

Organização, gestão e cuidado nutricional de pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde

Organization, management and nutritional care of overweight and obesity people in Primary Health Care

Karine Alves Mariani, Roberta Sena Reis, Karine Anusca Martins, Bibiana Arantes Moraes, Lara Lúvia Santos da Silva, Maria do Rosário Gondim Peixoto

Autoria

RESUMO

Metadados

Objetivo: Avaliar a organização, gestão e o cuidado nutricional ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado com 54 profissionais da Atenção Primária à Saúde da cidade de Goiânia-GO. Os dados foram obtidos por meio do questionário eletrônico semiestruturado e autoaplicável. **Resultados:** Os profissionais participantes eram enfermeiros 88,9%, e com mais de cinco anos na função atual 79,6%. Ao analisar a infraestrutura e mobiliário, apenas 11,1% relataram cadeiras e bancos adequados, 33,3% acessibilidade física. O mapeamento do território foi referido por 51,8% dos profissionais. As principais estratégias para organização do cuidado e tratamento foram: central de regulação 79,6%, referência e contrarreferência 77,8%. **Conclusão:** Os resultados deste estudo refletem que a APS em Goiânia-GO, está em processo de implantação da gestão e cuidado nutricional que atendam às políticas públicas previstas para a prevenção e manejo do sobrepeso e obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Saúde Pública. Sobrepeso. Obesidade.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the organization, management, and nutritional care offered to overweight and obese individuals in primary healthcare (PHC) centers. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 54 professionals from PHC in the city of Goiânia-GO. Data were obtained using a semi-structured, self-administered electronic questionnaire. **Results:** The participating professionals were predominantly nurses (88.9%) with more than five years in their current position (79.6%). Regarding office infrastructure, including seating, only 11.1% reported adequate chairs and benches, while 33.3% reported adequate physical accessibility. Territory mapping was reported by 51.8% of professionals. The main strategies for organizing care and treatment were central regulation (79.6%), and referrals and counter-referrals (77.6%). **Conclusion:** The results of this study reflect that PHC in Goiânia-GO is in the process of implementing management services and nutritional care that meet the public policy standards envisaged for the prevention and management of overweight conditions and obesity.

KEYWORDS: Primary Health Care. Public Health. Overweight. Obesity.

INTRODUÇÃO

A má alimentação tem como consequência o surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Atualmente, em todo o mundo, o sobrepeso e a obesidade são as principais causas de saúde precária no ser humano¹. A obesidade faz parte do conceito de Síndrome Global, que é a união das três pandemias: desnutrição, obesidade e mudanças climáticas; essas estão intimamente ligadas e têm impactos significativos na saúde humana¹. Diante dessa realidade, a prevalência de sobrepeso e obesidade cresce em um ritmo alarmante, afetando países de alta, média e baixa renda².

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a expectativa para 2025 é de que 2,3 bilhões de adultos no mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade, classificada pelo Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30,0 kg/m². De acordo com os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), no Brasil, 57,5% da população adulta (acima de 18 anos) estão com excesso de peso; e 21,5%, com obesidade³. Em Goiânia, GO, a frequência de adultos com obesidade foi de 15,1% entre os homens; e 14,5%, entre as mulheres^{3,4}.

A obesidade apresenta consequências negativas para a saúde, como o prejuízo da qualidade de vida e do bem-estar da população, bem como traz altos custos financeiros em saúde⁵⁻⁶. Portanto, a partir disso, não se deve tratar a obesidade como um fator isolado; o planejamento das ações de saúde para prevenir e controlar essa pandemia deve contemplar ações multissetoriais abrangentes⁷.

Para combater a predominância do sobrepeso e da obesidade, há inúmeras recomendações de organizações nacionais e internacionais, além da implementação de diversas políticas públicas em saúde. No entanto, há desafios em relação ao cuidado com a obesidade, pois todo esse processo de cuidado em saúde apresenta fragilidades, podendo se tornar lento e muitas vezes instável⁷⁻⁹.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) como as principais portas de entrada para a Atenção Primária à Saúde (APS). Essas unidades de saúde são fundamentais para prevenir, controlar e tratar a obesidade^{9,10}. A Linha de cuidado (LC) ao indivíduo com sobrepeso e obesidade na APS deve garantir atenção integral e um conjunto de cuidados que envolvam ações para prevenir e controlar o excesso de peso^{11,12}. A melhoria dos processos assistenciais e consolidação das políticas públicas de saúde são fundamentais para o enfrentamento da obesidade.

No entanto, muitos municípios brasileiros precisam lidar com a falta de recursos financeiros, físicos e técnicos¹⁰⁻¹⁴. Também, a formação técnica e a acadêmica dos profissionais

e gestores da APS devem estar estruturadas à complexidade do SUS, assim como aos seus problemas, desafios, processos, procedimentos e organização¹⁵⁻¹⁶.

Ao examinar o cuidado nutricional na APS, é possível avaliar como os profissionais de saúde lidam com a obesidade, analisar quais abordagens são utilizadas, examinar se há protocolos estabelecidos, verificar se existe uma equipe multidisciplinar envolvida e observar como ocorre a coordenação do trabalho. Essa investigação pode ajudar a se identificarem pontos fortes e fracos no cuidado oferecido, bem como se detectarem as necessidades de capacitação e os recursos adicionais¹⁶⁻¹⁷.

Ao se constatarem as lacunas na organização e no cuidado nutricional, é admissível desenvolver estratégias mais eficazes para abordar a obesidade na APS. Isso pode incluir a implementação de programas de educação em saúde, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), a oferta de suporte psicológico e comportamental, o fortalecimento da comunicação entre os profissionais de saúde e a inclusão de medidas preventivas e de promoção da saúde no cotidiano da equipe. Com isso, investigar a atenção nutricional na APS e o processo de trabalho dos profissionais e suas equipes contribui para se reconhecerem as lacunas na organização e no cuidado nutricional oferecido a esses indivíduos¹⁶⁻¹⁹. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a organização, a gestão e o cuidado nutricional ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS.

MÉTODOS

Estudo de delineamento transversal, a definição da metodologia (desenho do estudo, tamanho da amostra e instrumento de coleta de dados) foi uma construção conjunta entre a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS) e representantes das Instituições de Ensino Superior (IES) que coordenaram os projetos estaduais. Nesse estudo, o público de interesse foram os profissionais de saúde que estivessem, preferencialmente, à frente das ações de alimentação e nutrição, vinculados aos sete Distritos Sanitários (DS) de Goiânia, que são: norte, noroeste, sul, sudoeste, oeste, leste e campinas-centro.

A definição do tamanho da amostra considerou o plano de amostragem aleatória simples com margem de erro de 5,0%, nível de confiança de 95%, considerando equação:

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

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 erro²⁰.

O cálculo da amostra foi com base no número de unidades de saúde do município (n=82). Foi obtida uma amostra de 69 unidades de saúde que se encaixavam como UBS e USF. Em seguida, a CGAN/MS enviou uma planilha com a relação dessas unidades para a coordenação estadual do projeto.

Os pesquisadores realizaram contato com os gestores das unidades de saúde para que esses indicassem um profissional da unidade correspondente para responder ao questionário. Os indicados foram convidados por *e-mail* e contato telefônico. No caso de aceite, foi enviado aos contemplados um *link* de acesso ao questionário eletrônico.

Os dados foram obtidos por meio de questionário eletrônico semiestruturado e autoaplicável, utilizando a ferramenta *on-line SurveyMonkey*. Os prazos para preencher o questionário foram de 30 dias, após o envio do *link* de acesso; e de 15 dias, após o primeiro acesso. Caso o profissional não respondesse dentro desses prazos, a equipe entrava em contato novamente para solicitar o preenchimento. Após três tentativas de contato sem sucesso, era pedida a indicação de outro profissional de saúde para os gestores das unidades. Para ampliar a participação dos profissionais de Goiânia, questionários impressos foram entregues aos profissionais de 14 unidades, os quais consentiram em participar nesse formato. Posteriormente, as respostas desses questionários foram acrescentadas manualmente ao banco de dados do estudo (planilha do Excel com os dados exportados do *SurveyMonkey*).

O questionário era composto por 88 questões objetivas e 11 discursivas, distribuídas em 10 blocos, com tempo médio de resposta de 50 minutos. Esse contemplava dados sobre a identificação da UBS e ESF e do respondente; a análise do território; a implementação da Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade (LCSO); a formação de profissionais e organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade; os instrumentos/as ferramentas de apoio à atenção nutricional; e o monitoramento, a avaliação e a coordenação relacionados ao cuidado da saúde dessas pessoas.

As variáveis de interesse foram analisadas e relacionadas a cinco diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); já os resultados e a discussão foram organizados de acordo com o processo de trabalho desenvolvido no âmbito da APS¹³. O banco de dados foi gerado no Programa *Microsoft Excel*, versão 2010.

Para a análise dos dados, foi utilizado o STATA, versão 12.0. Fez-se a análise estatística descritiva, por meio das frequências absolutas e relativas, além do teste exato de Fisher, para verificarem-se as diferenças de proporções, segundo a localização das unidades de saúde (urbana central e urbana periférica) ($p < 0,05$). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (parecer n.º 3.753.251; CAAE n.º 26543219.5.0000.5083) e obteve anuência prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, GO.

RESULTADOS

Foram investigados 54 profissionais de saúde, dos quais 98,1% eram mulheres, as quais apresentavam idade ≥ 40 anos (76,0%), cor da pele ou etnia não brancas (61,1%). A enfermagem foi a categoria mais representada (88,9%); e 79,6% trabalhavam há mais de cinco anos nas unidades de saúde. As unidades de saúde estavam localizadas na região periférica (64,8%) ou central (35,2%) de Goiânia, onde 66,7% eram USF; e 33,3%, UBS (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização do perfil dos profissionais de saúde da atenção primária participantes do estudo. Goiânia, GO, 2021

Variáveis	n (n=54)	%
Sexo		
Feminino	53	98,1
Masculino	1	1,9
Faixa etária		
< 40 anos	13	24,0
> 40 anos	41	76,0
Sexo		
Feminino	53	98,1
Masculino	1	1,9
Cor da pele ou Etnia		
Branco	21	38,8
Não brancos	33	61,1
Profissão		
Enfermagem	48	88,9
Medicina	1	1,8
Odontologia	4	7,4
Terapia Ocupacional	1	1,8
Tempo de atuação		
0 a 5 anos	11	20,4
+ 5 anos	43	79,6
Região de atuação		
Urbana Central	19	35,2
Urbana Periférica	35	64,8
Unidade de atuação		
Unidade Básica de Saúde (UBS)	18	33,3
Unidade Saúde da Família (USF)	36	66,7

Fonte: elaborada pelas autoras

As unidades de saúde (UBS e USF) careciam de mobiliário e, ou, equipamentos específicos para o cuidado de sobrepeso e obesidade. Apenas 11,1% dos profissionais relataram

a presença de cadeiras e bancos adequados; e 24,0% referiram ter balanças com capacidade para 230 kg.

Em relação à infraestrutura, apenas 18,5% relataram sobre a presença de mesa de exame na unidade de saúde; 33,3%, de acessibilidade física; 14,8%, espaço adequado para atividades educativas em grupo; 7,4%, espaço adequado para práticas corporais/atividades física; e apenas 1,8%, veículo adaptado para o transporte de pessoas com obesidade. Não houve diferença significativa entre as unidades de saúde das regiões central e periférica, exceto para a presença de espaço adequado para atividades educativas em grupo. Ressaltou-se que 31,6% dos profissionais da região central notificaram a presença de espaço adequado para atividades educativas em grupo, enquanto apenas 5,7% da região periférica expuseram a presença desse espaço ($p=0,027$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Mobiliário, equipamentos e infraestrutura para o cuidado da pessoa com sobrepeso/obesidade em unidades de saúde da atenção primária de acordo com a localização Goiânia-GO, 2021

Estrutura	Total (n=54)	Central (n=19)	Periférica (n=35)
	n (%)		
Cadeiras/Banco adequados	6 (11,1)	3 (15,8)	3 (8,6)
Mesa de exame	10 (18,5)	2 (10,5)	8 (22,9)
Cadeira de rodas	13 (24,0)	4 (21,0)	9 (25,7)
Maca de transferência	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (2,8)
Balança com capacidade 230 kg	13 (24,0)	4 (21,0)	9 (25,7)
Aparelhos de pressão com manguito especial	30 (55,6)	12 (63,1)	18 (51,4)
Acessibilidade (largura das portas e corredores, rampas)	18 (33,3)	7 (36,8)	11 (31,4)
Barras de segurança	10 (18,5)	2 (10,5)	8 (22,9)
Banheiros adequados (largura, rampas de acesso)	13 (24,0)	6 (31,6)	7 (20,0)
Espaço adequado para atividades educativas em grupo	8 (14,8)	6 (31,6)	2 (5,7)*
Espaço adequado para práticas corporais/atividade física	4 (7,4)	3 (15,8)	1 (2,9)
Veículo adaptado para o transporte de pessoas obesas	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (2,8)

*Diferença estatística entre as regiões Central e Periférica pelo Teste Exato de Fisher ($p=0,027$)

Fonte: elaborada pelas autoras

No âmbito da atenção nutricional, pouco menos de 1/3 dos profissionais analisou os dados para diagnóstico dos usuários e do território (estado nutricional e, ou, consumo alimentar dos usuários; e estudos sobre determinantes dos problemas alimentares e nutricionais no território). Apenas 20,4% discutiram os indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) do território com a equipe deles. O mapeamento do território - instrumento para o planejamento, alimentado por informações geográficas, ambientais, sociais, demográficas e de saúde, obtidas por meio do processo de territorialização - foi referido pela maioria dos profissionais (51,8%); o

mapeamento das estruturas comunitárias (57,4%) e o da existência de programas de proteção social (50,0%) foram os mais frequentes. As principais prioridades identificadas no mapa do território foram as residências/famílias com vulnerabilidade social e DCNT. As DCNT e a má nutrição (sobrepeso/obesidade e desnutrição) foram mais frequentes na região periférica de Goiânia ($p < 0,05$). As demais variáveis não apresentaram diferença estatística. A seleção e priorização dos problemas por meio da discussão com as equipes de saúde, os conselhos de saúde e a secretaria de saúde foram referidas por 25,9% dos profissionais (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência das ações de diagnóstico dos usuários e do território, no âmbito da atenção nutricional, de acordo com a localização das unidades de saúde. Goiânia-GO, 2021

Ações de diagnóstico	Total (n=54)	Central (n=19)	Periférica (n=35)
	n (%)		
Análise de dados/diagnóstico dos usuários e do território	14 (25,9)	4 (21,0)	10 (28,6)
Equipe discute os indicadores de VAN do território	11 (20,4)	5 (26,3)	6 (17,1)
Mapeamento do território e/ou saúde - Prioridades	28 (51,8)	8 (42,1)	20 (57,1)
Mapeamento das estruturas comunitárias	31 (57,4)	9 (47,4)	22 (62,8)
Mapeamento das áreas de risco de InSAN	15 (27,8)	5 (26,3)	10 (28,6)
Mapeamento de programas sociais (PBF e outros)	27 (50,0)	8 (42,1)	19 (54,3)
Mapeamento dos equipamentos de SAN	15 (27,8)	5 (26,3)	10 (28,6)
Mapeamento sistema alimentar, costumes e tradições	12 (22,2)	4 (21,0)	8 (22,8)
Famílias/residências com vulnerabilidade social	26 (48,1)	8 (42,1)	18 (51,4)
Famílias/residências com DCNT	32 (59,2)	8 (42,1)	24 (68,6)*
Famílias/residências com pessoas com S/O	24 (44,4)	5 (26,3)	19 (54,3)**
Famílias/residências com pessoas com desnutrição	22 (20,7)	6 (31,6)	16 (45,7)***
Seleção e priorização dos problemas	14 (25,9)	4 (21,0)	10 (28,6)

EN: estado nutricional; VAN: vigilância alimentar e nutricional; InSAN: insegurança alimentar e nutricional; PBF: Programa Bolsa Família; SAN: segurança alimentar e nutricional; DCNT: doença crônica não transmissível; S/O: sobrepeso/obesidade; UBS: unidade básica de saúde; NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Teste exato de Fisher * $p = 0,011$, ** $p = 0,007$, *** $p = 0,010$

Fonte: elaborada pelas autoras

As estratégias desenvolvidas em Goiânia para coordenar e organizar o cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade percorridas pela maioria dos profissionais foram as de possuir: central de regulação (79,6%), fluxo de referência e contrarreferência (77,8%), estratificação de risco de gravidade para sobrepeso e obesidade (62,9%), protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas na APS (59,3%) e gestão de listas de esperas para consultas e, ou, cirurgias (51,8%). Apesar de esse local não possuir a organização do sistema de saúde para garantir um cuidado integrado e continuado, com o objetivo de atender às necessidades de saúde do usuário do SUS, em sua integralidade (LCSO), regularizada pela secretaria de saúde, essa tática foi dita por 16,7% dos profissionais (Tabela 4).

Entre as ações de VAN adotadas no cuidado, 92,6% dos profissionais relataram a coleta de peso, altura e cálculo de IMC; 40,7%, avaliaram o consumo alimentar; 33,3%, analisaram a composição corporal dos usuários com adipômetro e, ou, medidas das circunferências corporais; e 66,6%, referiram o diagnóstico nutricional precoce a partir do acompanhamento nutricional e dos exames clínicos e laboratoriais.

Em relação às principais estratégias de tratamento do sobrepeso e obesidade, a maioria dos profissionais discorreu sobre o cuidado nutricional (75,9%), o tratamento cirúrgico (64,8%), o cuidado psicológico (61,1%) e a abordagem familiar (51,8%). Não houve diferença entre a percepção dos profissionais das unidades de saúde das regiões urbana, central e periférica para os dados apresentados (Tabela 4).

Tabela 4 – Percepção dos profissionais de saúde sobre a coordenação e organização do cuidado às pessoas com sobrepeso/obesidade de acordo com a localização das unidades de saúde. Goiânia-GO, 2021

Coordenação e organização do cuidado	Total (n=54)	Central (n=19)	Periférica (n=35)
	n (%)		
Estratégias para organização e coordenação no município			
Estratificação de risco de gravidade para S/O	34 (62,9)	12 (63,2)	22 (62,9)
Fluxo de referência e contrarreferência	42 (77,8)	16 (84,2)	26 (74,3)
Gestão de caso (para casos complexos)	18 (33,3)	5 (26,3)	13 (37,1)
Gestão de listas de esperas (para consultas e/ou cirurgias)	28 (51,8)	11 (57,9)	17 (48,6)
Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (LCSO)	9 (16,7)	4 (21,0)	5 (14,3)
Projeto terapêutico singular	16 (29,6)	4 (21,0)	12 (34,3)
Central de regulação	43 (79,6)	14 (73,7)	29 (82,9)
Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas na APS	32 (59,3)	9 (47,4)	23 (65,7)
Coleta do peso, altura e cálculo de IMC (SISVAN e-SUS)	50 (92,6)	17 (89,4)	33 (94,3)
Avaliação do consumo alimentar	22 (40,7)	8 (42,1)	14 (40,0)
Avaliação da composição corporal com adipômetro	18 (33,3)	7 (36,8)	11 (31,4)
Avaliação da composição corporal por meio da bioimpedância	6 (11,1)	3 (15,7)	3 (8,6)
Diagnóstico nutricional precoce	36 (66,6)	9 (47,4)	27 (77,1)
Abordagem Familiar	28 (51,8)	10 (52,6)	18 (51,4)
Cuidado nutricional	41 (75,9)	13 (68,4)	28 (80,0)
Cuidado psicológico	33 (61,1)	10 (52,6)	23 (65,7)
Grupos de ajuda mútua	5 (9,3)	1 (5,3)	4 (11,4)
Oferta de práticas integrativas e complementares de saúde	16 (29,6)	5 (26,3)	11 (31,4)
Promoção da Atividade Física	24 (44,4)	7 (36,8)	17 (48,6)
Tratamento Cirúrgico	35 (64,8)	10 (52,6)	25 (71,4)
Tratamento Medicamentoso	16 (29,6)	7 (36,8)	9 (25,7)

Não houve diferença significativa entre as unidades de atuação. Teste exato de Fisher ($p > 0,05$). S/O: sobrepeso/obesidade; APS: atenção primária à saúde; SISVAN: sistema de vigilância alimentar e nutricional

Fonte: elaborada pelas autoras

Quanto ao acompanhamento do indivíduo com sobrepeso e obesidade, 64,8% dos entrevistados efetuaram atendimento individual; e atividades em grupos (atividades destinadas às pessoas cadastradas em uma UBS e acompanhada pelas equipes que atuam nela, geralmente desenvolvidas nas dependências da unidade de saúde) foram referidas por 7,4% dos profissionais. As atividades comunitárias (atividades abertas a toda a população e sem distinção na participação de pessoas cadastradas ou não na UBS, geralmente desenvolvidas fora da unidade de saúde, em outros espaços da comunidade) foram mais frequentes em unidades da região central de Goiânia (47,9%; $p=0,026$). Os principais motivos da baixa adesão a essas atividades coletivas foram a falta de espaço apropriado, o isolamento social pela pandemia, a ausência de profissionais na equipe (psicólogo, nutricionista e educador físico) e a escassez de capacitação para os profissionais de saúde atuarem em atividades em grupo (Tabela 5).

As ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) para pessoas com sobrepeso e obesidade foram efetivadas por 46,3% dos profissionais de forma individual; e 38,9%, comunitária. Menos de 8% dos entrevistados referiram que a equipe possui processos coletivos de avaliação do trabalho e dos resultados. Apenas 16,7% disseram que os profissionais da unidade de saúde e, ou, da equipe deles (ESF ou NASF) passaram por ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), o que envolve a PAAS, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do sobrepeso e obesidade (Tabela 5).

Tabela 5 – Modalidade de atendimento do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade, avaliação e monitoramento das ações realizadas e capacitação dos profissionais da atenção primária de acordo com a localização das unidades de saúde. Goiânia-GO, 2021

Variáveis	Total (n=54)	Central (n=19) n (%)	Periférica (n=35)
Cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade			
Atendimento Individual	35 (64,8)	12 (63,1)	23 (65,7)
Atividades em grupos	4 (7,4)	2 (10,5)	2 (5,7)
Atividades comunitárias	16 (29,6)	9 (47,4)	7 (20,0)*
Ações de PAAS com ênfase em pessoas com S/O			
Individual	25 (46,3)	8 (42,1)	17 (48,5)
Em grupo	18 (33,3)	7 (36,8)	11 (31,4)
Comunitário	21 (38,9)	7 (36,8)	14 (40,0)
Avaliação e monitoramento das ações realizadas			
Avaliação do trabalho e resultados alcançados	4 (7,4)	3 (15,8)	1 (2,8)
Utilização dos dados do SISVAN para tomada de decisão	14 (25,9)	5 (26,3)	9 (25,7)
Mecanismos de avaliação da satisfação dos usuários	4 (7,4)	1 (5,3)	3 (8,6)
Capacitação profissional			
Educação permanente/capacitação em PAAS	9 (16,7)	3 (15,8)	6 (17,1)

PAAS: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; S/O: sobrepeso/obesidade. Teste exato de Fisher * $p = 0,026$.

Fonte: elaborada pelas autoras

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, foi observado a fragilidade da integralidade do cuidado ofertado às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS. Verificou-se baixa adequação da infraestrutura e dos equipamentos disponibilizados nas unidades de saúde. Notou-se uma realidade incompatível com as demandas, tanto em relação aos usuários quanto em relação ao modo para se fazer a prática profissional. É preocupante a baixa presença de balanças, cadeiras, bancos adequados, macas, cadeiras de rodas, dentre outras estruturas e outros equipamentos essenciais para o atendimento ao indivíduo com obesidade.

Estudos prévios observaram a precariedade na estrutura oferecida aos pacientes com obesidade. Avaliaram-se 24.065 UBS no Brasil, em 4.845 municípios, onde os autores observaram que menos de 8,0% das UBS apresentaram uma estrutura adequada; no entanto, com baixa frequência de salas para atividades coletivas e balanças com capacidade de 200kg⁸.

Realidade semelhante foi encontrada em uma pesquisa que avaliou UBS brasileiras, onde balanças com capacidade para 150 kg estavam presentes em 83,4%. Esse mesmo estudo encontrou a baixa disponibilidade de balanças antropométricas de 200 kg, correspondendo a 23,1% das UBS, o que demonstrou que nenhuma região do Brasil apresentou 100% de disponibilidade de balanças⁹.

Em um estudo feito em um município piauiense, os autores observaram a inadequação ou inexistência de cadeiras (90,0%), macas (87,5%), balanças (82,5%), rampas e esfigmomanômetros (52,0% cada) e portas largas (50%), em UBS⁷. A falta de infraestrutura e disponibilidade de equipamentos prejudica o desenvolvimento de ações na APS, o que revelou a necessidade de investimento em estrutura, a fim de contribuir para melhorias no processo de trabalho das equipes e da estrutura organizacional⁷.

Já em Belo Horizonte, MG, observou-se que a disponibilidade de insumos e equipamentos nas unidades de saúde foi o fator fortemente associado à melhor performance e ao desempenho mais adequado dos profissionais na APS, de acordo com a avaliação de gestores e enfermeiros²¹. Portanto, a estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos melhoram o acesso e a gestão dos serviços. É de suma importância a adequação da infraestrutura das UBS e dos equipamentos disponíveis para o atendimento aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, a fim de promover maior abrangência de ações na APS²¹.

Neste estudo, a avaliação das ações de prevenção, o controle, a análise da organização e as práticas realizadas referente ao cuidado dos indivíduos com sobrepeso e obesidade demonstraram diferentes desafios a serem enfrentados. A maioria dos profissionais realizam estratégias de prevenção com base principalmente no cuidado nutricional e diagnóstico nutricional precoce. No entanto, ainda há carência de ações com base na oferta de práticas

integrativas e complementares de saúde e promoção de atividade física, além da escassez de ações de PAAS. Foi observado que alguns dos procedimentos básicos como análise de dados dos usuários/território, seleção e priorização dos problemas foram realizados por menos de 50,0% dos profissionais. Esses procedimentos são essenciais para se identificarem os principais agravos em saúde do território, onde a equipe de saúde atua.

É importante mencionar que a APS apresenta precariedade em sua estrutura organizacional e na assistência ao usuário. Em estudo que avaliou gestores e usuários, notou-se que, na visão dos gestores, o trabalho desempenhado reproduz as ações previstas pelas diretrizes nacionais para se organizarem os serviços no âmbito da APS. No entanto, essa perspectiva não foi confirmada na experiência do usuário, o qual não identificou a APS como espaço de promoção da saúde e prevenção de DCNT²³.

Realidade semelhante foi observada em uma pesquisa de abrangência nacional e com recorte para as regiões do Brasil, no que se referem aos processos de trabalho relacionados à assistência⁹. Quando foi verificada a oferta de ações previstas pela VAN para controle e prevenção da obesidade, os autores notaram que cerca de 42,9% das equipes não realizavam essas ações; 53,7% não faziam consultas para obesos; e 64,1%, não programavam a agenda de acordo com classificação de risco para obesidade. Houve diferenças entre várias regiões do país, onde menos de 40,0% das equipes não efetuavam o registro da obesidade nos territórios. Na Região Norte do Brasil, foi realizado por apenas 9,1% das equipes⁹. Os autores concluíram que a fragilidade no acompanhamento dos usuários compromete a longitudinalidade e a coordenação do cuidado⁹.

Com isso, permanecem os desafios relacionados aos processos de trabalho. Chama a atenção o fato de que a minoria dos profissionais entrevistados referiu utilizar as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para apoiar a tomada de decisão deles⁸. As informações de VAN permitem maior planejamento e gestão dos dados obtidos, desde o registro de dados antropométricos e consumo alimentar para todas as fases da vida, a avaliação nutricional, até a geração de relatórios para tomada de decisão^{8,24,25}.

Observou-se, nesta pesquisa, que as informações não têm sido utilizadas em seu potencial para o planejamento, a gestão e a avaliação de ações de alimentação e nutrição no âmbito da APS. Apesar de o Ministério da Saúde indicar o diagnóstico nutricional como uma prioridade, o estudo que utilizou dados do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) demonstrou que apenas um terço das UBS mantém registro dos (as) usuários (as) com obesidade e de seu referenciamento para outros serviços da rede de atenção e realizam agendamentos de acordo com o risco de obesidade²⁴.

Também, um desafio a ser enfrentado se refere à capacitação dos profissionais de saúde. A PNAN fortalece a qualificação da força de trabalho com incentivo a ações de formação

em alimentação e nutrição, capacitação técnico-profissional, promoção de cursos em gestão, criação da Rede de Alimentação e Nutrição do SUS (RedeNutri), além de Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN)^{13,17,18}. No entanto, a qualificação dos profissionais da APS constitui um desafio a ser superado. Neste estudo, menos de 20,0% dos profissionais receberam educação permanente/capacitação/formação em PAAS.

Diante disso, observou-se que a falta de capacitação e formação entre os profissionais gera um conflito em relação à realização de ações que incentivam a alimentação adequada e saudável. Com a ausência do profissional nutricionista, as ações de alimentação e nutrição se tornam escassas, pois esse profissional é essencial para promover a saúde na APS. Além disso, o nutricionista desenvolve ações na prática cotidiana no SUS, contribuindo e colaborando na atuação dos demais profissionais na atenção nutricional, a fim de apoiar a formulação, o planejamento, o monitoramento e a avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição^{16-18,26}.

Além da baixa presença do profissional nutricionista na APS, também é importante mencionar a existência de desafios a serem superados no enfrentamento ao cuidado e à atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na APS. A baixa adesão dos profissionais em se utilizarem os dados dos relatórios do SISVAN para planejarem ações de alimentação e nutrição é um fator importante a ser superado, assim como a falta de preparo em lidar com a complexidade das DCNT, em especial a obesidade^{26,27}.

Por fim, é possível compreender que a APS sofre com as lacunas da não aplicabilidade dos protocolos necessários; e a superação desses desafios requer articulação permanente da gestão pública. Iniciativas como o CECAN podem e devem ser potencializadas para gerar evidências e apoiar propostas e estratégias para melhorias no serviço de saúde e para qualificar os profissionais e gestores^{27,28}.

CONCLUSÃO

Com os resultados, foi possível identificar a necessidade de melhorias na atenção ao cuidado dos indivíduos com sobrepeso e obesidade, em Goiânia, GO. A falta de infraestrutura das unidades de saúde reforça a fragilidade da atenção à saúde do indivíduo com sobrepeso e obesidade. Com isso, esperam-se mudanças significativas na assistência à APS, em relação aos recursos, à infraestrutura e à tecnologia. Além disso, reforçarem as ações previstas pelas políticas públicas em saúde pode garantir maior adequação aos processos de trabalho.

Nesse sentido, observou-se a necessidade de se aperfeiçoarem os processos de trabalho no sentido de qualificar a atuação das equipes no que se refere ao cuidado integral aos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Espera-se que esses resultados possam orientar e

subsidiar novos estudos avaliativos, além de poder direcionar o planejamento dos gestores e profissionais para se organizarem os serviços e as ações de alimentação e nutrição.

REFERÊNCIAS



1. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. Data de publicação 2019, [acesso em: 2022 nov.10];791-846, disponível em: <https://www.thelancet.com/commissions/global-syndemic>
2. Machado AD, Bertolini AM, Brito LS, Amorim MS, Gonçalves MR, Santiago RAC, et al. O papel do Sistema Único de Saúde no combate à sindemia global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*. Data de publicação 2021; [acesso em: 2022 nov.10]; 26: 4511-18. DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11702021>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico- Vigitel [Internet]. 2019 [acessado em 2022 nov.10]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - Vigitel [Internet]. 2021 [acessado em 2022 nov.10]. Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas>
5. Castro IRR. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acessado em 2022 nov.10]. 33(7). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100017>
6. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Genebra: World Health Organization [Internet]. 2020 [acessado em 2022 nov. 10]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight/>
7. Araújo FK, Mourão GMJ, Costa MCB, Alberto NSMC, Pereira TG, Ramos CV. Atenção nutricional para obesidade em Unidades Básicas de Saúde. *Rev. Brasileira Obesidade Nutrição Emagrecimento* [Internet]. 2019 [acessado em 2022 nov.10]; 13(79): 385-93. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/969>
8. Lopes MS, Freitas PP; Carvalho MCR, Ferreira NL, Menezes MC, Lopes ACS. Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acessado em 2022 nov.10]; (37). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00051620>
9. Brandão AL, Reis EC, Silva CVC, Seixas CM, Casemiro JP. Estrutura à obesidade brasileira dos processos de cuidados no cuidado na Atenção Básica. *Saúd. Debate* [Internet] [acessado em 2022 nov.12]; 44(126): 678-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020126071>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas [Internet]. 2014

[acessado em 2022 nov. 14]; disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Internet]. 2010 [acessado em 2022 nov. 14]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Internet]. 2012 [acessado em 2022 nov. 14]. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) [Internet]. 2011 [acessado em 2022 nov. 14]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html
14. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. Rev. Ciência Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [acessado em 2022 nov. 16]; 1829-36. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018>
15. Santos LA, Garcia D, Wanda R. Tessituras entre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e a educação alimentar e nutricional. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2021 [acessado em 2022 nov. 16]; 37(1) DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00077621>
16. Mendes LL, Cardoso LO, Carvalho MM, Pessoa MC. A incorporação dos ambientes alimentares na Política Nacional de Alimentação e Nutrição: uma abordagem de possibilidades, avanços e desafios. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2021; 37(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00038621>
17. Carvalho MFCC. Avanços e desafios da formação e qualificação dos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde em alimentação e nutrição. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2021 [acessado em 2022 nov. 16]; 37(1) DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00035321>
18. Campos DSL, Fonseca PC. A vigilância alimentar e nutricional em 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2021 [acessado em 2022 nov. 16]; 37(1): 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00045821>
19. Santos SMC, Ramos FP, Medeiros MAT. Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2021 [acessado em 2022 nov. 16]; 37: 1678-4464. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00150220>
20. Bolfarine H, Blucher E, Bussad OW. Elementos de amostragem. São Paulo, 2005.
21. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 [acessado em 2022 nov. 20]; 31(9). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132114>
22. Moreira KS, Lima AC, Vieira MA. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. Cogit. Enfermagem [Internet]. 2017 [acessado em 2022 nov. 20]; 22(2) DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.51>
23. Bousquat, Aylene et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gerentes e usuários. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [acessado em 2022 nov. 20]; 22(4): 1141-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>

24. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiro OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. Rev. Panam Salud Publica [Internet]. 2020 [acessado em 2022 nov. 20]; 44(8). DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica [Internet]. 2015 [acessado em 2022 nov. 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf
26. Alves KPS, Santos CCS, Lignani JB. Entre intenções e contingências, programas nutricionais antigos e demandas por novas práticas de atenção no Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2021 [acessado em 2022 nov. 22]; 37 (1). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050221>
27. 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 [Internet] 2021 [acessado em 2022 nov. 22]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_sobrepeso_obesidade.pdf
28. Peruzzo HE, Silva ES, Batista VC, Haaddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Clima organizacional e trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. Rev. Brasileira Enfermagem [Internet]. 2019 [acessado em 2022 nov. 22]; 721-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0770>

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Karine Alves Mariani	Universidade Federal de Goiás (UFG)	https://orcid.org/0000-0002-9031-4032	http://lattes.cnpq.br/6304988728084296
Roberta Sena Reis	Universidade Federal de Goiás (UFG)	https://orcid.org/0000-0003-1534-3156	http://lattes.cnpq.br/1480568673540685
Karine Anusca Martins	Universidade Federal de Goiás (UFG)	https://orcid.org/0000-0003-4992-4522	http://lattes.cnpq.br/8697079749159115
Bibiana Arantes Moraes	Universidade Estadual do Ceará (UECE)	https://orcid.org/0000-0001-9312-4595	http://lattes.cnpq.br/4400053710065368
Lara Livia Santos da Silva	Universidade Federal de Goiás (UFG)	https://orcid.org/0000-0002-8948-7884	http://lattes.cnpq.br/3374527511007494
Maria do Rosário Gondim Peixoto	Universidade Federal de Goiás (UFG)	https://orcid.org/0000-0003-1950-0817	http://lattes.cnpq.br/6813295858384008
Autor correspondente	Maria do Rosário Gondim Peixoto  maria_rosario_gondim@ufg.br		

Metadados		
Submissão: 4 de agosto de 2023	Aprovação: primeiro de abril de 2024	Publicação: 5 de julho de 2024
Como citar	Mariani KA, Reis RS, Martins KA, Moraes BA, Silva LLS, Peixoto MRG. Organização, gestão e cuidado nutricional de pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde. Rev.APS [Internet]. 2024; 27 (único): e272441770. DOI: 10.34019/1809-8363.2024.v27.41770	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Agradecimentos	Nada a declarar	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses	
Financiamento	Sem financiamento	
Contribuições dos autores	Concepção e/ou delineamento do estudo: KAM, RSR, KAM, BAM, LLSS, MRGP. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: KAM, RSR, KAM, BAM, LLSS, MRGP. Redação preliminar: KAM, MRGP. Revisão crítica da versão preliminar: RSR, KAM, BAM, LLSS, MRGP. Todas as autoras aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

Início