particularmente no combate à obesidade infantil. Sendo assim, é fundamental que estes estejam capacitados e aptos a rastrear e buscar na comunidade através de palestras educativas, rodas de conversas e consultas soluções para a obesidade infantil⁵.

Através de algumas plataformas (UNASUS e Telessaúde) e em parceria com algumas instituições, como a própria Fiocruz, o Ministério da Saúde oferta uma série de cursos de ensino à distância, que podem auxiliar estados e municípios para a capacitação dos profissionais de saúde e qualificação do processo de trabalho. Entre esses cursos disponíveis estão o curso autoinstrucional sobre a Abordagem do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde do UNA-SUS; o Curso autoinstrucional Reconhecendo o Sobrepeso e a Obesidade na Atenção Primária à Saúde que é também do UNA-SUS e; o curso de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável que é o Telessaúde da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com o UNA-SUS².

Vale ressaltar que para funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das crianças com sobrepeso e obesidade, é fundamental a disponibilidade de infraestrutura física e de equipamentos adequados, inclusive, a infraestrutura de tecnologia da informação. O Ministério da Saúde orienta avaliar disponibilidade de serviços com salas amplas; salas para realização de atividades coletivas; disponibilização de rampas de acesso. Ainda, sugere avaliar a disponibilidade de serviços com horário estendido de atendimento, condição que poderá facilitar a execução das atividades. Equipamentos para rastreamento e implementação do processo de cuidado: balanças adequadas (com capacidade superior a 200kg), estadiômetro, fita métrica, etc.⁶

As recomendações do Ministério da Saúde vão muito além do espaço físico da UBS, o ministério considera importante a existência do mapa do território no qual constam os equipamentos e espaços para ação em saúde que são instrumentos fundamentais no processo de combate ao excesso de peso infantil. O Ministério da Saúde considera Mapa da Saúde como importante ferramenta que auxilia na análise situacional contribuindo na identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e de acesso aos serviços e às ações de saúde, baseando o estabelecimento de metas de saúde e o processo de construção regional do Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap)⁶.

O mapa deve possuir espaços como: Áreas de produção de agricultores familiares e orgânicos no território ou próximo a ele, cozinhas comunitárias, restaurantes populares, banco de alimentos, hortas comunitárias, hortas periurbanas, coletivas de alimentos e quintais orgânicos, feiras livres, sacolão, mercados hortifruti e outros similares, espaços ou iniciativas de oferta ou comercialização direta de alimentos da agricultura familiar, polos de academia da Saúde, espaços comunitários/públicos de lazer e/ou prática de atividade física/cuidados corporais, centro de conveniência, equipamentos públicos de proteção social (CRAS; CRES: casas de acolhimento de população em situação de rua, entre outros), creches públicas, escolas públicas, etc.⁵

No presente estudo, pode-se observar que mais da metade (64,2%) afirma que trabalha com mapa do território no qual constam esses equipamentos e espaços para ação em saúde. Para Ibiapina⁷, no processo de planejamento de saúde, é preciso fazer uma análise situacional das condições de acesso de uma população aos serviços disponibilizados pelo sistema, avaliar, minuciosamente as condições socioambientais e socioeconômicas da população e a capacidade de oferta de serviços no território. O planejamento de saúde é considerado como um instrumento e uma técnica de intervenção para produção de conhecimentos, além de estabelecer as formas como a demanda de saúde deve entrar nos cálculos de governo para tornar-se necessidade de saúde.

Uma das estratégias de combate ao sobrepeso e obesidade em crianças, principalmente na pequena infância, é o aleitamento materno. Então, as ações para prevenção e cuidado da obesidade infantil devem iniciar no pré-natal e na gestação, já que a saúde materna pode influenciar no desenvolvimento do bebê e no risco de obesidade, e persistir na puericultura. A puericultura, que é um período de acompanhamento que visa à promoção e proteção da saúde das crianças e adolescentes, ajuda a identificar precocemente qualquer distúrbio de crescimento, desenvolvimento físico e mental, nutricional, dentre outros, nessa população⁸. Para crianças e adolescentes saudáveis, a recomendação é de que as consultas sejam mensais até o 6º mês de vida, trimestrais do 6º ao 12º mês de vida, semestrais do 12º ao 24º mês de vida e anualmente do 3º ao 19º ano de vida. Feito adequadamente esse acompanhamento pela equipe da UBS, é possível rastrear, e diagnosticar o excesso de peso em crianças⁹.

De acordo com essas recomendações, percebe-se que as crianças de 0 a 2 anos, recebem um atendimento individual de forma mais contínua. Realidade refletida na presente pesquisa onde, no atendimento individual, as crianças entre 0-2 anos são as mais atendidas (31,9%). O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças deve acontecer desde o nascimento e, principalmente, no primeiro ano de vida, que é quando se faz o desmame precoce do aleitamento materno, assim como a introdução de alimentos de forma inadequada, tanto em quantidade quanto em qualidade¹⁰.

Obviamente, ações de saúde, campanhas de educação e orientação, atividades em grupo ou comunitárias que visam hábitos saudáveis e qualidade de vida, para crianças de 0 a 2 anos, serão mais direcionadas para seus respectivos cuidadores e familiares, visto que, nessa faixa etária, não há, supostamente, certa maturidade para entender melhor os ensinamentos. Os cuidadores e familiares têm influência direta ou indiretamente na ocorrência de sobrepeso e obesidade⁴.

Numa pesquisa realizada em Nevada (Estados Unidos), em 2004, por exemplo, 76% das participantes relataram estar cientes do risco de crianças obesas desenvolverem problemas cardíacos e outras complicações associadas. De fato, o papel dos pais, mães e familiares, e sua relação com o excesso de peso e obesidade em crianças é um dos caminhos ideias no combate à obesidade infantil, promovendo comportamentos e estilos de vida saudáveis, tanto no sentido de

prevenção quanto no sentido de reverter as consequências decorrentes dessa patologia¹¹.

Já para as crianças maiores e adolescentes, as abordagens em grupo, através dos programas Crescer Saudável e Saúde na Escola, apresentam resultados satisfatórios no que diz respeito à participação deles¹². O presente estudo mostra, justamente, um envolvimento maior de crianças maiores e adolescentes (70,5%) e dos cuidadores ou familiares de crianças menores de 2 anos (48,5%) nas atividades comunitárias ou em grupo na APS. Quando a participação dos profissionais da UBS, no âmbito escolar, acontece de forma organizada e de maneira coletiva entre saúde e educação, com a inclusão dos pais e responsáveis e o envolvimento dos educandos, observa-se aumento do compromisso dessa comunidade com o enfrentamento das fraquezas sociais⁴.

Tratando-se da frequência com que acontecem as ações e atividades de saúde pública no combate à obesidade infantil, percebe-se que municípios de menor porte tendem a apresentar uma frequência significativamente maior que os municípios de porte maior. Esses achados corroboram com a análise, feita por Reneo et al., sobre os pequenos municípios, onde eles afirmam que os direitos sociais dos cidadãos, previstos na Constituição Federal, são atendidos de forma mais eficiente nos municípios menores, se considerados os valores per capita. Segundo os autores, os municípios de pequeno porte concentram recursos orçamentários na área da saúde, principalmente em ações preventivas, quando comparados aos municípios grandes que investem mais recursos na educação e na segurança¹³.

Como referido anteriormente, o governo federal, através de diferentes programas e leis orgânicas, destina recursos e incentivos importantes para combater a obesidade infantil. Esses incentivos consistem no montante de recursos financeiros destinado ao desenvolvimento de ações de nutrição e alimentação voltadas a grupos populacionais determinados, com prioridade ao grupo materno-infantil, visando combater a desnutrição e proteger o estado nutricional⁴. O Piso da Atenção Básica (PAB), o Fundo Nacional de Alimentação e Nutrição (FNAN), o Piso de vigilância e promoção em saúde, melhoria do acesso e qualidade da atenção básica/primária em Saúde (PMAQ), o repasse e apoio para a estruturação da VAN, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Academia na Saúde, Crescer saudável via Programa Saúde na escola (PSE) e o PROTEJA, são exemplos desses recursos e incentivos do governo federal².

Esperava-se, com esses investimentos, uma queda significativa nas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade infantil e de mortalidade decorrente de complicações associadas a essas condições clínicas. Infelizmente, dados desse estudo apontam que apenas o recebimento do Piso da Atenção Básica, citado pelos participantes, apresentou associação com o desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado da criança com obesidade infantil ($p=0,003$). Conseqüentemente, observou-se um crescimento, levando em consideração a evolução temporal, da prevalência de sobrepeso e obesidade infantil.

Observou-se, também, que não houve associação entre os recursos recebidos do PSE e o desenvolvimento das ações voltadas para obesidade infantil, apesar da maioria dos participantes

referirem que o município em que eles trabalhavam recebiam verbas tanto do Crescer Saudável como do PSE.

De acordo com os recentes relatórios do próprio PSE, em todos os estados brasileiros, foram observadas poucas sessões de formação dos profissionais para atuação nas ações desse programa. Ressalta-se que essa capacitação contribui para a realização das atividades de prevenção, promoção e atenção à saúde de forma conjunta, somando os esforços e compartilhando as competências de cada área. Logo, Faz-se necessário que as gestões locais de saúde, em parceria com os profissionais envolvidos, possam avaliar os obstáculos que inviabilizam a concretização da totalidade dos objetivos propostos pelos programas PSE e PCS¹⁴.

Estudo de métodos mistos, com resultados quantitativos e qualitativos, que analisou o manejo do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes realizado por enfermeiros da Atenção Básica evidenciou fragilidades no conhecimento e na prática e sugere educação permanente em saúde como uma estratégia importante para a adesão de melhores práticas¹⁵.

Estudo de revisão de literatura sobre o PSE, observou-se que há carência de estudos quantitativos sobre as ações do PSE. Além disso, aponta ausência de ferramentas necessárias para avaliação das ações do PSE e que existem limitações gerenciais na execução e no registro do próprio programa, o que dificulta aferir sua efetividade¹⁴.

Ressalta-se que algumas limitações precisam ser consideradas. Por tratar-se de estudo transversal de base populacional, as conclusões sobre causalidade do excesso do peso em criança, assim como sobre impactos diretos de diferentes ações coletivas e/ou vigilância nutricional não podem ser afirmadas pelo presente estudo. Além disso, outros fatores, aqui não avaliados, podem também estar associados à realidade local ou regional de cada município. A dificuldade em convencer os profissionais da APS a participar da pesquisa é ponto negativo a ser lembrado também, como citado anteriormente, houve uma perda de quase 25% de UBS selecionadas por falta de profissionais disponíveis para responder ao questionário.

Os resultados desta pesquisa mostraram que há existência de políticas de saúde pública contra a obesidade infantil e vários programas envolvidos nesse processo nos municípios do estado da Paraíba. Os gestores municipais recebem recursos e verbas destinadas para esta finalidade. Os profissionais da APS atuam tanto nas ações individuais como coletivas para combater a obesidade infantil.

Porém, apesar dessas ações e desses recursos, a prevalência de sobrepeso e obesidade infantil continua ainda alta e ascendente na Paraíba¹⁶, em geral, e, particularmente, na maioria dos municípios paraibanos, como observado no levantamento feito durante o presente estudo. Fato que pode ser justificado pela falta de capacitação e formação dos profissionais da APS sobre o manejo da obesidade infantil, pela falta de ações, em conjunto, entre APS e cuidadores dessas crianças e, por fim, pela deficiência de uma fiscalização eficiente de órgãos

competentes¹⁴.

Sugere-se, com base nos resultados apresentados, que sejam tomadas medidas necessárias de controle e prevenção dos riscos à saúde associados à obesidade infantil, ancoradas principalmente na mudança de hábitos de vida. As ações integradas entre profissionais da saúde e da educação devem considerar a participação das crianças e familiares, a fim de planejar e implantar estratégias de prevenção e combate à obesidade infantil de forma completa. Em relação aos investimentos financeiros, tanto federal como estadual, faz-se necessária implantação de mecanismos de fiscalização adequados que possam identificar uso adequado de valores repassados, bem como a monitorização das ações realizadas. É preciso, também, que sejam realizados, regularmente, relatórios sobre metas traçadas e resultados obtidos.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Obesidade entre crianças e adolescentes, banco de notícias [Internet]. Geneva: OMS; 2017 [cited 2021 Out 4]. Available from: <https://www.paho.org/bra>.
2. Ministério da Saúde (BR). Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: MS; 2022. [cited 2021 Nov 14]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_crianca_adolescente.pdf. Acesso em 14/11/2021.
3. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019 [Documento eletrônico]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2022 [cited 2021 Maio 21]. 96p. Available from: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas [Internet]. Brasília: MS; 2022. [cited 2022 Fev 4]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteja_estrategia_nacional_obesidade_infantil.pdf.
5. Claunara SM, James M. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde debate [Internet]. 2018. [cited 2022 Jun 22]; 42(1): 18-37. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: MS; 2021. [cited 2021 Nov 18]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf.
7. Ibiapina ÉFV, Bernardes AG. Vigiar e assistir: o território na atenção básica e a racionalização do acontecimento. Athenea Digital [Internet]. 2018. [cited 2022 Set 25]; 18(3): 11-14. Available from: <https://atheneadigital.net/article/view/v18-n3-ibiapina-bernardes>.
8. Ministério da Saúde (BR). Instrutivo para o Programa Crescer Saudável [Internet]. Brasília: MS; 2020.[cited 2021 Nov 14]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/instrutivo_crescer_saudavel_2019_2020.pdf.
9. Deal BJ, Huffman MD, Binns H, Stone NJ. Perspective: Childhood Obesity Requires New Strategies for Prevention. Adv Nutr. 2020 Sep 1;11(5):1071-1078. doi: 10.1093/advances/nmaa040. PMID: 32361757; PMCID: PMC7490151.
10. Contarato AAPF et al. Efeito independente do tipo de aleitamento no risco de excesso de peso e obesidade em crianças entre 12-24 meses de idade. Cad. Saúde Pública [Internet].

2016. [cited 2021 Jul 19]; 32 (12): 2-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119015>.
11. Thaker VV et al. Psychosocial, behavioral and clinical correlates of children with overweight and obesity. *BMC pediatrics* [Internet]. 2020. [cited 2022 jan 30]; 20(1):291. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-020-02145-2>.
 12. Ministério da Saúde (BR). Passo a passo – PSE: Instrutivo PSE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2021, p. 4, 5, 9.
 13. Prediger RP et Al. Os pequenos municípios brasileiros: viabilidade, direitos sociais e desenvolvimento local. *Redes* [Internet]. 2022. [cited 2023 jan 19]; 27(1). Available: <https://doi.org/10.17058/redes.v27i.17018>.
 14. Iraneide EL, Nogueira JAD, Rocha GD. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate* [Internet]. 2018. [cited 2022 Dez 15]; 42(118):773-789. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>.
 15. Oliveira RC, Souto RQ, Santos JLG, Reichert APS, Ramalho ELR, Collet N. Management of overweight and obesity in children and adolescents by nurses: a mixed-method study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2022; [cited 2023 Fev 18]; 30(spe): e3789. Available in:URL. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6294.3789>.
 16. Ministério da Saúde (BR). Atlas da obesidade infantil no Brasil. Brasília: MS; 2019. [cited 2022 Nov 26]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/_portaldab/publicacoes/dados_atlas_obesidade.pdf.

10. Considerações finais

Os dados deste estudo permitiram um amplo conhecimento sobre as ações individuais e coletivas desenvolvidas pelos profissionais de saúde na APS no combate à obesidade infantil, abrindo um leque de discussão para possíveis propostas de estudos e políticas públicas a serem adotadas pelos gestores municipais e estaduais, pela APS, escolas, sociedades e familiares visando à redução da prevalência de sobrepeso e obesidade infantil

As ações de promoção e prevenção devem começar na infância, levando-se em conta a influência dos pais na formação dos hábitos alimentares e estilo de vida saudável. Essas ações devem ter a participação dos profissionais de saúde e da educação e contar com os recursos tanto municipais como estaduais. O governo federal traçar deve mais metas e definir políticas mais eficientes que possam reduzir a prevalência da obesidade infantil.

Recomenda-se, a partir dos resultados deste estudo, a necessidade dos profissionais da saúde e educadores fortalecerem as orientações às crianças e seus cuidadores ou familiares sobre hábitos de vida saudável, alimentação adequada, higiene do sono, importância do desjejum, atividades físicas diárias ou brincadeiras ativas na rotina diária das crianças, uso controlado de smartphones, tablets e videogames, prática adequada quanto ao entretenimento em tela. Os gestores devem disponibilizar espaços públicos comunitários para atividades físicas, conduzidas por educadores físicos, com a finalidade de agregar pessoas e estimular hábitos de vida saudáveis para as crianças e suas famílias. A realização regular de controle do peso pode estar dentre tais atividades.

Sugere-se, com base nos resultados apresentados, que sejam tomadas medidas necessárias de controle e prevenção dos riscos à saúde associados à obesidade infantil, ancoradas principalmente na mudança de hábitos de vida. As ações integradas entre profissionais da saúde e da educação devem considerar a participação das crianças e familiares, a fim de planejar e implantar estratégias de prevenção e combate à obesidade infantil de forma completa.

Os estudos das intervenções em APS e seus resultados são importantes para auxiliar no direcionamento e planejamento de novas intervenções, sejam elas realizadas dentro da APS ou não. Dessa forma, será possível obter melhores resultados em intervenções futuras.

Os estudos das intervenções em APS e seus resultados são importantes para auxiliar no direcionamento e planejamento de novas intervenções, sejam elas realizadas dentro da APS ou não. Dessa forma, será possível obter melhores resultados em intervenções futuras.

Referências bibliográficas

ABESO - Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. **Mapa da obesidade**. ABESO, Mar. 2020. Disponível em: <https://abeso.org.br/obsidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ABRANTES M.M.; LAMOUNIER J.A.; COLOSIMO E.A. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste**. J Pediatr. 2002; 78(4):335-40. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000400014>. Acesso: 30/04/2021.

ARTERBURN, D.; MACIEJEWSKI, M.; TSEVAT, J. **Impact of morbid obesity on medical expenditures in adults**. Int J Obes (Lond) 2005; 29:334-9.

BEZERRA I.M.P.; SORPRESO I.C.E. **Concepts and movements in health promotion to guide educational practices**. J Hum Growth Dev. 26(1): 11-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>. Acesso em 25/07/2020.

BRASIL - Ministério da Saúde. Portaria n 719, de 07 de abril de 2011. **Instituiu o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html. Acesso em: 9 set. 2021.

BRASIL - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios**. Brasília: CAISAN, 2014c.

BRASIL - Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: **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 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 25/06/2021.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_crianca_adolescente.pdf. Acesso em 14/11/2021.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Instrutivo para o Programa Crescer Saudável** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/instrutivo_crescer_saudavel_2019_2020.pdf. Acesso em 14/11/2021.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf. Acesso: 18/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo – PSE**. Instrutivo PSE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2021, p. 4, 5, 9.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil : orientações técnicas** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteja_estrategia_nacional_obesidade_infantil.pdf. Acesso: 04/02/2022.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos**. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CPCDT/ CGGTS/ DGITIS/SCTIE/MS. Brasília; 2020. Disponível em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2020/novembro/ministerio-da-saude-publica-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-sobrepeso-e-obesidade-em-adultos>. Acesso: 23/06/2021.

BUENO, M.B.; FISBERG, R.M. **Comparação de três critérios de classificação de sobrepeso e obesidade entre pré- escolares**. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006;6(4):411-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000400008>. Acesso: 14/09/2020

CORRÊA, V. P. et al. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [s. l.], v. 14, n. 85, p. 177-183, 2020.

Enes, C.C.; Betzabeth S. **Obesidade na Adolescência e Seus Principais Fatores Determinantes**. Revista Brasileira de Epidemiologia [1415-790X] volume 13, issue1, pages 163 -171, 2010.

CONTARATO A.A.P.F. et al. **Efeito independente do tipo de aleitamento no risco de excesso de peso e obesidade em crianças entre 12-24 meses de idade**. Cad. Saúde Pública 32 (12), 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119015>. Acesso: 19/07/2021.

DEAL, J. B. et al. **Perspective: Childhood Obesity Requires New Strategies for Prevention**. Advances in Nutrition, [s. l.], v. 11, n. 5, p. 1071-1078, Sept. 2020.

EcoDebate. **Obesidade em crianças e adolescentes**. ISSN 2446-9394, 27/07/2018. Disponível em <https://www.ecodebate.com.br/2018/07/27/obesidade-em-criancas-e-adolescentes-atinge-indices-alarmanetes-alerta-especialista/>. Acesso em 30/07/2022.

Claunara SM.; James M. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Saúde debate. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 18-37, setembro 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt>. Acesso em 22/05/2022.

FIOCRUZ. **Obesidade infantil e na adolescência. Rio de Janeiro, 2020**. Disponível em <https://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/obesidade-infantil.htm#:~:text=O%20excesso%20de%20peso%20pode,continua%20obesos%20na%20fase%20adulta>. Acesso 15/04/2021.

HENRIQUES, P. et al. **Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil**. Ciênc. Saúde coletiva, 23(12): 4143-

4152, Rio de Janeiro, dezembro. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204143&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 jan. 2019.

IBIAPINA, É.F.V.; BERNARDES, A.G. **Vigiar e assistir: o território na atenção básica e a racionalização do acontecimento**. Athenea Digital, 18(3), e2077, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2077>. Acesso: 25/09/2022.

IBGE. **Projeção da População do Brasil e das unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock. Acesso em: 9 set. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Pesquisa de orçamentos familiares**. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/pof/2003medidas/pof2003medidas.pdf>. Acesso em 07/08/2021.

IRANEIDE, E.L.; NOGUEIRA, J.A.D.; ROCHA, G.D. **Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa**, SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 118, P. 773-789, JUL-SET 2018.

Leão, L. S., Araújo, L. M. B., Moraes, L. T., & Assis, A. M. (2003). **Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 47(2), 151-157.

MACHADO, M.F.A.S. et al. **The health school programme: a health promotion strategy in primary care in Brazil**. J Hum Growth Dev. 25(3):307-12, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96709>. Acesso em 10/08/2020.

MARCELO, S.G.J.; FRAGA, A.S.; ARAÚJO, T.B.; TENÓRIO M.C.C. **Fator de risco cardiovascular: a obesidade entre crianças e adolescentes nas macrorregiões brasileiras**. Revista brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento, São Paulo. V.12. N.69. P.132-142. Jan./fev. 2018. Issn 1981-9919.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade**. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação No 3, Anexo IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**, Capítulo II - Das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instrutivo Crescer Saudável**. Disponível em <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escruba-sesa@6183bd58-32a1-4379-9359-244094dbf342&emPg=true>. Acesso: 14/06/2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **FAQ Programa Crescer Saudável**. Disponível em <https://www.google.com/search?q=faq+programa+crescer+saud%C3%A1vel+2017&oq=faq&aqs=chrome>. Acesso: 20/06/2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **FAQ Programa Saúde na Escola**. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/FAQ_PSE.pdf. Acesso: 02/07/2022.

MURRAY, C.J.L. et al. **Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019**. The Lancet, v. 396, n. 10258, p. 1223-1249, 2020.

PAES, S.T.; MARINS, J.C.B.; ANDREAZZI, A.E. **Efeitos metabólicos do exercício físico na obesidade infantil: uma visão atual**. Rev Paul Pediatr 2015; 33(1):122-129.

RENEO P.P. et Al. **Os pequenos municípios brasileiros: viabilidade, direitos sociais e desenvolvimento local**. Redes (St. Cruz Sul, Online), v.27, 2022. Disponível em <https://dadosdr.uffrs.edu.br/index.php/2022/06/03/os-pequenos-municipios-brasileiros-viabilidade-direitos-sociais-e-desenvolvimento-local/>. Acesso: 19/01/2023.

SES - Secretária Estadual de Saúde-Paraíba.

_____ Dados da produção da SES referente ao ano de 2018.

_____ Dados da produção da SES referente ao ano de 2019.

SILVA G.A.P.; BALABAN G., MOTTA MEFA. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas**. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005;5(1):53-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000100007>. Acesso:02/12/2021.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia-SBEM. **Obesidade**, 2019. Disponível em <https://www.endocrino.org.br/obesidade/>. Acesso em 28/09/2021.

SOUZA, M.P.S.; BENNEMANN M. **Antropometria e estado nutricional de escolares adolescentes do ensino fundamental da rede municipal de ensino da cidade de Maringá**. VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar Editora CESUMAR Maringá – Paraná, 2011. Disponível em http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Marizete_Pereira_dos_Santos_Souza.pdf. Acesso: 30/08/2021

THAKER, V.V.; OSGANIAN, S.K.; FERRANTI S.D; SONNEVILLE , K.R.; CHENG J.K; FELDMAN, H.A, et al. **Psychosocial, behavioral and clinical correlates of children with overweight and obesity**. BMC pediatrics. 2020; 20(1):291.

UNASUS/UFSC. **Conceitos de epidemiologia**. Disponível em https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33454/mod_resource/content/1/un1/top5_2.html. acesso em 30/04/2021.

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019**. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022. (96 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 21/05/2021.

World Health Organization. **Obesidade entre crianças e adolescentes, banco de notícias, 2019**. Disponível em <https://www.paho.org/bra>. Acesso em 04/10/2021.

ANEXO A - LISTA DOS MUNICÍPIOS

Diagnóstico situacional dos programas e ações relacionados à Política Nacional de Alimentação e Nutrição

Lista de Municípios Sorteados – Paraíba

GERÊNCIA	REGIÃO	MUNICÍPIO
1ª GRS	1ª REGIÃO	JOÃO PESSOA BAYEUX CABEDELO SANTA RITA SAPE ALHANDRA CAAPORÃ CONDE CRUZ DO ESPÍRITO SANTO LUCENA MARI PITIMBU RIACHÃO DO POÇO SOBRADO
2ª GRS	2ª REGIÃO	GUARABIRA ARAÇAGI ARARUNA BANANEIRAS BELÉM BORBOREMA CACIMBA DE DENTRO CAIÇARA CASSERENGUE CUITEGI LAGOA DE DENTRO MULUNGU PILÕES PILÔEZINHOS PIRPIRITUBA RIACHÃO SERRA DA RAIZ SERRARIA SOLÂNEA TACIMA DUAS ESTRADAS ALAGOINHA

3ª GRS	3ª REGIÃO	ESPERANÇA ALAGOA GRANDE ALAGOA NOVA ARARA AREIA LAGOA SECA MONTADAS REMÍGIO SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA
4 GRS	4ª REGIÃO	SOSSÊGO PICUÍ PEDRA LAVRADA NOVA FLORESTA NOVA PALMEIRA FREI MARTINHO CUBATI CUITÉ BARAÚNA BARRA DE SANTA ROSA
5ª GRS	5ª REGIÃO	MONTEIRO CARAÚBAS CONGO GURJÃO SÃO JOÃO DO TIGRE SÃO JOSÉ DOS CORDEIROS SERRA BRANCA SUMÉ
6ª GRS	6ª REGIÃO	PATOS AREIA DE BARAÚNAS CACIMBAS CATINGUEIRA CONDADO JUNCO DO SERIDÓ MATURÉIA PASSAGEM SALGADINHO SANTA LUZIA SANTA TERESINHA SÃO MAMEDE TEIXEIRA VISTA SERRANA
7ª GRS	7ª REGIÃO	AGUIAR CONCEIÇÃO COREMAS

7ª GRS	7ª REGIÃO	<p>CURRAL VELHO DIAMANTE IBIARA ITAPORANGA NOVA OLINDA OLHO D'ÁGUA PEDRA BRANCA PIANCÓ SANTA INÊS SANTANA DE MANGUEIRA SANTANA DOS GARROTES SÃO JOSÉ DE CAIANA</p>
8ª GRS	8ª REGIÃO	<p>CATOLÉ DO ROCHA SÃO BENTO BOM SUCESSO BREJO DO CRUZ BREJO DOS SANTOS JERICÓ MATO GROSSO RIACHO DOS CAVALOS</p>
9ª GRS	9ª REGIÃO	<p>CAJAZEIRAS BERNARDINO BATISTA BONITO DE SANTA FÉ CACHOEIRA DOS ÍNDIOS JOCA CLAUDINO MONTE HOREBE SANTA HELENA SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS TRIUNFO UIRAÚNA</p>
10ª GRS	10ª REGIÃO	<p>SOUSA APARECIDA NAZAREZINHO SANTA CRUZ SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA VIEIRÓPOLIS</p>
11ª GRS	11ª REGIÃO	<p>IMACULADA JURU MANAIRA SAO JOSE DE PRINCESA TAVARES PRINCESA ISABEL</p>
12ª GRS	12ª REGIÃO	<p>CALDAS BRANDAO GURINHEM</p>

12ª GRS	12ª REGIÃO	ITABAIANA ITATUBA JUAREZ TAVORA JURUPIRANGA PEDRAS DE FOGO PILAR SALGADO DE SAO FELIX SAO JOSE DOS RAMOS SAO MIGUEL DE TAIPU
10ª GRS	13ª REGIÃO	LAGOA SAO DOMINGOS SAO BENTINHO POMBAL
1ª GRS	14ª REGIÃO	BAIA DA TRAICAO ITAPOROROCA JACARAU MATARACA PEDRO RÉGIS RIO TINTO MAMANGUAPE
3ª GRS	15ª REGIÃO	QUEIMADAS ALCANTIL AROEIRAS BARRA DE SANTANA BARRA DE SÃO MIGUEL BOQUEIRÃO CABACEIRAS GADO BRAVO NATUBA SANTA CECÍLIA UMBUZEIRO
3ª GRS	16ª REGIÃO	FAGUNDES JUAZEIRINHO LIVRAMENTO MASSARANDUBA POCINHOS PUXINANÃ SANTO ANDRÉ SERRA REDONDA SOLEDADE TAPEROÁ TENÓRIO CAMPINA GRANDE

ANEXO B -

*49. Os usuários que realizaram ou que realizarão a cirurgia bariátrica têm acesso regular aos medicamentos prescritos pelos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em que situações?

- Sim, pré e pós cirurgia bariátrica
- Sim, apenas pré cirurgia bariátrica
- Sim, apenas pós cirurgia bariátrica
- Não
- Não sei

*50. O município ou o estado disponibilizam suplementos nutricionais para pacientes que fizeram cirurgia bariátrica?

- Sim, o Estado
- Sim, o Município
- Sim, Estado e Município
- Não
- Não sei

51. A unidade dispõe de infraestrutura, mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade (em boas condições de uso e em quantidade suficiente)?

Cadeira de rodas

Aparelhos de pressão com manguito especial

Maca de transferência

Acessibilidade (largura das portas e corredores, rampas) que permita o livre trânsito dos usuários

Barras de segurança

Banheiros adequados (largura, rampas de acesso)

Veículo adaptado para o transporte de pessoas obesas

Espaço adequado para desenvolvimento de atividades educativas em grupo

Espaço adequado para práticas corporais/atividade física e/ou práticas integrativas complementares de saúde (taichichuan; ioga etc)

52. Em sua opinião, quais são os pontos críticos a serem melhorados para implementação do cuidado a pessoa com sobrepeso e obesidade no seu município?

Bloco G – Organização do Cuidado às pessoas com Sobrepeso e Obesidade

O bloco de cuidado é dividido em 3 partes: atendimento individualizado, atividades em grupo e atividades comunitárias. Este bloco que você responderá agora refere-se ao **atendimento individualizado**.

53. A unidade de saúde onde você atua oferece atendimento individual relacionado ao sobrepeso/obesidade?

- Sim
- Não
- Não sei

Se sim, responder 54 - 60

*54. Quais públicos apresentam a maior demanda de ações/orientações de alimentação e nutrição no atendimento individual relacionadas ao sobrepeso/obesidade?

- Gestantes adolescentes
- Gestantes adultas
- Nutrizes/Puérperas
- Crianças menores de 2 anos de idade
- Crianças de 2-4 anos de idade
- Crianças de 5-9 anos de idade
- Adolescentes (entre 10 e 19 anos)
- Mulheres adultas (de 20 a 59 anos)
- Homens adultos (de 20 a 59 anos)
- Mulheres idosas (a partir de 60 anos)
- Homens idosos (a partir de 60 anos)

55. Considerando o atendimento individual de pessoas com sobrepeso/obesidade em qualquer fase do curso da vida, quais são as principais formas de captação desses usuários na sua unidade de saúde?

Atividades de Promoção da Saúde na comunidade

Avaliação nutricional dos participantes do Programa Bolsa Família

Busca ativa

Demanda espontânea

Encaminhamento de pacientes por outros pontos de atenção

Encaminhamento de pacientes por outros setores públicos (educação, assistência social, por exemplo)

Grupos operativos ou de promoção da saúde da Unidade de Saúde

Polos do Academia de Saúde

Programa Saúde na Escola

Outras (Quais?):

*56. Quais atividades são realizadas na(s) sua(s) Unidade(s) de saúde no cuidado individual de pessoas com sobrepeso/obesidade?

Acompanhamento/suporte psicológico

Atendimento nutricional - orientação direcionada ou prescrição dietética/plano alimentar definido **por nutricionista**

Atendimento/acompanhamento domiciliar

Avaliação antropométrica periódica (aferição de peso, altura, pregas cutâneas, circunferências - com análise dos dados)

Avaliação periódica do consumo alimentar por meio do SISVAN (e-SUS)

Cuidado compartilhado / multidisciplinar

Elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Escuta Qualificada

Oferta de práticas corporais e atividade física no espaço da Academia da Saúde

Oferta de Práticas Integrativas Complementares de Saúde (PICS)

Orientação alimentar (aquela que todo o profissional pode fazer)

Orientação relacionada a atividade física/práticas corporais (aquela que todo o profissional pode fazer)

Outras orientações para promoção da saúde (ex.: qualidade do sono, controle da pressão arterial, da glicemia e do tabagismo).

Pactuação de metas e resultados do cuidado alimentar e nutricional entre usuário e profissional

Tratamento Medicamentoso

Outras (Quais?):

*57. Para a maior parte dos usuários acompanhados individualmente pela condição de sobrepeso/obesidade, enumere as alternativas, de acordo com a frequência de realização das ações:

Atendimento nutricionista

Suporte psicológico

Atendimento médico

Atendimento com fisioterapeuta

Atendimento com profissional de educação física

Outras (Quais?):

*58. Em sua opinião, qual a adesão dos usuários às orientações alimentares/ prescrições dietéticas realizadas no atendimento individual de pessoas com sobrepeso/obesidade?

Adolescentes (entre 10 e 19 anos)

Mulheres adultas (de 20 a 59 anos)

Homens adultos (de 20 a 59 anos)

Mulheres idosas (a partir de 60 anos)

Homens idosos (a partir de 60 anos)

*59. Na sua percepção, quais são os prováveis motivos para baixa adesão dos usuários às orientações alimentares/prescrições dietéticas?

*60. A unidade de saúde faz abordagem familiar na atenção nutricional aos usuários com sobrepeso/obesidade (envolvimento da família e cuidador para apoiar o tratamento)?

- Sim
- Não
- Não sei

Se sim, responder 61

61. Como é realizada a abordagem familiar na atenção nutricional às pessoas com sobrepeso/obesidade:

Entrevista familiar (na unidade, por telefone)

Visita/atendimento domiciliar

Uso de instrumentos (ex.: genograma familiar, ecomapa ou outro)

Outras ações (Quais?):

ATENDIMENTO EM GRUPO

Inclui atividades destinadas às pessoas com sobrepeso/obesidade cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde e acompanhada pelas equipes que atuam nela ou no NASF vinculado. Podem ser desenvolvidas fora ou dentro das Unidades de Saúde.

62. A Unidade de Saúde aonde você atua desenvolve atividades com grupos de pessoas com sobrepeso/obesidade?

- Sim
- Não, a unidade de Saúde não desenvolve atividades em grupo baseadas na condição “sobrepeso/obesidade”
- Não sei

Se 62 sim, responder 63 – 67

63. Quais públicos apresentam a maior demanda de ações/orientações de alimentação e nutrição nas atividades em grupo relacionadas ao sobrepeso/obesidade?

Gestantes e/ou suas parcerias conjugais e/ou família
 Nutrizes/ Puérperas
 Familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 2 anos de idade
 Crianças de 2-4 anos de idade
 Crianças de 5-9 anos de idade
 Familiares e/ou cuidadores de crianças de 2 até 9 anos de idade
 Adolescentes (entre 10 e 19 anos)
 Crianças e Adolescentes, no âmbito do Programa Saúde na Escola
 Adultos (de 20 a 59 anos)
 Idosos (pessoas acima de 60 anos)
 Familiares e/ou cuidadores de idosos
 Beneficiários do Programa Bolsa Família e outros programas que atendam população em vulnerabilidade

*64. Quais estratégias são utilizadas nas atividades em grupo de pessoas com sobrepeso/obesidade? Indique ao lado daquelas realizadas a frequência da atividade:

Abordagem psicológica e/ou encontros motivacionais
 Ações de promoção da alimentação adequada e saudável para grupos de usuários
 Ações em grupos para o autocuidado apoiado e abordagem cognitiva comportamental
 Adoção das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) para apoio ao tratamento
 Atividade física/práticas corporais no Polo Academia da Saúde
 Compartilhamento/trocas de experiência (entre os participantes do grupo)
 Construção de redes de apoio social e familiar para apoiar os usuários na adesão ao tratamento
 Controle de peso corporal e/ou pressão arterial e/ou glicemia
 Incentivo a participação dos usuários nos conselhos locais (de saúde e de SAN) para reivindicação de ações territoriais para promoção da alimentação saudável e da infraestrutura adequada para prática de atividades físicas e práticas corporais
 Oficinas culinárias e outras atividades que valorizem a cultura alimentar local
 Orientação alimentar em grupo
 Palestras temáticas/ rodas de conversa na UBS para os cadastrados nos grupos
 Reconhecimento das práticas de compra de alimentos dos usuários e orientar compras de alimentos mais saudáveis do comércio local (em feiras de rua, feiras em locais de trabalho, feiras de agricultores e produtores locais, feiras agroecológicas, feiras de produtos artesanais)
 Outras (Quais?):

*65. São realizados acompanhamentos dos resultados alcançados nas atividades em grupo?

- Sim

- Não
- Não sei

*66. Em sua opinião, qual é o nível de adesão dos usuários com sobrepeso/obesidade às atividades em grupo desenvolvidas?

Adolescentes (entre 10 e 19 anos)
 Mulheres adultas (de 20 a 59 anos)
 Gestantes e puérperas/nutrizes, de qualquer faixa etária
 Homens adultos (de 20 a 59 anos)
 Mulheres idosas (a partir de 60 anos)
 Homens idosos (a partir de 60 anos)

*67. Na sua percepção, quais são os prováveis motivos para a baixa adesão dos usuários com sobrepeso/obesidade às atividades em grupo desenvolvidas?

ATENDIMENTO COMUNITÁRIO

Envolve e qualquer atividade promovida ou sob iniciativa da UBS ou de algum de seus profissionais que são realizadas para público do território, independentemente de as pessoas estarem cadastradas ou em tratamento na UBS OU das quais participem os profissionais a convite de outros órgãos públicos, na perspectiva da intersetorialidade.

68. A Unidade de Saúde aonde você atua desenvolve ações de prevenção do sobrepeso/obesidade e de promoção da saúde junto à comunidade adscrita (território)?

- Sim
- Não
- Não sei

Se sim, responder 69 – 74

*69. As prevalências de sobrepeso e obesidade são levadas em consideração no atendimento comunitário promovido pela (ou com participação) da UBS?

- Sim
- Não
- Não sei

*70. Essas atividades comunitárias realizadas pela UBS ou NASF são destinadas a quais públicos?

Gestantes e/ou suas parcerias e/ou família
 Nutrizes/ Puérperas
 Familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 2 anos de idade
 Crianças de 2-4 anos de idade
 Crianças de 5-9 anos de idade
 Familiares e/ou cuidadores de crianças de 2 até 9 anos de idade
 Adolescentes (entre 10 e 19 anos)

Crianças e Adolescentes, no âmbito do Programa Saúde na Escola

Adultos (de 20 a 59 anos)

Idosos (pessoas acima de 60 anos)

Familiares e/ou cuidadores de idosos.

Beneficiários do Programa Bolsa Família e outros

programas que atendam população em vulnerabilidade

População geral, sem distinção

Outros (Quais?):

*71. Indique as condições que justificam o desenvolvimento das atividades comunitárias promovidas pela (ou com participação) da UBS, considerando as prevalências de sobrepeso/obesidade no território:

Atividades comunitárias apresentam melhores resultado na intervenção em pessoas com sobrepeso e obesidade/ maior efetividade das ações quando são realizadas no território

Baixa aderência dos usuários às orientações alimentares individuais, por impossibilidades pessoais/familiares de segui-las (incapacidade financeira, falta de acesso físico a alimentos adequados, falta de oferta local de alimentos saudáveis, falta de tempo para o preparo das refeições)

Baixa resolutividade das abordagens em grupo com usuários com sobrepeso/obesidade sob tratamento nutricional na unidade

Baixa resolutividade dos atendimentos nutricionais individuais

Características geográficas locais (distância da UBS/UFS; UBS/UFS de difícil acesso; atendimentos esparsos de equipes móveis... etc)

Demanda de outros setores de políticas públicas (SAN, educação, etc)

Demanda dos moradores locais

Demanda e recomendação oriundas do Conselho Local de Saúde

Estratégia mais adequada para atingir as pessoas que não podem comparecer a UBS no horário de funcionamento

Estratégia que possibilita a integração mais efetiva da equipe de NASF-AB no cuidado das pessoas com sobrepeso/obesidade

Inexistência de atendimento nutricional individualizado na unidade porque não temos nutricionista

Iniciativa de parceiros não governamentais (sociedade civil, Pastoral da Criança, Pastoral da Saúde, conselhos de entidades médicas e/ ou de profissionais da saúde)

Iniciativa de profissionais (individualmente ou em equipe) para fortalecer a promoção da saúde no território

Iniciativa do governo municipal local

Outras (Quais?):

*72. Quais as estratégias mais utilizadas nessas atividades comunitárias? Indique ao lado daquelas realizadas, a frequência da atividade.

Ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física/práticas corporais em espaços da comunidade (escolas e creches, públicas e privadas, praças e parques, Polos da Academia da Saúde, quadra de esportes, centros de convivência comunitária, etc)

Ações de vigilância nutricional para aferição de peso e IMC dos usuários

Apoio à implantação e manutenção de hortas comunitárias e domiciliares, quintais orgânicos, hortas periurbanas, por meio da articulação com outros setores públicos e parcerias locais

Articulação intersetorial para desenvolver ações de educação alimentar e nutricional na comunidade (ex.: Criança Feliz, Programa Bolsa Família, rede de assistência social, Programa Saúde na Escola)

Articulação para desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada em parceria com equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional do território (feiras, restaurantes populares, mercados públicos, hortas comunitárias, bancos de alimentos, cozinhas comunitárias, central de abastecimento municipal)

Articulação para restrição da comercialização de alimentos não saudáveis nos equipamentos públicos e sócio-comunitários do território (escolas, creches, hospitais, faculdades, e arredores)

Articulações com o gestor da SAN local para promover e disseminar circuitos curtos de oferta e comercialização de alimentos saudáveis (feiras de rua, feiras em locais de trabalho, feiras de agricultores e produtores locais, feiras agroecológicas, feiras de produtos artesanais)

Discussões com a comunidade sobre os determinantes/causas dos problemas alimentares e nutricionais existentes no território

Mobilização da comunidade para atuação junto ao poder legislativo local para promulgação de leis regulamentadoras do comércio de alimentos em escolas e espaços públicos

Organização de grupos de pessoas para “adoção” de um agricultor familiar ou participação em “coletivos que sustentam a agricultura” para garantir a compra de alimentos mais saudáveis (orgânicos, ecologicamente sustentáveis ou oriundos da agricultura familiar)

Promoção da participação dos usuários nos conselhos locais (de saúde e de SAN) para reivindicação de ações territoriais para promoção da alimentação saudável e da infraestrutura adequada para prática de atividades físicas e práticas corporais

Realização de atividades de reconhecimento e interação com o sistema de comercialização de alimentos local para orientar as práticas e melhores escolhas de alimentos

Realização de atividades para conhecer **os sistemas alimentares** urbano-rurais (è inserir conceito) e propor sua adequação ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e autoridades locais

CONCEITO: Subconjunto de processos que vão desde a produção até o consumo de alimentos. Envolve a produção de alimentos, abastecimento, distribuição, comercialização, consumo, descarte de resíduos, agroecologia, sustentabilidade, reciclagem, determinantes econômicos, dinâmica dos sistemas alimentares, e muitos outros aspectos. Conhecer e entender os sistemas alimentares locais é essencial para o entendimento da relação alimentação e saúde e para a garantia da SAN.

Fonte: Redenutri

Realização de eventos para promoção da saúde e PAAS em datas comemorativas e em espaços públicos e equipamentos sociais;

Realização de oficinas culinárias e outras atividades que valorizem a cultura alimentar local

Reuniões abertas à população e realizadas por profissionais locais para promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) (ex.: palestras, compartilhamentos de casos e outros)

Outras (Quais?):

*73. São realizados acompanhamentos dos resultados alcançados nessas atividades comunitárias (ex. pesquisa de satisfação, ou acompanhamento da mudança de comportamento relacionados a práticas/escolhas alimentares e/ou práticas de atividade física, ou na escolha de alimentos (origem, composição nutricional etc), na hora da compra, ou alteração de condição clínica das pessoas)?

- Sim
- Não
- Não sei

*74. Em sua opinião, qual é o nível de adesão (presença e/ou frequência e/ou participação) dos usuários nessas atividades comunitárias?

- Alta adesão
- Adesão parcial
- Baixa adesão
- Não sei

Bloco H: FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS para o cuidado às pessoas com sobrepeso/obesidade

Este bloco pretende identificar qual é a aproximação e envolvimento que o profissionais de saúde/equipes com as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) que objetivam a promoção da

- Não tive dificuldades em explorar/aplicar o conteúdo do material
- Outras (Quais?):

87. Além das publicações citadas anteriormente, quais são as referências/publicações/informações/instrumentos utilizados pelos profissionais da unidade de saúde no cuidado com pessoas com sobrepeso/obesidade?

Informações obtidas em livros didáticos E/OU publicações científicas
 Informações obtidas com profissionais da saúde, a exemplo de nutricionistas e nutrólogos
 Informações obtidas na internet (sites e canais de “**Digital Influencer**” (Verificar conceito abaixo)

CONCEITO: Indivíduo que utiliza uma rede social para expressar análises e influenciar a opinião de outros indivíduos, através de publicações em texto ou vídeo online e que são seguidos por um determinado público (Fonte: Wikipédia).

Orientações obtidas na formação acadêmica
 Diretrizes e consensos das Sociedades Brasileiras, principalmente aquelas relacionadas às doenças crônicas (Cardiologia, Diabetes, Obesidade e Síndrome Metabólica, Hipertensão)
 Pirâmide alimentar e/ou Roda dos Alimentos e/ou outros ícones para orientação alimentar
 Outras (Quais?):

Bloco J - Monitoramento e Avaliação relacionados ao cuidado com as pessoas com sobrepeso/obesidade

88. A equipe de saúde possui **processos coletivos** de avaliação do trabalho e dos resultados alcançados no cuidado com pessoas com sobrepeso/obesidade?

- Sim
- Não
- Não sei

89. A equipe realiza Vigilância Alimentar e Nutricional?

- Sim
- Não
- Não sei

Se sim, responder 90

90. Quais ferramentas de Vigilância Alimentar e Nutricional a equipe utiliza para monitoramento e avaliação do cuidado com as pessoas com sobrepeso/obesidade?

Atualização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na UBS (SISVAN web)
 Avaliação do estado nutricional de escolares (Programa Saúde na Escola ou articulação independente)
 Mapas de evolução nutricional
 Monitoramento de dados antropométricos (peso, altura/estatura, circunferências, etc.)
 Monitoramento de dados de consumo alimentar (frequência do consumo de frutas, legumes, verduras, alimentos altamente industrializados, marcadores do SISVAN)
 Relatórios da situação nutricional dos usuários da unidade
 Outras (Quais?):

91. As informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e/ou do e-SUS -AB são utilizadas para apoiar a tomada de decisão?

- Sim
- Não
- Não sei

92. Em quais níveis de tomada de decisão, as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e/ou do e-SUS AB são utilizadas?

Apoio ao Conselho Municipal de Saúde e ao Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional municipal para subsidiar sua atuação

Interlocução com secretaria da educação para apoiar mudança nos cardápios escolares

Planejamento e definição de prioridades de ações intersetoriais (Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional, Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, e setores públicos relacionados à alimentação e nutrição) no município ou território

Planejamento e gestão da Atenção Primária de Saúde no município

Planejamento da atenção ambulatorial secundária especializada no município

Planejamento e gestão da Atenção Primária de Saúde prestada pela UBS/território

Planejamento e gestão das ações de alimentação e nutrição na UBS/território

Planejamento e reorientação das estratégias de planejamento, orientação abordagem das atividades comunitárias fomentadas pela UBS

Planejamento e reorientação das metodologias e estratégias de coordenação, gestão e execução das atividades em grupo

Planejamento e reorientação do trabalho da equipe da UBS

Reavaliação do cuidado nutricional individualizado pelos profissionais competentes

Outras (Quais?):

93. Há mecanismos de avaliação da satisfação do usuários com sobrepeso e obesidade atendidos na UBS ou pelas equipes ESF e NASF?

- Sim
- Não
- Não sei

Se sim, responder 94

94. Cite alguns dos mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários com sobrepeso/obesidade atendidos na UBS ou pelas equipes ESF e NASF?

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: 8

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: 5.539.258

Apresentação do Projeto:

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 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,

Endereço: Av. das Baraúnas, 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@setor.uepb.edu.br

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 parceiras 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:

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:

LÊ-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.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem fundamentada, com objetivos coerentes, metodologia explicativa e viável. O projeto também apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão em conformidade com a Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Endereço: Av. das Baraúnas, 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@setor.uepb.edu.br

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1945488_E2.pdf	12/07/2022 17:04:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_IMPACTO.pdf	16/06/2022 11:47:05	POLIANA DE ARAUJO PALMEIRA	Aceito
Outros	Termovoz_impacto.pdf	16/06/2022 11:42:40	POLIANA DE ARAUJO PALMEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo.pdf	16/06/2022 11:40:30	POLIANA DE ARAUJO PALMEIRA	Aceito
Outros	impacto_Quest_GESTOR.pdf	13/05/2022 07:09:23	POLIANA DE ARAUJO PALMEIRA	Aceito
Outros	impacto_Quest_PROFSSIONAIS.pdf	13/05/2022 07:08:11	POLIANA DE ARAUJO PALMEIRA	Aceito
Outros	emendaavaliacaodeimpacto.pdf	13/05/2022 07:06:25	POLIANA DE ARAUJO PALMEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdiagnosticoadendo.pdf	11/11/2020 14:39:03	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Outros	termodados.pdf	06/11/2020 15:44:21	Carla Campos Muniz Medeiros	Aceito
Outros	termoparautilizacaodadossecundarios.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	folharosto1.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

Endereço: Av. das Baraúnas, 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@setor.uepb.edu.br

Outros	declaracaoconcordancia.pdf	23/07/2019 15:08:26	Carla Campos 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,
21 de Julho de 2022

Assinado por:
Gabriela Maria
Cavalcanti Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 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@setor.uepb.edu.br

