

Obesidade

ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

| DALVAN ANTONIO DE CAMPOS |
| FRANCIELI CEMBRANEL |
| RONALDO ZONTA |

ABORDAGEM DO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Obesidade

ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE

| DALVAN ANTONIO DE CAMPOS |
| FRANCIELI CEMBRANEL |
| RONALDO ZONTA |

ABORDAGEM DO SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)
Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS)
Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor:	Ubaldo Cesar Balthazar
Vice-Reitora:	Alacoque Lorenzini Erdmann
Pró-Reitor de Pós-Graduação:	Cristiane Derani
Pró-Reitor de Pesquisa:	Sebastião Roberto Soares
Pró-Reitor de Extensão:	Rogério Cid Bastos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor:	Celso Spada
Vice-Diretor:	Fabício de Souza Neves

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento:	Fabício Augusto Menegon
Subchefe do Departamento:	Lúcio José Botelho

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Gestora geral do Projeto	Sheila Rubia Lindner
Coordenação de Produção de Material	Elza Berger Salema Coelho

Autores	Dalvan Antonio de Campos Francieli Cembranel Ronaldo Zonta
Revisores	Nome 1 Nome 2
Equipe Editorial	Carolina Carvalho Bolsoni Thays Berger Conceição Deise Warmling Dalvan Antonio de Campos
Assessoria Pedagógica	Márcia Regina Luz
Assessoria de Mídias	Marcelo Nogueira Capillé
Equipe Executiva	Patricia Dia de Castro Gabriel Donadio Costa Eurizon de Oliveira Neto
Design Instrucional/ Revisão de Português e ABNT	Eduard Marquardt
Design Instrucional/Elaboração das questões avaliativas	Soraya Falqueiro

Identidade Visual/Projeto gráfico	Pedro Paulo Delpino Bernardes
Diagramação/Finalização	Laura Martins Rodrigues
Esquemáticos/Infográficos	Naiane Cristina Salvi
Desenvolvedor Web	Rodrigo Rodrigues Pires de Mello
Fonte para Imagem e Esquemáticos	Adobe Stock

C198a Campos, Dalvan Antônio.

Abordagem do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]
/ Dalvan Antônio de Campos, Francieli Cembranel, Ronaldo Zonta -- 1. ed. -- Florianópolis :
Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

83 p. : il.; color.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Unidade 1: Ações no território ampliado para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade. – Unidade 2: Promoção da alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade.

ISBN 978-85-8267-148-1

1. Obesidade. 2. Atenção primária à saúde. 3. Sobrepeso. I. UFSC. II. Obesidade: atenção à saúde de pessoas com sobrepeso e obesidade. III. Cembranel, Francieli. IV. Zonta, Ronaldo. VI. Título.

CDU: 613.24

APRESENTAÇÃO	8	2 PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PREVENÇÃO DO SOBREPESO E OBESIDADE	36
1 AÇÕES NO TERRITÓRIO AMPLIADO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E OBESIDADE	11	2.1 INTRODUÇÃO	36
1.1 INTRODUÇÃO	11	2.2 CULTURA E HÁBITOS ALIMENTARES	36
1.2 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E O TERRITÓRIO	11	2.2.1 Alimentação, regionalidade e cultura	37
1.3 O TERRITÓRIO E A INTERSETORIALIDADE	13	2.2.2 Influência da indústria e das mídias na Alimentação	39
1.3.1 Processo de trabalho na atenção primária	16	2.2.3 Cultura alimentar, sobrepeso e obesidade	42
1.3.2 Territorialização na atenção primária	18	2.3 AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE COLETIVIDADES	43
1.3.3 Atuação intersectorial no campo da alimentação e nutrição	20	2.3.1 Indicadores Socioeconômicos e Culturais	44
1.4 ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E DA OBESIDADE	22	2.3.2 Indicadores de consumo alimentar	45
1.4.1 Educação	22	2.3.3 Indicadores antropométricos e epidemiológicos	46
1.4.2 Assistência Social	24	2.3.4 Diagnóstico alimentar e nutricional	47
1.4.3 Sociedade Civil	25	2.4 ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PREVENÇÃO DE SOBREPESO E OBESIDADE COM ENFOQUE NAS COLETIVIDADES	49
1.4.4 Esporte e Cultura	26	2.4.1 Conceitos de promoção e prevenção	49
1.5 PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS	27	2.4.2 Ações e práticas coletivas de promoção da alimentação saudável	50
1.5.1 Mobilidade urbana	28	2.4.3 Ações e práticas coletivas de prevenção do sobrepeso e obesidade	53
1.5.2 Academias da Saúde	29	ENCERRAMENTO DA UNIDADE	56
1.5.3 Restaurantes Populares	30		
1.5.4 Agricultura familiar e feiras de alimentos	31		
1.5.5 Hortas comunitárias	33		
ENCERRAMENTO DA UNIDADE	34		

3 AÇÕES INDIVIDUAIS PARA A ABORDAGEM DO SOBREPESO E OBESIDADE	58
3.1 INTRODUÇÃO	58
3.2 ATENÇÃO INTEGRAL E CUIDADO LONGITUDINAL	58
3.3 ABORDAGEM INDIVIDUAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DO SOBREPESO E OBESIDADE	59
3.3.1 Avaliação e diagnóstico do sobrepeso e obesidade	60
3.3.2 Mudança de comportamento	65
3.3.3 Alimentação saudável	71
3.3.4 Atividade física	74
3.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	75
3.5 QUANDO ENCAMINHAR O USUÁRIO PARA OUTRO PONTO DE ATENÇÃO	75
ENCERRAMENTO DA UNIDADE	76
REFERÊNCIAS	77
MINICURRÍCULO DOS AUTORES	82

Olá,

Seja bem-vindo ao Curso Abordagem do Sobrepeso e Obesidade na Atenção Primária à Saúde.

Sabemos que a temática da alimentação e nutrição é recorrente no dia a dia de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF), seja de maneira direta, com o acompanhamento de pessoas com excesso de peso, ou indireta, com a necessidade de mudanças alimentares devido a problemas de saúde.

O panorama da transição epidemiológica e nutricional, com o aumento expressivo de indivíduos com sobrepeso e obesidade, nos obriga a pensar soluções individuais, coletivas e intersetoriais para estabilização e reversão desse quadro. Apostamos que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o principal espaço para esta mudança, pela sua proximidade, conhecimento e vínculo com os indivíduos, famílias e territórios.

Nesse sentido, construímos este material com o intuito de compartilhar ações de promoção de alimentação saudável para a prevenção e controle do sobrepeso e da

obesidade que possam ser incorporadas no processo de trabalho da APS.

Nosso enfoque são os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O conteúdo está organizado em três âmbitos de ação: território ampliado, coletividades e individual. Para todos eles apresentamos aspectos teóricos, recursos, ferramentas e práticas na área da saúde e de alimentação e nutrição, a fim de subsidiar e estimular o desenvolvimento de ações e práticas para a prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade no seu cotidiano.

Esperamos que você
tenha um bom estudo!

*Dalvan Antonio de Campos
Francieli Cembranel
Ronaldo Zonta*

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final deste módulo, você deverá ser capaz de:

- Reconhecer recursos, ferramentas e práticas, na área de alimentação e nutrição, para subsidiar o desenvolvimento de ações no território ampliado para a prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade.
- Reconhecer recursos e ferramentas, na área de alimentação e nutrição, para subsidiar o desenvolvimento de ações e práticas de promoção e prevenção voltadas às coletividades no âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS) para a prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade.
- Reconhecer os recursos e ferramentas, na área de alimentação e nutrição, para subsidiar o desenvolvimento de ações e práticas interdisciplinares no âmbito individual e no nível da Atenção Primária à Saúde (APS), para a prevenção e controle do sobrepeso e obesidade.

CARGA HORÁRIA DE ESTUDO RECOMENDADA

Para estudar e apreender todas as informações e conceitos abordados, bem como trilhar todo o processo ativo de aprendizagem, estabelecemos uma carga horária de **30 horas** para este curso.

Obesidade



**AÇÕES NO TERRITÓRIO AMPLIADO PARA PREVENÇÃO
E CONTROLE DO SOBREPESO E OBESIDADE**

1 AÇÕES NO TERRITÓRIO AMPLIADO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E OBESIDADE

1.1 INTRODUÇÃO

Nesta unidade vamos conhecer os aspectos mais importantes do trabalho intersetorial e no território para a promoção da saúde, alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e da obesidade. Reuniremos conceitos, orientações e ações que possibilitem a produção de ambientes saudáveis que contribuam para a efetividade das ações dos profissionais de saúde e permitam a adoção de um estilo de vida saudável pela população.

1.2 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E O TERRITÓRIO

Para iniciarmos nossos estudos, é necessário entender que a alimentação é um processo social que extrapola a ingestão adequada ou inadequada de nutrientes, pois está relacionada com aspectos sociais, afetivos e culturais. Os alimentos são compostos por nutrientes, mas também

carregam outros significados. Existem, por exemplo, alimentos que comemos no dia a dia, outros nos finais de semana ou mesmo apenas em alguns dias do ano. Nesse sentido, os alimentos e a alimentação possuem um caráter simbólico que influencia nas escolhas e práticas alimentares (BRASIL, 2014a).

Não há dúvidas de que uma nutrição adequada é indispensável para o bom funcionamento do organismo; entretanto, o isolamento dos nutrientes vem mostrando-se incapaz de explicar a relação entre alimentação e saúde. Deste modo, é necessário observar aspectos biológicos e sociais na formulação de ações para a promoção de uma alimentação saudável, sejam elas individuais ou coletivas. O estado de saúde dos indivíduos não pode ser analisado sem se considerar o meio onde vivem (CANGUILHEM, 2006).

Conforme a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a alimentação adequada e saudável é aquela “prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente” (BRASIL, 2013).

No Brasil, o Guia Alimentar para a População Brasileira é a base para as

orientações, produção de materiais e recomendações para uma alimentação adequada e saudável.

Reconhece-se atualmente que as mudanças sociais, estruturais, econômicas, culturais e políticas possibilitaram o aumento da expectativa de vida, a diminuição da natalidade e a mudança no padrão de morbimortalidade. Essas mudanças têm impacto no padrão de alimentação e nutrição dos indivíduos e das famílias, com efeitos no padrão antropométrico da população, tornando o **excesso de peso (sobrepeso e obesidade)** 🗨 um problema de saúde pública (PINHEIRO, 2004).



O excesso de peso é uma categoria que abarca em adultos aqueles com sobrepeso/pré-obeso, obesidade grau I, obesidade grau II e obesidade grau III. Existem várias formas de diagnosticar o excesso de peso, mas em geral utiliza-se o cálculo do índice de massa corporal (IMC), que é a medida com melhor custo/efetividade para avaliar a concentração de gordura em adultos, com parâmetros instituídos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).



Figura 1 – Mudanças em diversos aspectos da vida impactam no padrão da alimentação e nutrição. Fonte: JCLobo/Adobe Stock

Além das questões individuais, a organização do espaço/ambiente/território onde se vive influencia diretamente na alimentação e na saúde dos indivíduos.

Alguns autores afirmam que nossa sociedade produziu um ambiente obesogênico, que conduz os indivíduos para estilos de vida não saudáveis e de ganho de peso excessivo, com efeitos diretos na saúde. Esse ambiente relaciona-se com a disponibilidade, o acesso e a qualidade dos alimentos, a possibilidade de realização de atividade física, as jornadas e tipos de trabalho contemporâneos e os índices de acometimento por problemas de saúde mental (FISBERG, 2016).

Alinhados com o conceito ampliado de saúde, que a considera resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, percebemos que as formas de organização social e de produção geram grandes desigualdades nos padrões de vida (BRASIL, 1986). Nesse sentido, as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde (APS) deverão ser contextualizadas a partir de demandas e necessidades de saúde do seu território, levando em consideração a frequência e relevância dos agravos, mas também a disponibilidade de dispositivos (agricultura familiar, ceasas, feiras, mercados públicos) e a estrutura organizacional dele. Mediante a isso, convidamos a refletir sobre duas questões, propostas a seguir.



Como podemos interferir nesse ambiente como profissionais da saúde? Quais as ações possíveis para que ocorra a melhoria desse quadro em nível local?

Essas perguntas não possuem respostas específicas ou uma fórmula única de resolução. Entretanto, mediante os princípios da Atenção Primária, ao **Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)** 🍷 e ao conceito de **Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)** 🍷, apostamos que – além da atenção e assistência a saúde, individual ou coletivo, na Unidade Básica de Saúde (UBS) e nas casas das famílias – ações intersetoriais devem ser desenvolvidas no território ampliado com vistas a promover ambientes que auxiliem na adoção de um estilo de vida saudável pela população adscrita, visando a promoção de uma alimentação saudável e o controle do sobrepeso e da obesidade.

Mediante isso, nos próximos itens conheceremos alguns aspectos conceituais e práticos a respeito do território, processo de trabalho na APS e intersetorialidade, com vistas a subsidiar nossas ações no território ampliado. Vamos lá!

1.3 O TERRITÓRIO E A INTERSETORIALIDADE

As mudanças socioeconômicas, políticas e culturais têm efeitos na vida, alimentação e saúde dos indivíduos. Os **determinantes sociais de saúde (DSS)** nos auxiliam a compreender esse impacto sobre a saúde. Tomemos como exemplo a tuberculose: o bacilo Koch pode atingir qualquer indivíduo, mas são os determinantes sociais que explicam por que determinados grupos, como as pessoas em situação de rua, são mais acometidos por tuberculose que outros.

Os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego (SOUZA et al., 2013).

DHAA

O **Direito Humano à Alimentação Adequada** consiste no **acesso físico e econômico de todas as pessoas aos alimentos e aos recursos, como emprego ou terra, para garantir esse acesso de modo contínuo. Esse direito inclui a água e as diversas formas de acesso à água na sua compreensão e realização. Ao afirmar que a alimentação deve ser adequada, entende-se que ela seja adequada ao contexto e às condições culturais, sociais, econômicas, climáticas e ecológicas de cada pessoa, etnia, cultura ou grupo social (BRASIL, 2006a).**

SAN

A **Segurança Alimentar e Nutricional** consiste na **realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006a).**



A obesidade, apesar de não ter um agente etiológico específico, tem sua distribuição determinada socialmente. Apesar de ser um fenômeno multifatorial – resultante da interação entre fatores genéticos, metabólicos, hormonais, ambientais, comportamentais, culturais e sociais –, estudos indicam que características como baixa escolaridade, menor renda, união conjugal (casados e viúvos) e envelhecimento, dentre outros, são definidores na origem e distribuição da obesidade (BRASIL, 2014b). Nesse sentido, a adoção e manutenção de um estilo de vida saudável para o controle desta situação ultrapassam as orientações realizadas nos serviços de saúde.



Você já pensou por que alguns usuários continuam adotando hábitos inadequados de alimentação e saúde, mesmo com orientações e acompanhamento pelos profissionais da APS?

Muitos fatores interferem nesta não adesão a um estilo de vida mais saudável, e por isso alguns indivíduos ou famílias podem sentir dificuldade de incorporar

esses hábitos em seu dia a dia. Nas ações de alimentação e nutrição isso se torna ainda mais importante, visto que as práticas alimentares saudáveis dependem da disponibilidade e do acesso regular aos alimentos saudáveis.

Você, profissional, deve observar se os territórios sob sua adscrição apresentam condições e recursos adequados para que suas orientações sejam colocadas em prática, tornando-se efetivas. Para isso, vamos entender melhor os conceitos de ambiente e território para pensarmos em ações de promoção de saúde, alimentação saudável e de controle ao sobrepeso e obesidade no território ampliado.

O ambiente é a natureza em si, a flora, a fauna, o ar, a água e a geografia do local que possibilitam a existência da vida. Trata-se do meio ao qual fazemos parte e interferimos de forma direta e indireta, e as características do ambiente definirão a maior ou menor disponibilidade de água e alimentos, a presença de intempéries naturais, a possibilidade de cultivo ou não do solo, entre outras coisas. Entretanto, a atuação humana sobre o ambiente tem provocado diversas transformações

negativas, como a poluição do ar e das águas, a desertificação do solo, a produção de alimentos transgênicos, a exposição à radiação, fatores estes que interferem diretamente na alimentação e saúde geral dos indivíduos (RIBEIRO et al., 2017).



Figura 2 - Os territórios devem ter recursos adequados para que as orientações sejam colocadas em prática. Fonte: j-mel/Adobe Stock

É necessário conscientizar os usuários da sua UBS que, ao cuidarem do ambiente onde vivem, estão cuidando da sua saúde e da saúde de toda a comunidade. Atos como a reciclagem do lixo em casa, o não despejo em rios ou córregos contribuem para melhoria das condições ambientais locais, assim como o plantio de árvores nativas nos quintais.



Figura 3 – As características do ambiente que definirão a maior ou menor disponibilidade de água e alimentos. Fonte: Halfpoint/Adobe Stock

Já o conceito de território – utilizado e desenvolvido em diversos campos do conhecimento, como a Geografia, a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política, a Ecologia – além de incorporar o componente cultural e a dimensão material, implica na delimitação de um espaço físico específico, mais ou menos abrangente. Podemos pensá-lo em diferentes escalas, como: global, continental, regional, estadual, da cidade, do bairro, da área adscrita, da microárea e, até, da casa (NOGUEIRA; MARILAC-RESENDE, 2017).



Utilizaremos o termo território ampliado para nos referir aos espaços compostos pelo território delimitado da sua área adscrita, mas você pode considerar interações com outros territórios que possuam dispositivos disponíveis.

A identificação e localização dos dispositivos (feiras de alimentos, mercados, igrejas, escolas, centros comunitários, áreas de lazer, espaços para atividade física, empresas, restaurantes), seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas são de grande relevância para compreender a dinâmica social, hábitos e costumes e para a determinação de vulnerabilidades de saúde, alimentar e nutricional, como é o caso do sobrepeso e da obesidade (MONKEN, 2003).

Entretanto, para trabalhar na perspectiva do território, visando à promoção de ambientes saudáveis, o setor saúde é insuficiente, devendo trabalhar de forma intersetorial. A intersetorialidade trata da articulação entre diferentes setores, compartilhamento de conhecimentos e

poderes para atuação de maneira integrada sobre problemas e demandas. Esta iniciativa coloca-se na contramão da fragmentação das políticas sociais, e é essencial na superação de iniquidades em saúde e na melhoria da qualidade de vida da população. No campo da saúde, seu enfoque está na reorientação do modelo de atenção, visando à intervenção sobre os determinantes sociais e nas estratégias de promoção de saúde e da alimentação adequada e saudável 🗨️.

A promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A promoção da alimentação adequada e saudável é “um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente” (BRASIL, 2013).





Você sabia que estudos como o de Azevedo et al. (2012) e Silva & Tavares (2016) apontam que intervenções em nível local têm mais chances de obter resultados satisfatórios e sustentáveis quando adotam uma abordagem intersetorial?

Nesse sentido, as ações no território ampliado devem proporcionar ambientes e atividades que estimulem a autonomia dos usuários e das famílias para a promoção da alimentação saudável e a prevenção do sobrepeso e da obesidade.

A seguir, vamos abordar aspectos do processo de trabalho na APS, das equipes de eSF e NASF-AB, fundamentais para o desenvolvimento de ações no território ampliado.

1.3.1 Processo de trabalho na atenção primária

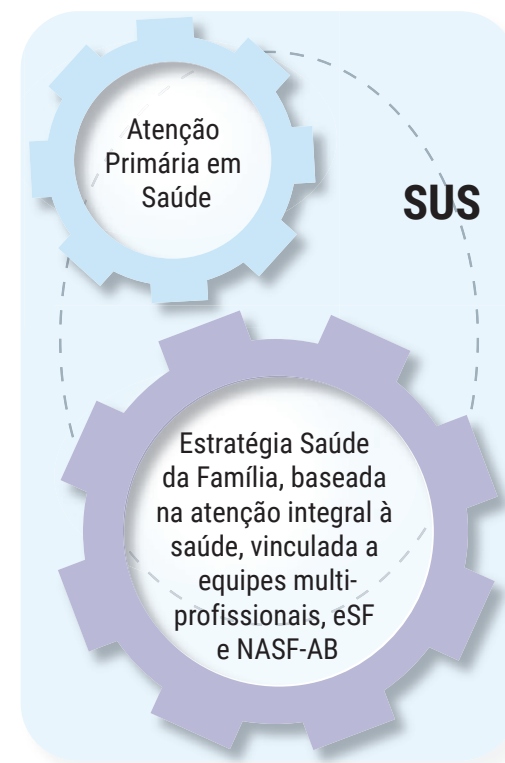
No Brasil, adotamos o modelo de Atenção Primária em Saúde, que é operacionalizada por meio da ESF, baseada na atenção integral à saúde, com vínculo das equipes

multiprofissionais, eSF e NASF-AB, à população adscrita em um determinado território, sendo a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Observe no infográfico ao lado como cada equipe é uma peça chave para o cuidado integral do indivíduo e manutenção do SUS.

Assim, são definidos alguns pressupostos para o **processo de trabalho** 🗨️ das equipes, ou seja, como o trabalho deve acontecer neste nível de atenção. O processo de trabalho na APS pauta-se em um conjunto de ações coordenadas e desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde, direcionadas e construídas para os indivíduos, famílias e grupos sociais (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Os saberes profissionais e métodos representam os instrumentos e as ferramentas que irão possibilitar a atenção em saúde. Em consonância com os princípios do SUS, a reorientação do modelo de saúde, baseado nas necessidades de saúde da população, é fundamental para consolidação do processo de trabalho das equipes (FERREIRA, 2012).



Recomenda-se que o processo de trabalho na APS seja desenvolvido por meio de ações coordenadas e orientadas para a promoção de saúde, prevenção e reabilitação da doença, de caráter individual e coletivo, para modificar a situação de saúde da população, seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2017).

Sabe-se que, mesmo com a ampliação do acesso e a estruturação dos serviços da APS, existem muitos desafios para efetivar a mudança do modelo de atenção à saúde, principalmente no que tange à territorialização e ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção (FONTANA et al., 2016). Esse cenário impacta diretamente nas ações voltadas para a promoção de alimentação saudável e a prevenção do sobrepeso e obesidade.



Processo de trabalho

O processo de trabalho consiste em toda ação realizada pelo ser humano sobre a natureza, com o intuito de produzir bens e serviços para a sua utilização, independente da cultura ou modo de produção. O ser humano é a parte ativa no processo de trabalho, cujo princípio está no binômio “homem e natureza” em que esse realiza ações, com o auxílio de ferramentas criadas por ele previamente para modificar a natureza em seu benefício. Contudo, ao modificar a natureza, o homem também é modificado, isso porque se trata de um processo dialético.

Apesar de as menções sobre a necessidade de “Promoção da alimentação e nutrição apropriadas” estarem presentes no campo da saúde desde a **Declaração de Alma-Ata**,  a promoção da alimentação adequada e saudável ainda precisa ser fortalecida no dia a dia do trabalho da APS (WHO; UNICEF, 1978).

A inserção do nutricionista e das ações de alimentação e nutrição na APS, por meio dos NASF-AB, é um marco relevante para a implementação dessas ações neste nível de atenção. Essas ações visam a maior atenção e qualificação do cuidado dos indivíduos acometidos por doenças e agravos não-transmissíveis, como é o caso da obesidade, e a promoção de práticas alimentares saudáveis em todos os ciclos da vida. Assim, socializar o conhecimento sobre os alimentos e realizar ações que promovam a segurança alimentar e nutricional passa a ser uma atribuição da APS, devendo fazer parte do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2014c).

Entretanto, o NASF-AB não se caracteriza como um serviço especializado para encaminhamentos, mas sim como um núcleo de profissionais que apoia e amplia o escopo das ações da eSF nas temáticas

Declaração de Alma-Ata

A Declaração de Alma-Ata foi resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão em 1978. Tinha como principal enfoque a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (WHO; UNICEF, 1978).



de maior relevância no território, tendo como ferramentas tecnológicas o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2014c).



Para saber mais sobre as ferramentas tecnológicas do NASF-AB, acesse o material sobre o Processo de Trabalho na Atenção Primária da Especialização UNASUS/UFSC: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19956/mod_resource/content/2/undefined/un5/top1_1.html

Desse modo, recomendamos que as ações de alimentação e nutrição sejam realizadas a partir da articulação das equipes multiprofissionais que atuam na APS, principalmente as atividades que envolvem promoção de alimentação saudável e prevenção de agravos nutricionais, como é o caso das ações no território ampliado, que enfocamos nesta unidade.

Vamos seguir nossos estudos aprofundando e mostrando caminhos para a atuação integrada das equipes da APS a partir da territorialização em saúde.

1.3.2 Territorialização na atenção primária

A territorialização, uma das diretrizes da APS, consiste no processo pelo qual os profissionais de saúde conhecerão o seu território adscrito para identificar as necessidades da comunidade. Devem ser consideradas características ambientais, históricas, demográficas, geográficas, econômicas, sanitárias, sociais, culturais, etc.

Considerando que o território é dinâmico e mutável, é importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário (BRASIL, 2017).



Lembre-se de que a territorialização deve subsidiar a identificação dos motivos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, contribuindo na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção clínicas e sanitárias.

No que tange à alimentação e nutrição, deve-se identificar os determinantes e

condicionantes da situação alimentar e nutricional da população.

O trabalho das equipes multiprofissionais inclui a identificação de dispositivos como:

- locais de produção de alimentos;
- comercialização e distribuição de alimentos;
- costumes e tradições alimentares locais;
- acesso à água potável.



Essas informações, dentre outras características específicas do seu território, devem ser relacionadas aos hábitos alimentares e estado nutricional dos indivíduos e das famílias para subsidiar ações no território. Desse modo, todos os profissionais da APS podem participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades em saúde, alimentar e nutricional (BRASIL, 2017).

Destaca-se a importância do trabalho multiprofissional, que possibilita um olhar ampliado sobre as condições de saúde no território. Nesse sentido, é possível operacionalizar o Projeto de Saúde no Território (PST), que almeja integrar as equipes de eSF e NASF-AB no desenvolvimento de ações para produção da saúde no território.

Para trabalharmos as ações de alimentação e nutrição no território ampliado é importante considerar alguns elementos:



É a partir dessas informações que atuaremos nas orientações diretas aos usuários e grupos deles. É importante estimular hábitos saudáveis de alimentação, práticas de atividade física e interação com outros membros da comunidade, de maneira contextualizada. Entretanto, em diversos territórios existem precariedades socioeconômicas e estruturais que impedem os indivíduos e as famílias de adotarem

hábitos saudáveis, contribuindo para um maior adoecimento dos grupos sob essas condições.

Desse modo, você pode fomentar o uso dos dispositivos presentes no território que possibilitem a promoção de alimentação saudável e promoção de saúde e a adesão às intervenções voltadas para mudanças na alimentação, melhoria do perfil nutricional e manutenção ou redução do peso corporal das pessoas.



O que queremos reforçar é que não basta realizar o diagnóstico da realidade e as orientações individuais e coletivas para promoção de alimentação saudável e prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade. É preciso atuar sobre as condições sociais, econômicas e estruturais que produzem e mantêm dificuldades que impedem a adoção de comportamentos e hábitos mais saudáveis pelas pessoas (e da população) das quais cuidamos ou temos responsabilidades com proteção de sua saúde. Sem atuarmos sobre os condicionantes da má alimentação e do sobrepeso/obesidade, nosso trabalho será pouco resolutivo.

Todavia, trabalhar nessa perspectiva implica compreender que sobre o setor saúde recaem as consequências de problemas que extrapolam a sua capacidade de resolução para manter perfis adequados de saúde e de nutrição da população (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014). Por isso, devemos trabalhar na perspectiva intersetorial, visando levar os conhecimentos da saúde, alimentação e nutrição para outros espaços (escolas, creches, grupos comunitários, albergues, espaços de atividade física, empresas, entre outros) e estimular os outros setores a promover ações conjuntas para melhoria das condições socioeconômicas, ambientais e estruturais.

Conheça agora a importância da atuação intersetorial no campo da alimentação e nutrição, com o intuito de fazer você pensar sobre as possibilidades práticas de adoção no território de abrangência da unidade de saúde, no território ou município. Vamos lá?

1.3.3 Atuação intersetorial no campo da alimentação e nutrição

A intersetorialidade passou a fazer parte do debate nas políticas públicas de saúde a partir da Constituição Federal de 1988,

que garante o direito à saúde, e da lei 8.080, que cria o SUS (BRASIL, 1990). Essa lei relaciona-se diretamente com o conceito ampliado de saúde. Nesse sentido, para além de um conceito, a intersetorialidade deve se tornar uma prática, construída a partir da insatisfação com as respostas isoladas do setor saúde para os problemas complexos da sociedade contemporânea (FEUERWERKER; COSTA, 2000).

Conforme menciona a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a saúde precisa se articular com outros setores para enfrentar os problemas de saúde e ofertar opções saudáveis para a população. Sendo que essa articulação deve contar com uma articulação das responsabilidades dos distintos setores sobre problemas específicos, como é o da alimentação inadequada, sobrepeso e obesidade na população brasileira (BRASIL, 2010a).



Para saber mais sobre a PNPS, acesse o texto completo no link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

Fala-se muito da “natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação”, mas o que isso significa?

Por ser uma prática essencial para a vida humana, o processo de alimentar-se e nutrir-se, ou a sua impossibilidade, está presente em todos os setores da vida: na casa, na escola, no trabalho, no encontro de amigos, na festa da comunidade. Além disso, a relação com fatores como produção, processamento, distribuição, acesso, marketing apontam para a conexão com outros ramos da sociedade. Desse modo, envolve uma série de profissionais e setores diferentes, que, de forma direta ou indireta, influenciam em “como”, “quando”, “com que frequência” e “com que qualidade” o alimento estará presente em nosso cotidiano.

Ou seja, uma alimentação saudável também tem influência, positiva ou negativa, do sistema produtivo, desde o cultivo do alimento no campo até o seu consumo. O uso de agrotóxicos na produção agrícola brasileira e seus efeitos negativos na saúde é um excelente exemplo para pensarmos na necessidade de articulação entre os setores de saúde e agricultura para promoção de uma alimentação saudável (CARNEIRO, 2015).

Nesse sentido, o setor saúde, por ser detentor dos dados epidemiológicos e sociais relativos aos aspectos favoráveis e desfavoráveis da alimentação e nutrição, deve articular com o setor governamental, produtivo e a sociedade civil para promover mudanças que interfiram no acesso universal aos alimentos de boa qualidade.



Você sabia que a alimentação é um importante determinante e condicionante da saúde, uma necessidade e um direito inerente a todas as pessoas?

A garantia de uma alimentação adequada e saudável historicamente tem mobilizado setores do governo brasileiro, da iniciativa privada e de entidades e movimentos da sociedade civil. Só que muitas vezes com objetivos diferentes e não complementares. Neste sentido, almeja-se a articulação entre esses entes a partir das necessidades de saúde da população, com a integração e introdução das ações de alimentação e nutrição no SUS, por meio da APS.

A perspectiva intersetorial da promoção de saúde e da alimentação saudável exigem que consideremos os usuários em sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas. Ações resolutivas nessas áreas exigem conexão com outros setores como

Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura e outros.

As ações intersectoriais voltadas para o território ampliado devem concentrar-se em três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio (BRASIL, 2014b). Acompanhe.

Medidas de incentivo	Medidas de apoio	Medidas de proteção
Difundem informação, promovem práticas educativas e motivam os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis.	Tornam mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados.	Impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis.
Exemplos: ações de educação nutricional nas escolas e nos ambientes de trabalho, atividades de sensibilização e mobilização para a adoção de hábitos saudáveis.	Exemplos: programas de alimentação institucional, viabilização de espaços públicos seguros para práticas corporais/atividade física; criação de espaços que favoreçam a amamentação nos ambientes de trabalho; criação de grupos de apoio para mulheres que estão amamentando; a disponibilização de alimentos e preparações saudáveis nas feiras, supermercados e padarias.	Exemplos: a regulamentação da comercialização de produtos dirigidos a lactentes; proibição do tabagismo em estabelecimentos em espaços coletivos e a regulamentação da rotulagem de alimentos, bem como a regulamentação de publicidade de alimentos.

Essas medidas devem ter como enfoque responder às necessidades de saúde da população, promover a alimentação saudável e contribuir para a redução da prevalência do sobrepeso, da obesidade e das doenças crônicas associadas, relacionadas à alimentação e nutrição (BRASIL, 2014b).

No próximo item serão apresentadas algumas estratégias intersetoriais voltadas à prevenção e controle do sobrepeso e obesidade no contexto da APS. Vamos conhecer algumas experiências exitosas que podem inspirar você, mostrando como é possível trabalhar de forma intersetorial.

1.4 ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DO SOBREPESO E DA OBESIDADE

Nos itens anteriores compreendemos sobre como a territorialização é uma ferramenta importante para a identificação de fatores que contribuem para uma alimentação inadequada e para o aumento das prevalências de sobrepeso e obesidade. Além disso, reconhecemos que, para atuar sobre esses fatores, são necessárias ações que envolvam diferentes setores da sociedade.

O reconhecimento desta realidade pelo Estado brasileiro é apontado na Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, alinhada com o Plano de Segurança Alimentar e Nutricional e o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022, capitaneado pelo Ministério da Saúde.



Para saber mais sobre a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, acesse o texto na íntegra, acessando o link:
<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategiaobesidade.pdf>

Agora vamos compreender melhor as estratégias intersetoriais de incentivo, ou seja, que articulem com outros setores levando conhecimentos acerca da alimentação saudável para a prevenção e controle do sobrepeso e obesidade. Ressaltamos que a escolha do setor adequado para ação deve partir da análise da realidade em que você está inserido, por meio de dados epidemiológicos e informações oriundas da territorialização. Vamos conhecer essas estratégias?

1.4.1 Educação

As atividades relacionadas à disponibilização de alimentação nas escolas são alvo de política pública específica, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Este programa concede alimentação escolar e ações de educação alimentar e nutricional para estudantes de todas as etapas da educação básica pública (BRASIL, 2008).



Figura 4 – A alimentação nas escolas é alvo de política pública específica. Fonte: Herrndorff/ Adobe Stock

Neste sentido, quando as equipes da APS tiverem escolas em seu território e organizarem ações voltadas para alimentação adequada e saudável, é preciso

articular as equipes envolvidas no PNAE para incluí-las no processo e evitar sobreposição de atividades.

No âmbito do trabalho intersetorial com a educação, destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE), que faz parte do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022. É uma política intersetorial da Saúde e da Educação direcionada para crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, com o objetivo de promover saúde e educação integral dos estudantes. O PSE apresenta ações em diversas áreas da saúde, contando com estratégias para acompanhamento e intervenção no sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2011).

Vamos conhecer aqui uma experiência de atividade lúdica sobre alimentação e nutrição saudável, articulada com Programa Saúde na Escola (PSE), com vistas à prevenção do excesso de peso no município de Colombo, no Paraná (CESCHIM; JESUS; MATTOS, 2019).

Mediante os problemas relacionados à alimentação e excesso de peso entre os escolares, acompanhados pelo PSE, foi desenvolvida uma atividade de educação alimentar e nutricional com 2.600 crianças,

dos 4º e 5º anos, de 13 escolas do município. O trabalho articulou profissionais da APS e NASF-AB, PNAE, estagiários do curso de Nutrição, nutricionistas residentes e professores das escolas. O objetivo era conscientizar as crianças sobre problemas que uma má alimentação pode desencadear na saúde, como o excesso de peso, Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).



Para a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil, em crianças até 10 anos, foi instituído o Programa Crescer Saudável, por meio da Portaria nº 2.706, em 2017. Para saber mais, acesse o link: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/faq_programa_crescer_saudavel.pdf

Para isso, inspirados no documentário “Muito Além do Peso” (2012), organizou-se uma peça teatral para abordar a temática da alimentação entre os escolares, com informações atuais sobre a temática. A peça possuía quatro personagens: a nutricionista e três crianças com idade de 10 anos, que

dialogam sobre seus hábitos alimentares. Foi realizada uma organização de roteiro que interagia com o público e induzia a conscientização sobre os alimentos e hábitos saudáveis, como a atividade física, em uma linguagem acessível para a idade.

Essa intervenção foi realizada uma vez em cada escola. A equipe observou, em conversas com os estudantes após as atividades, que eles se sentiram estimulados e que compreenderam os benefícios de uma alimentação saudável. Entretanto, muitos relataram que teriam dificuldades de mudar os hábitos alimentares, pois já estavam acostumados com aquele tipo de alimentação. Como forma de manter a temática viva no ambiente escolar, foram disponibilizadas cópias do vídeo utilizado como base para o trabalho.



Veja, a seguir, a versão resumida do vídeo “Muito Além do Peso”, utilizado como base da ação: <https://youtu.be/xxWDb-0o3Xk>

Perceba que atividades na escola suscitam metodologias que prendem

a atenção do público, seja formado por crianças, adolescentes ou adultos. Entretanto, a articulação com a educação pode ser realizada por várias frentes, a saber: atividades de formação com os professores e diretores, atividades com os pais e responsáveis, atividades com as crianças, implementação de hortas pedagógicas nas escolas, dentre outros.



Acesse o link e conheça uma atividade realizada com alunos com excesso de peso em uma escola no Espírito Santo: <<https://novo.atencao.basica.org.br/relato/2268>>

É necessário conhecer sempre as demandas da escola, os hábitos alimentares e o perfil antropométrico dos alunos para direcionar as ações. Além disso, fazer avaliação do trabalho é indispensável para analisar efetividade das ações e necessidade de ajustes.

No item seguinte vamos conhecer estratégias intersetoriais entre a saúde e assistência social. Vamos lá!

1.4.2 Assistência Social

Diferente da relação com a educação, não existem programas específicos que direcionam ações articuladas entre a saúde e a assistência social, exceto o acompanhamento dos condicionantes do Programa Bolsa Família (PBF).

Os acompanhamentos do PBF demonstram impacto positivo na segurança alimentar e nutricional dos beneficiários (SPERANDIO et al., 2017). Entretanto, de maneira paradoxal, o excesso de peso vem sendo identificado entre as famílias do PBF, suscitando a necessidade de trabalhar a temática entre grupos vulnerados social e economicamente.

Ressalta-se que a assistência social não se limita ao PBF, sendo sua organização pautada na Proteção Social Básica (caráter preventivo voltada para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários aos cidadãos em situação de vulnerabilidade social) e Proteção Social Especial (direcionadas a situações de violação de direitos individuais e familiares com permanência ou rompimento de vínculos familiares e comunitários) (BRASIL, 2005).

Para manutenção do benefício do PBF, além de outros critérios, as famílias devem:



Manter em dia o calendário de vacinação das crianças menores de 7 anos

Levar as crianças com menos de 7 anos à UBS para que sejam pesadas, medidas e tenham o crescimento monitorado, e realizar pré-natal de gestantes



Fonte: SENNA; BRANDAO; DALY, 2016

Veja que a saúde e assistência social apresentam grande proximidade, pois as vulnerabilidades sociais e econômicas, enfoque da assistência social, são determinantes e condicionantes sociais de saúde percebidos e trabalhados na AB. Isso reforça a necessidade de articulação para a integralidade da atenção.

Visto isso, vamos conhecer uma estratégia para promoção de alimentação saudável, envolvendo famílias em vulnerabilidade

social, no município de Maringá, no Paraná, chamado Cozinha Alternativa. O projeto surgiu a partir da percepção de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) de que usuários da UBS buscavam a Pastoral da Criança, no salão da igreja local, para buscar alimentos. Assim, nasceu a proposta da realização de oficina culinária para promoção de alimentação saudável e controle do excesso de peso (PEREZ et al., 2019).

A atividade é planejada e executada pela eSF, com apoio do NASF-AB, sendo que o público-alvo é definido por meio de análise das necessidades do território. As equipes escolhem as receitas, dividem as tarefas e custos nas reuniões de equipe. Além de preparações saudáveis, ressalta-se a importância do aproveitamento dos alimentos, talos, folhas, cascas e sementes. A oficina é realizada na cozinha da igreja católica da área de abrangência, três vezes ao ano desde 2006, com duração de 4 horas.

Durante a oficina, são apresentados o passo a passo da preparação das receitas, a importância da utilização dos alimentos alternativos e os benefícios deste para a saúde, e ao final é feita a degustação. Há grande adesão da comunidade e ao longo

dos anos percebeu-se melhoras na qualidade de vida dos participantes, que também se tornaram multiplicadores da estratégia.



Figura 5 – Orientações sobre a safra dos alimentos e como prepará-los contribuem com a alimentação saudável. Fonte: Alexander Rath/Adobe Stock

Essa atividade deu origem a uma cartilha denominada “Alimentação Saudável e Receitas Alternativas”, que apresenta receitas e orientações a respeito da importância das verduras, legumes e frutas, a safra dos alimentos, e como preparar o alimento com higiene. A cartilha é disponibilizada para todas as famílias cadastradas no PBF que fazem o acompanhamento de peso e estatura na UBS.



Você pode acessar a cartilha construída pela equipe no link: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/e1fd3e083244.pdf>>

Apesar deste projeto não ter articulação direta com a Secretaria de Assistência Social do município, contou com a participação da assistente social do NASF-AB. Esta estratégia apresenta potencial para ser trabalhada de maneira intersetorial, envolvendo famílias em vulnerabilidade social acompanhadas pelos serviços de assistência social. Agora vamos seguir nosso estudo conhecendo a articulação entre a saúde e a sociedade civil organizada.

1.4.3 Sociedade Civil

A sociedade civil organizada corresponde a grupos da população desvinculados de instituições políticas e religiosas, com variadas formas de organização, que atuam sobre problemas que o Estado não atende de modo satisfatório e que o mercado não tem interesse em atender. Podemos dividi-las em três grupos (OLIVEIRA; HADDAD, 2001), conforme descrito a seguir.

Entidades comunitárias	Organizações intermediárias	Entidades assistenciais
Movimentos locais de liderança e lutas populares	Fundações que realizam programas de interesse social ou financiam projetos sociais realizados por terceiros.	Assistência direta para populações carentes, a filantropia em sentido estrito.

Visto o direito constitucional à saúde e à alimentação adequada, a articulação do setor com essas organizações é de suma importância para responder suas necessidades de saúde, alimentação e nutrição, contribuindo para a redução das iniquidades. Por suas características, essas organizações geralmente trabalham com pessoas em vulnerabilidade social e econômica, o que recai sobre a discussão dos determinantes sociais da alimentação e nutrição, que atualmente colocam a obesidade com um problema também de populações vulneráveis (FREITAS; MORAES, 2016).

Como o trabalho na APS possibilita esse tipo de ação, você, profissional da saúde,

pode mobilizar a equipe para a realização dessas atividades. O trabalho com a sociedade civil, além de contribuir para a prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade, tem o potencial de mobilizar a participação social no serviço de saúde.

No item a seguir vamos conhecer melhor a articulação da saúde com o setor do esporte e cultura. Vamos continuar nossos estudos!



Você já pensou em mapear na comunidade organizações da sociedade civil e suas necessidades para a realização de projetos que visem a adoção de hábitos saudáveis?

1.4.4 Esporte e Cultura

Sabe-se da relação positiva da prática de atividade física na prevenção e no tratamento do excesso de peso, principalmente quando associada com uma alimentação adequada e saudável. Além disso, o elemento cultural ligado à alimentação e a outros aspectos comportamentais influencia diretamente os hábitos dos indivíduos, e consequentemente na propensão ao sobrepeso e obesidade. Nesse sentido, trabalhar a temática da alimentação e nutrição associada com este setor torna-se central para a prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade nos territórios (SILVA; BEZERRA, 2016).

No processo de trabalho da APS, muitas atividades que associam atividade física à alimentação e nutrição são desenvolvidas com grupos especiais, principalmente hipertensos, diabéticos e obesos. Entretanto, a realização de articulação com esporte e cultura ainda é um desafio que devemos superar.

Mediante esta problemática, vamos conhecer o Projeto Cintura Fina, realizado no município de Vitória de Santo Antão, em Pernambuco. O trabalho buscou articular

os profissionais das equipes de NASF-AB e eSF para o desenvolvimento de práticas de atividades aeróbicas (dança) e discussão sobre alimentação e nutrição com usuários com excesso de peso (LIGIANI, 2019).



Figura 6 - O desenvolvimento de práticas corporais contribui com a prevenção e controle do excesso de peso. Fonte: etitov/Adobe Stock

Foram articuladas três UBS e suas respectivas equipes para o acompanhamento de 80 usuários. As atividades ocorreram uma vez por semana, durante oito semanas, das 7 horas às 8 horas da manhã, durante dois meses. Nos sete primeiros encontros foram realizadas as práticas de atividade física e orientações sobre alimentação e nutrição com enfoque na perda de peso.

As medidas antropométricas foram coletadas no início e no final das atividades, sendo apresentadas no oitavo dia para os participantes do projeto.

Foram abordados temas como redução do consumo de açúcares, redução do consumo de gorduras, aumento no consumo de frutas, aumento no consumo de verduras e legumes, aumento da ingestão hídrica, aumento do fracionamento e incentivo à mastigação e resgate do hábito de sentar-se à mesa para fazer as refeições. Quanto à prática de atividade física, foram orientados à prática de exercícios aeróbicos por 30 minutos ao dia e de exercícios anaeróbicos. Os temas desenvolvidos eram transformados em metas para operacionalizar a prática pelos usuários.

Destaca-se o bom resultado do projeto em dois sentidos:

1. continuação das atividades após os oito encontros, tornando-as uma prática das equipes;
2. redução de peso em 51,3% dos participantes do projeto.

Lembre-se de que a articulação com os setores de esporte e cultura potencializam suas ações, atingindo grupos sociais que

acessam pouco a UBS e que estão vinculados às atividades promovidas por este setor. Além disso, o trabalho intersetorial tende a facilitar o uso dos espaços físicos destinados a práticas de atividades esportivas e culturais, tornando as estratégias mais atrativas para os usuários.

Agora que conhecemos alguns caminhos para trabalhar medidas de incentivo de maneira intersetorial para a prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade na APS, vamos estudar algumas práticas de promoção de ambientes saudáveis.

1.5 PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS

Conforme vimos, além de orientações por meio das medidas de incentivo, é importante promover ambientes que possibilitem a adoção de um estilo de vida saudável pela população. Nesse contexto, devemos desenvolver e apoiar medidas de apoio e proteção que tornem factível a adesão a práticas saudáveis, deixando os usuários informados, motivados e autônomos.

Nesse sentido, vamos falar sobre mobilidade urbana, academias da saúde,

restaurantes comunitários, hortas comunitárias, agricultura familiar e feiras de alimentos como forma de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade, pensando nas possibilidades de intervenção e apoio dos profissionais da APS nessas atividades.

1.5.1 Mobilidade urbana

A mobilidade urbana é a possibilidade de se deslocar nas bairros e nas cidades de uma forma saudável. Em geral, é pensada a partir do problema que impede uma mobilidade adequada. No Brasil, o aumento do grau de urbanização, do tamanho da população e do uso de veículos automotores como principal estratégia individual e coletiva de deslocamento vem causando uma imobilidade urbana (WESTPHAL; OLIVEIRA, 2015).



Você sabia que o tempo gasto no trânsito vem aumentando consideravelmente nas últimas décadas e que o tempo de deslocamento para o trabalho está associado ao bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos?



Figura 7 - Hortas urbanas são dispositivos de promoção de alimentação saudável. Fonte: Dornicke/Wikimedia Commons

Ou seja, quanto mais tempo de deslocamento, menos tempo para práticas esportivas, de alimentação saudável, lazer e idas ao serviço de saúde. Pessoas com menos tempo em seu dia tendem a consumir mais alimentos industrializados, ricos em ingredientes de baixo valor nutricional. Assim, a imobilidade urbana contribui para o aumento do excesso de peso e suas consequências. Além disso, o uso exagerado de combustíveis fósseis nos veículos piora a qualidade do ar (CRUZ; CALLEJAS; SANTOS, 2014).

Nesse sentido, é importante conhecer propostas como o projeto Cidades Saudáveis, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe a construção de ambientes que sejam menos nocivos para a saúde de seus habitantes, e que tem como principal tema a mobilidade urbana. Esse projeto propõe uma abordagem à saúde e ao bem-estar da população por meio de ações locais no contexto da vida diária das pessoas, facilitando a ação conjunta entre as autoridades locais, sociedade civil e outros atores-chave para melhorar as condições e a qualidade de vida do e no lugar onde as pessoas vivem, trabalham, estudam e se divertem, promovendo o desenvolvimento de sistemas e estruturas sustentáveis (OMS, 2002).

Sabe-se que é utópico dispor de tudo o que as pessoas necessitam em um mesmo território. Entretanto, deve-se estimular a presença de serviços básicos para necessidades cotidianas (trabalho, alimentação, comércio, serviço e lazer). Além disso, é possível pensar em estratégias que articulem o transporte coletivo com trajetos feitos a pé ou de bicicleta, para acessar locais distantes. Promover um transporte ativo é uma forma de reduzir os índices de obesidade na população.



Quando há possibilidade percorrer os trajetos sem o uso do carro, a tendência é que as pessoas deixem de usá-lo. No entanto, é preciso que os projetos urbanos deixem de ser centrados nos automóveis.

A mobilidade urbana é um tema que impacta diretamente a saúde da população. No entanto, o setor saúde não é responsável direto pelas ações para melhoria desta situação, sendo necessário o comprometimento dos gestores. Desse modo, devemos fortalecer essas ações de forma intersetorial, contribuindo com dados e informações que demonstrem o impacto da mobilidade e organização das cidades na saúde, estimulando esta discussão nos espaços de conselhos e gestão, e orientando os usuários a adotarem modos de transporte ativo, dentro das possibilidades e características do território.

No próximo item vamos conhecer as academias da saúde, equipamentos que contribuem para a democratização e acesso à atividade física. Vamos lá!

1.5.2 Academias da Saúde

O Programa Academias da Saúde foi lançado no ano de 2011 pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de promoção e produção do cuidado em saúde, a partir da utilização dos espaços públicos. Esse programa está articulado com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com PNPS, buscando oferecer por meio da atividade física uma possibilidade de cuidado e promoção de saúde (BRASIL, 2014d).



Figura 8 – Academia da Saúde.
Fonte: Ministério da Saúde

As Academias da Saúde visam disponibilizar nos territórios espaços para práticas corporais e de atividade física, com orientações das equipes de NASF-AB e eSF que visem a autonomia dos usuários. Nesse sentido, são pontos da Rede de Atenção à

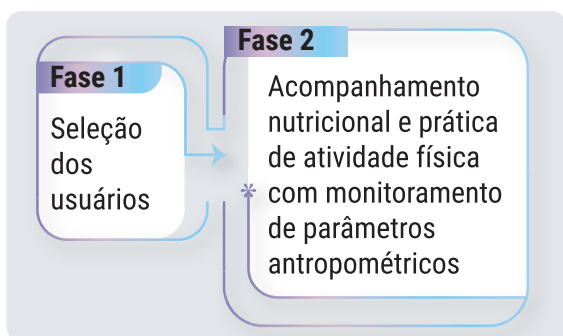
Saúde (RAS) que devem ser utilizados pelas equipes como espaços para o aumento do nível de atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, constituição de redes sociais e mobilização comunitária (BRASIL, 2014d).

Esses espaços podem ser utilizados para promover encontro dos usuários em um ambiente que possibilite a prática de atividade física e acesso a outras informações relevantes para o cuidado em saúde. Mediante o panorama epidemiológico atual, as ações devem focar a promoção de um estilo de vida saudável que vise o combate das DCNT, dentre elas a obesidade.

Um dos objetivos do Programa Academias da Saúde é a promoção de hábitos alimentares saudáveis. Nesse sentido, as equipes devem integrar esses espaços nas suas ações, para, a partir do binômio atividade física e alimentação saudável, possibilitar a adoção de hábitos saudáveis pela população adscrita, controlando e reduzindo os índices de sobrepeso e obesidade.

Vamos conhecer um trabalho realizado na AB do município de Arabaré/BA, chamado Projeto 100% Saúde (ROSA et al., 2017). O projeto utilizou a Academia da Saúde para

promover ações para 56 usuários com sobrepeso e obesidade com idade entre 20 e 60 anos. O trabalho contou com a participação das equipes de eSF e NASF-AB e foi dividido em duas etapas:



O trabalho teve três frentes:

- acompanhamento nutricional,
- prática de atividades físicas,
- debate de temas relacionados à saúde geral.



Acesse o link e conheça mais sobre as Academias da Saúde: <http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf>

O educador físico conduziu atividades corporais e esportivas duas vezes por

semana, com duração de 60 minutos/dia. A nutricionista fez a prescrição de cardápio individualizado para os participantes. Os demais profissionais (assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, farmacêutico, médicos, enfermeiros e odontólogos) ministraram palestras para o grupo mensalmente. Além disso, foram realizadas visitas domiciliares e rodas de conversa com os participantes sobre tema de interesse do grupo.

Após os 12 meses, permaneceram 18 usuárias no projeto, todas mulheres. A intervenção, utilizando a Academia da Saúde, resultou em perda de peso em 67% das participantes, redução da circunferência da cintura em 72% e redução do IMC mudando de classificação obesidade II para sobrepeso em 16% (ROSA et al., 2017).



Utilizar as Academias da Saúde, parques ou áreas de lazer disponíveis no território é uma excelente forma de promover saúde, contribuir para a diminuição do excesso de peso e estimular a vida em comunidade dos usuários no seu território.

Veja como é possível, por meio de ações simples, utilizar os espaços dos territórios para promover saúde, possibilitando que os usuários sigam efetivamente as orientações prescritas nos serviços. Nesse sentido, no próximo item vamos conhecer os restaurantes comunitários. Acompanhe.

1.5.3 Restaurantes Populares

Os Restaurantes Populares são equipamentos públicos de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) que, em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), visam promover uma alimentação adequada e saudável para população em vulnerabilidade social. Nesse sentido, têm como princípio norteador a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (AGUIAR; PADRÃO, 2018).

Os restaurantes populares são responsáveis pelo preparo e venda a preços acessíveis de refeições saudáveis, variadas, saborosas e que respeitem a cultura alimentar local. Esses equipamentos podem ser construídos e financiados pelos municípios e estados, sendo que o Programa Restaurante Popular surgiu como

uma estratégia federal para fomentar essas iniciativas e contribuir com a estrutura desses equipamentos (BRASIL, 2004).

Esse programa é destinado para estruturas físicas com espaço adequado para produção e oferta de refeição, em municípios com mais de 100 mil habitantes, com capacidade de atendimento de mais de 1.000 indivíduos diariamente, o que atinge cidades de médio e grande porte. Entretanto, isso não impede que prefeituras com população em vulnerabilidade social desenvolvam seus próprios projetos.

Esses equipamentos devem contar com nutricionista responsável técnico, que garanta a qualidade nutricional das refeições e ações de Educação Alimentar e Nutricional voltadas para a adoção de hábitos alimentares adequados pela população, que contribuem diretamente para a prevenção de problemas relacionados à alimentação inadequada, como sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2004), sendo este um espaço de articulação entre os serviços de saúde da AB em territórios em que os restaurantes populares estiverem presentes.



Para conhecer um pouco mais desses espaços, veja o vídeo sobre o restaurante popular no Rio de Janeiro: <https://www.youtube.com/watch?v=jMz7lhypzZg>

Conforme conversamos neste tópico, as medidas de proteção e apoio são indispensáveis para o sucesso das ações para promoção de saúde e de alimentação saudável. Os restaurantes populares possibilitam o acesso à alimentação de maneira regular, em quantidade e qualidade adequada, contribuindo para que as ações do serviço de saúde tenham viabilidade prática em contextos de vulnerabilidade social.

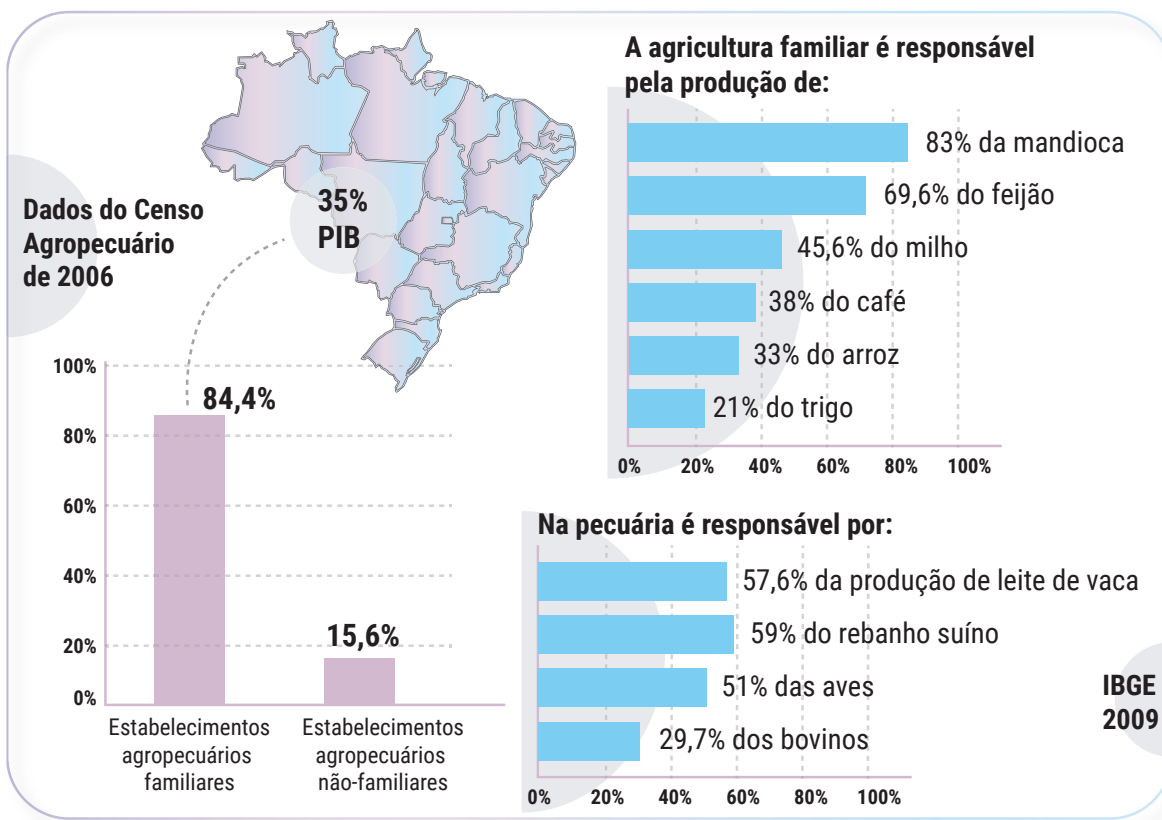
Podemos estimular os usuários a utilizar esses espaços em cidades em que eles estão disponíveis e fomentar a discussão com a gestão para a disponibilização de refeições de qualidade e acessíveis financeiramente para famílias em vulnerabilidade.

No próximo item trataremos da agricultura familiar e das feiras de alimentos. Vamos seguir nossos estudos!

1.5.4 Agricultura familiar e feiras de alimentos

A agricultura familiar é caracterizada pela produção agrícola em terras compartilhadas pela família. O agricultor familiar produz nas mesmas terras em que reside com a família, sendo a atividade produtiva agropecuária sua principal fonte de renda. Além disso, uma das principais características do setor é a diversidade produtiva, ou seja, o cultivo de diferentes espécies em um mesmo local (DELGADO; BERGAMASCO, 2017).

Conforme dados do Censo Agropecuário de 2006, 84,4% do total dos estabelecimentos agropecuários brasileiros são familiares, que correspondem por 35% do produto interno bruto nacional. A agricultura familiar produz 83% da mandioca, 69,6% do feijão, 45,6% do milho, 38% do café, 33% do arroz e 21% do trigo do Brasil. Na pecuária, é responsável por 57,6% da produção de leite de vaca, além de 59% do rebanho suíno, 51% das aves e 29,7% dos bovinos do país (IBGE, 2009). Neste sentido, a agricultura familiar possui importância econômica vinculada ao abastecimento do mercado interno e ao controle da inflação dos alimentos consumidos pelos brasileiros.



Parte desses produtores escolhe sua produção por meio de feiras de alimentos em municípios vizinhos aos locais de produção. Entretanto, a maior parte vende para atravessadores, que repassam os produtos às Centrais Estaduais de Abastecimento (CEASAS) e redes de supermercados, o que

aumenta o preço final do produto e diminui o ganho do produtor (ARAÚJO; RIBEIRO, 2018).

Existem modalidades de produção na agricultura familiar, como a agroecologia, bem como as agroflorestas e a agricultura orgânica, que dispensam o uso de agrotóxicos. Entretanto, ainda é comum

a utilização de agrotóxicos na produção familiar, mesmo com as iniciativas de conscientização dos problemas de saúde derivados desta prática (DELGADO; BERGAMASCO, 2017).

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA), não se deve deixar de consumir frutas e verduras por levarem agrotóxicos no seu processo de produção. Entretanto, deve-se estimular o consumo de alimentos que não utilizem esses produtos como forma de garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e estimular a troca da produção tradicional pelas que dispensam o uso do agrotóxicos (INCA, 2006).

Em regiões com agricultores familiares nas proximidades, até em municípios vizinhos, é importante a articulação dos setores públicos para viabilização de espaços em que os produtores vendam seus produtos diretamente para a comunidade, garantindo um preço mais acessível, acesso periódico, alimentos da época e garantia de procedência do produto.

O acesso facilitado aos alimentos saudáveis é fundamental para que haja uma modificação dos hábitos alimentares e a manutenção de uma alimentação



Em regiões em que a população adscrita estiver vinculada com a atividade agrária devemos estar atentos ao uso excessivo de agrotóxicos, estimulando a adoção de modos de produção que não os utilizem, prezando pela preservação da saúde dos agricultores e familiares, da saúde da comunidade e do meio ambiente. Além disso, é importante reforçar a qualidade nutricional dos alimentos produzidos na propriedade incentivando seu consumo, pois muitos produtores vendem seus produtos e compram alimentos industrializados para alimentação própria.

1.5.5 Hortas comunitárias

A Agricultura Urbana e Periurbana vem ganhando destaque como um instrumento de integração nos processos de desenvolvimento sustentável das pessoas

Dentro dessa modalidade existem as hortas comunitárias, que são espaços de produção de alimentos desenvolvidos em áreas públicas ou cedidas por membros da comunidade. O trabalho é feito por voluntários, com o apoio de equipes técnicas para a utilização do sistema de produção agroecológico.

Esses espaços, além de produzirem alimentos saudáveis – que são repartidos entre os voluntários, distribuídos em instituições de ensino e vendidos a preço acessível para o restante da comunidade –, tornam-se um local de interação social. As hortas comunitárias podem ser utilizadas como geradoras de renda para grupos vulneráveis da população adscrita ou somente para autoconsumo saudável (COSTA; BÓGUS, 2015).

33



É importante que você identifique em seu território espaços com potencial para implementação de hortas comunitárias e usuários que tenham o interesse em implementar projetos desse tipo. O ideal é que a comunidade desenvolva a ideia de maneira coletiva, responsabilizando-se pelas atividades de manutenção.

Os profissionais da APS devem atuar como facilitadores nesses projetos, articulando com setores públicos a fim de auxiliar com equipe técnica. Além da produção de frutas, legumes e verduras, o cultivo de plantas medicinais e comestíveis pode auxiliar na agregação de outras dimensões e significados associados à área da saúde. Além disso, há implantação de hortas educativas em escolas e nas UBS como ferramenta de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para a população.

As hortas comunitárias, quando implantadas de maneira efetiva e com engajamento da população, tornam-se ferramentas centrais para a promoção de uma alimentação saudável e garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

O trabalho no cultivo também contribui para diminuição do sedentarismo, pois em geral as atividades exigem esforço físico. Sendo assim, são dispositivos importantes como medidas de apoio e proteção para a redução do excesso de peso na população.

ENCERRAMENTO DA UNIDADE

Nesta unidade você estudou a importância do território e do trabalho intersetorial para a promoção de uma alimentação adequada e saudável para a população adscrita. Além disso, pôde conhecer algumas estratégias intersetoriais e de promoção de ambientes saudáveis que contribuem como medidas de incentivo, apoio e proteção para a prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade no âmbito da Atenção Primária. Esperamos que você se inspire no material e implemente, junto com sua equipe, ações intersetoriais no seu território.

Obesidade



**PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E
PREVENÇÃO DO SOBREPESO E OBESIDADE**

2 PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PREVENÇÃO DO SOBREPESO E OBESIDADE

2.1 INTRODUÇÃO

Nesta unidade você vai conhecer os aspectos mais importantes da promoção da alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade na atenção primária. Nessa perspectiva, esta unidade reúne orientações, ações e práticas de âmbito coletivo e de abrangência intersetorial que visam auxiliar o trabalho das equipes de saúde da atenção primária nesse processo.

2.2 CULTURA E HÁBITOS ALIMENTARES

A construção da identidade de um povo é feita a partir de várias manifestações que dão significado à sua existência, e, dentre elas, a alimentação contribui de maneira singular para a consolidação dessas características próprias (CANESQUI; DIEZ GARCIA, 2005).

Diferentemente dos outros animais, o ser humano confronta diversos fatores culturais, sociais, econômicos, religiosos, psíquicos e históricos para conceber sua comida.

Por isso é necessário considerar diferentes elementos, tais como o acesso, a produção, o abastecimento, a comercialização e o consumo de alimentos para refletir sobre o ser humano e a natureza no processo de escolha alimentar (TEUTEBERG, 2009).

O alimento traduz em si toda a sensibilidade e preferência que está embutida em uma sociedade, pois se faz presente nas mais diversas situações (festas, reuniões, banquetes, encontros, passeios, viagens, cerimoniais, aniversários, dentre outras). A comida ainda agrega convívio a todos aqueles que se reúnem para uma refeição, em um ato cheio de simbologias e significados (CANESQUI; DIEZ GARCIA, 2005).



Figura 9 – A alimentação faz parte da construção identitária dos povos. Fonte: andriigorulko/Adobe Stock

Entretanto, vemos em nosso país que as mudanças oriundas da urbanização, industrialização e do progresso tecnológico acabaram transformando nossa cultura alimentar, excluindo alguns alimentos e acrescentando outros, inerentes à rotina do mundo moderno, como os *fast food*, determinando prejuízos à maneira tradicional de se fazer uma boa refeição, com feijão e arroz, pratos importantíssimos da nossa cultura alimentar e que possuem valores nutricionais insubstituíveis para o bom funcionamento do organismo (CANESQUI; DIEZ GARCIA, 2005).

Sob essa perspectiva, nesta unidade discutiremos aspectos específicos da nossa cultura alimentar, sua evolução sob a influência da mídia e da indústria de alimentos, bem como seu impacto sobre condições nutricionais desfavoráveis, como o sobrepeso e a obesidade.

2.2.1 Alimentação, regionalidade e cultura

A nossa cultura – nossas crenças, tabus, religião, entre outros fatores – influencia diretamente a escolha dos nossos alimentos diários.

O incentivo ao consumo de alimentos regionais permite o resgate de aspectos fun-

damentais da relação entre o ser humano e o meio ambiente. A regionalidade, segundo o geógrafo brasileiro Milton Santos (2000), é um conceito que extrapola o espaço geográfico e revela o lócus entre teias de relações sociais, econômicas e culturais. De maneira geral, o alimento apresenta um povo, carregando toda sua cultura e tradição.

Assim, pode-se dizer que o comer é um ato polissêmico e faz parte de uma trama de significados do cotidiano em que o ser humano vive e se encontra quase sempre cativo. Por essa razão, mesmo com toda a tecnologia disponível, o ser humano não se alimenta apenas de moléculas de proteínas, carboidratos, lipídios, sais minerais e vitaminas. Comem-se articuladas misturas constituídas de saberes e práticas culturais, escolhas e preparos resultantes da comunhão entre artes culinárias e hábitos (BRASIL, 2015).

A feijoada, por exemplo, um prato típico brasileiro, fora do país é um símbolo da nossa identidade nacional. Da mesma forma, dentro do nosso país temos regiões que são identificadas por uma culinária específica. Quando se fala em gaúcho, logo se pensa em churrasco. Se o prato é o tutu, vamos associá-lo aos mineiros. Barreado é a comida típica

do litoral paranaense. Camarão no jerimum com molho de pitanga é do Nordeste. Enfim, o modo de preparar e servir certos alimentos exprime identidades sociais, confirmando assim o caráter simbólico da comida (CANESQUI; DIEZ GARCIA, 2005).

As tarefas da cozinha doméstica, por exemplo, pouco a pouco estão sendo



Figura 10 – A feijoada é um símbolo da nossa identidade nacional.

transferidas para a indústria de alimentos. Como consequência, cada vez mais é consumida maior quantidade de alimentos processados industrialmente (CANESQUI; DIEZ GARCIA, 2005).



Figura 11 – O modo de preparar e servir certos alimentos exprime identidades sociais. Fonte: TheUjulala/Pixabay

Soma-se a esse cenário a individualização dos modos de vida e o papel crescente da mulher no mercado de trabalho, o que levou à desritualização das refeições. Ou seja, o convívio associado às refeições cada vez mais vem perdendo sua importância (CANESQUI; DIEZ GARCIA, 2005).

Assim, se de um lado a indústria alimentar contribuiu para solucionar, até certo ponto, problemas como a necessidade de compati-

bilizar o trabalho assalariado distante do domicílio ou a falta de tempo e de habilidades culinárias para o preparo das refeições, de outro, a padronização da cozinha industrial parece promover uma ruptura com a nossa cultura alimentar (CANESQUI; DIEZ GARCIA, 2005).

Diante disso, o que fazer para preservar nossa cultura alimentar?

Incentivar os indivíduos à reflexão e ao desenvolvimento do senso crítico, para que alcancem autonomia para realizar boas escolhas alimentares constitui um passo fundamental. Para tanto, é necessário estimular os indivíduos para que busquem desenvolver suas habilidades culinárias, resgatando receitas de família, preparadas à base de alimentos regionais, minimamente processados e culturalmente referenciados (BRASIL, 2014b; 2014e).

A adoção de padrões alimentares mais variados em todas as fases do ciclo de vida também deve ser incentivada. Nesse aspecto, incentivar o consumo de legumes, verduras e frutas, entre outros produtos *in natura* ou minimamente processados, típicos de cada região do país é fundamental. Mas, para alcançar sucesso, de antemão é preciso

formar parcerias em uma perspectiva **intersetorial**, no intuito de contribuir para que de fato a população das diferentes localidades tenha acesso a esse grupo de alimentos (BRASIL, 2014b; 2014e).

Valorizar os chamados “produtos da terra”, por exemplo, reflete uma certa vontade de se enfrentar a homogeneidade dos produtos industrializados e a globalidade excessivas (CANESQUI; DIEZ GARCIA, 2005).

Além disso, ao se estimular o consumo de alimentos saudáveis regionais, pode-se auxiliar também na geração de empregos e renda em comunidades com tradição agrícola ou de agricultura familiar (BRASIL, 2014b).



Figura 12 – Desenvolver habilidades culinárias, resgatando receitas de família, a base de alimentos regionais promove autonomia alimentar. Fonte: Jacob Lund/Adobe Stock

A comensalidade também não pode ser esquecida, pois é ela que agrega prazer às refeições, quer seja pelo sabor dos alimentos, quer seja em razão de se realizar as refeições em companhia de familiares, amigos ou colegas. Assim, o conjunto de medidas aqui propostas objetiva compartilhar conhecimentos e práticas que possam contribuir para a preservação e o resgate da cultura alimentar entre a nossa população.

2.2.2 Influência da indústria e das mídias na Alimentação

Conforme apontado na subunidade anterior, a indústria de alimentos tem sido amplamente apontada como uma das principais responsáveis pelo desaparecimento de muitas de nossas manifestações culturais, em razão da homogeneização da alimentação.

Soma-se a esse cenário, nas décadas recentes, o papel da mídia.

Juntas, mídia e indústria de alimentos vêm ano a ano se moldando para alcançar o maior número possível de consumidores, seja por meio da oferta de alimentos hiperpalatáveis de baixo custo (*fast food* e ultraprocessados), seja por meio da utilização dos mais distintos canais de

comunicação, promovendo o consumo desses alimentos (televisão e rádio, anúncios em jornais, revistas e outdoors, matérias na internet, amostras grátis de produtos, ofertas de brindes, descontos e promoções, colocação de produtos em locais estratégicos dentro de supermercados, uso de embalagens atraentes, entre outros subterfúgios) (BRASIL, 2014b).

Contabiliza-se que no presente momento, mais de dois terços dos comerciais veiculados sobre alimentos na mídia se referem a produtos comercializados nas redes de *fast food* e a alimentos industrializados do tipo ultraprocessados, como salgadinhos “de pacote”, biscoitos recheados, cereais matinais e refrigerantes (BRASIL, 2014b).

Diante disso, pode-se certamente dizer que em nossa sociedade o marketing deliberadamente manipula vontades e desejos, produzindo uma necessidade real de consumo desses produtos, que sob a perspectiva da saúde e nutrição, são totalmente dispensáveis (BRASIL, 2014b; 2014e).

Tal cenário se agrava ainda mais diante da constatação de que as mensagens sobre alimentação veiculadas pelos meios de comunicação têm exercido papel fundamental na formação de novos e maus hábitos alimentares, em especial entre as gerações mais novas. O que se observa é a substituição crescente da alimentação tradicional pelo maior consumo de alimentos industrializados (BRASIL, 2014b).



Figura 13 – O marketing produz necessidades de consumo, que da perspectiva de saúde e nutrição, são dispensáveis. Fonte: ifh85/Adobe Stock

Se comerciais, anúncios, ofertas, promoções e embalagens são convincentes e sedutores para os adultos, para as crianças e adolescente são ainda mais. É preciso estar atento, porque frequentemente a publicidade de alimentos veicula informações incorretas ou incompletas sobre alimentação, induzindo ao consumo de alimentos não saudáveis (BRASIL, 2014b).

Nesse cenário, como driblar a influência do marketing e da indústria alimentos para assegurar uma alimentação saudável?

No Brasil, desde a década de 1960 já se falava em normatizar a publicidade de alimentos com o intuito de proteger a saúde da população da exposição às propagandas comerciais de produtos e serviços que possam influenciar de forma inadequada as práticas em saúde. Esta função foi inicialmente exercida pelo Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), passando, a partir da década de 1980, à responsabilidade do Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR).

O CONAR, apesar de integrado às agências de publicidade, anunciantes e veículos de comunicação, é um conselho que não prevê a participação de representantes da sociedade civil nem do Estado nas suas decisões. Por isso, em 1990 foi publicado o Código de Defesa do Consumidor, elencando os elementos de proteção do consumidor contra a publicidade enganosa e abusiva, da parte das grandes indústrias de alimentos.

Mas as iniciativas de regulamentação não pararam por aí. Em 2005, o Governo Federal apresentou uma proposta de regulamentação voltada especificamente para alimentos não saudáveis e bebidas de baixo valor nutricional, que foi aprovada em 2010, pela RDC 24/2010, mas suspensa logo em seguida por liminar a pedido da Associação Brasileira das Indústrias de Alimentos (ABIA), demonstrando um grande desacordo entre governo e os interesses da indústria de alimentos.

O Decreto nº 9.579/2018, em prol de regular o comércio e a publicidade de alimentos para crianças e adolescentes, estabelece a obrigatoriedade da notificação em destaque nas embalagens dos ingredientes considerados prejudiciais à saúde, como açúcar,

sódio e gorduras do tipo trans e saturadas. Ou seja, essa nova legislação volta-se principalmente para a rotulagem adequada dos alimentos embalados, porque é ela que comunica ao consumidor a qualidade dos ingredientes presentes no alimento.

Itens obrigatórios para rotulagem nutricional		
Porção de 0g ou 0ml	Quantidade por porção	%VD(*)
Valor energético	0kcal = 0kJ	0%
Carboidratos	0g	0%
Proteínas	0g	0%
Gorduras Totais	0g	0%
Gorduras Saturadas	0g	0%
Gorduras Trans	0g	--
Fibra alimentar	0g	0%
Sódio	0mg	0%
(*)% Valores Diários com base em uma dieta de 2000 kcal ou 8400 kJ		
**VD não estabelecido		

Figura 14 – Exemplo de rotulagem nutricional adequada.

Apesar dessas legislações, no Brasil ainda é nítida a não conformidade das informações presentes nos rótulos de alimentos em relação às legislações. Na grande maioria das vezes, o informado pelo

fabricante na parte da frente da embalagem do produto (ou seja, a informação nutricional complementar) não é condizente com o que está descrito na lista de ingredientes e/ou na tabela de informação nutricional. Além disso, ainda é comum a apresentação de informações incompletas e em letra de tamanho ilegível (BRASIL, 2014b).

Em virtude disso, vem sendo discutida a adoção pelo Brasil do chamado sistema de rotulagem frontal. Seu diferencial é que o rótulo localizado na parte da frente da embalagem irá facilitar e tornar mais claro o entendimento por parte do consumidor sobre a quantidade dos ingredientes presentes no alimento considerados prejudiciais à saúde, possibilitando assim que consumidores façam escolhas alimentares mais saudáveis.

Mas enquanto esta iniciativa entre governo e indústria de alimentos não se concretiza, devemos buscar reforçar a implementação das ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (OMG, 2004). Somente assim seremos capazes de promover e proteger a saúde, diante do impacto negativo do marketing exacerbado de alimentos não saudáveis.

São exemplos de ações sustentáveis recomendadas por estas políticas e que podem ser operacionalizadas em nível

comunitário, regional e nacional, a partir dos serviços da atenção primária em parceria com outros setores pertinentes da sociedade:



Incentivar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual de cada um quanto a alimentação adequada e saudável.



Articular e promover programas que de maneira concreta possam ajudar indivíduos, famílias e coletividades a formar hábitos alimentares saudáveis.



Orientar indivíduos, famílias e coletividades sobre os riscos à saúde do consumo excessivo de alimentos ultraprocessados e fast food, constantemente veiculados pela mídia.



Socializar informação sobre rotulagem nutricional, formando cidadãos críticos para melhores escolhas alimentares. Neste ínterim, os sujeitos inclusive devem ser capacitados para criticamente avaliar as mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.



Operacionalizar oficinas, a fim de que os sujeitos possam desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias, como um movimento de contraposição à aquisição e consumo de alimentos prontos.



Estimular o consumo de alimentos típicos regionais e advindos de produtores locais ou agricultura familiar.



Articular e promover campanhas de mídia sobre alimentação saudável.

Destaca-se que este tema não foi esgotado aqui, mas limitar a exposição à mídia, seja em casa, em ambientes públicos, no trabalho ou na escola, e disseminar informações à população a respeito de escolhas alimentares saudáveis pode ser um meio factível de se diminuir a influência do marketing de alimentos sobre as escolhas alimentares, e, ainda, de se prevenir as manifestações da insegurança alimentar e nutricional, como o sobrepeso e a obesidade.

2.2.3 Cultura alimentar, sobrepeso e obesidade

A necessidade de realizar refeições rápidas, associada às mudanças nos rituais de compartilhamento e preparo de refeições, bem como a oferta massiva de novos produtos alimentícios aliada à sua divulgação pela mídia, criaram o cenário ideal para que os alimentos tradicionais da nossa culinária (arroz, feijão, farinha de mandioca, frutas e vegetais) perdessem, década após década, espaço para a chamada “comida industrializada” pronta ou semipronta para o consumo (BRASIL, 2014b; 2014e).

Mas o impacto de todas essas mudanças não se restringe apenas à formação de novos e maus hábitos alimentares. Seu principal resultado tem se concretizado em uma alarmante prevalência de sobrepeso e obesidade entre a nossa população (LOUZADA et al., 2015).

Sob essa perspectiva, o maior desafio para se enfrentar o sobrepeso e a obesidade em nossa sociedade está no modo de vida das populações modernas. Além do consumo excessivo de calorias, o estilo de vida moderno é marcado por pouca ou nenhuma atividade física (VIGITEL, 2018).

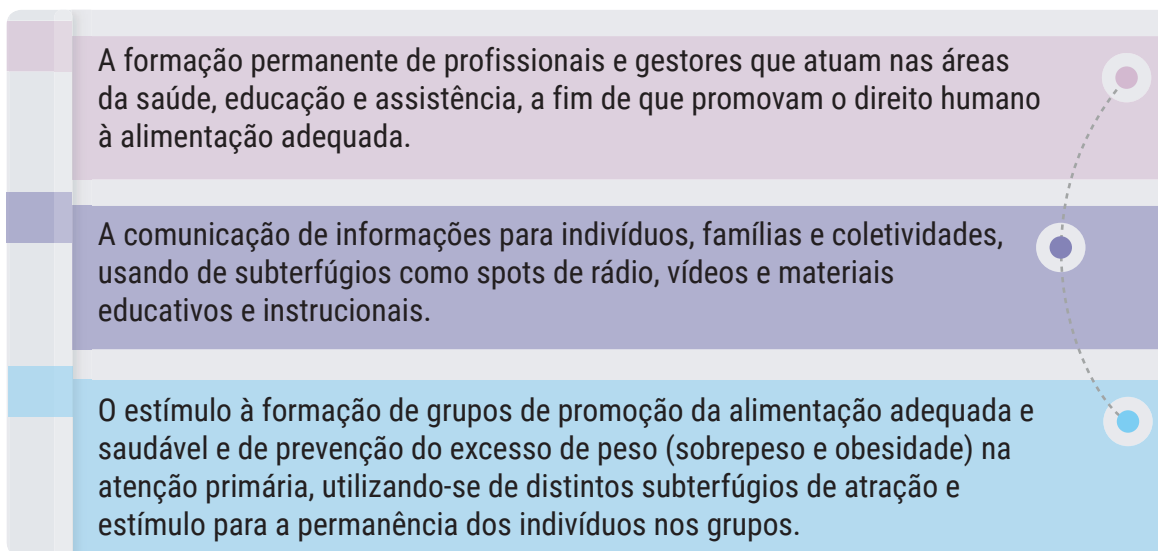
A prevenção e controle dessa situação não são simples. Requer, sobretudo, uma atuação conjunta de todas as esferas governamentais, de forma intersetorial, incluindo a participação da sociedade civil, para que de fato se possa promover escolhas alimentares adequadas e saudáveis, além da prática regular de atividade física entre a população (BRASIL, 2014e).



São exemplos desse tipo ação em nosso país programas como Academia da Saúde, Saúde na Escola, Telessaúde, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade elaborada pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).

Resumidamente, pode-se dizer que, juntos, esses sete programas/estratégias/políticas abarcam o conjunto de ações que, em nível nacional, pretendem contribuir para promover hábitos alimentares saudáveis e alcançar a redução dos índices elevados de sobrepeso e obesidade.

São eixos comuns de ação a essas iniciativas:



De forma complementar a esses programas/estratégias/políticas, em 2014 foi publicado pelo Ministério da Saúde o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a).

Em uma iniciativa diferenciada das anteriores, o Guia foi elaborado visando disseminar informações, recomendações e orientações para indivíduos, famílias e comunidade das diferentes regiões do país, não só sob a perspectiva do consumo de alimentos saudáveis. Como regra de ouro, recomenda-se preferir sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados

e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. Em seu texto ainda ressalta os possíveis obstáculos à realização prática de suas recomendações, sugerindo caminhos e formas para superá-los. Além disso, ao promover o resgate da cultura alimentar, tradicionalmente apoiada no consumo de alimentos *in natura* regionais, o Guia amplia horizontes, favorecendo a construção de um sistema alimentar seguro, produtivo, equitativo e sustentável, com capacidade de prevenir manifestações da insegurança alimentar e nutricional, como o sobrepeso e a obesidade (BRASIL, 2014a).

Por tudo isso, o Guia Alimentar para a População Brasileira se configura em um importante instrumento de educação alimentar e nutricional para ser utilizado por todos (população, profissionais de saúde, agente comunitários de saúde, educadores, gestores etc.).

2.3 AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE COLETIVIDADES

O modo de viver das populações modernas tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral, não é favorável à saúde. Diabetes, hipertensão, neoplasias, sobrepeso e obesidade são apenas alguns exemplos concretos de doenças que resultam dessa situação (OMS, 2018).

Este complexo cenário se perfaz em um grande desafio, sobretudo para os profissionais que atuam junto aos serviços da atenção primária do SUS.

Nesse sentido, esta subunidade tem por objetivo subsidiar os profissionais atuantes nos serviços da atenção primária no reconhecimento dos distintos indicadores associados ao sobrepeso e à obesidade, e sobre

como proceder o diagnóstico nutricional. Por sua proximidade com o cotidiano de vida das pessoas, os profissionais da atenção primária têm maior poder de compreensão dos determinantes da saúde em cada território, podendo desenvolver de forma privilegiada ações de promoção da saúde e de controle do excesso de peso (sobrepeso e obesidade) que acomete o indivíduo, famílias e a população.



Figura 15 – Como encontrar modos na vida moderna de evitar o sobrepeso e obesidade?
Fonte: Choukhri Dje/Adobe Stock

2.3.1 Indicadores Socioeconômicos e Culturais

Prevenir o sobrepeso e a obesidade no âmbito da atenção primária implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos

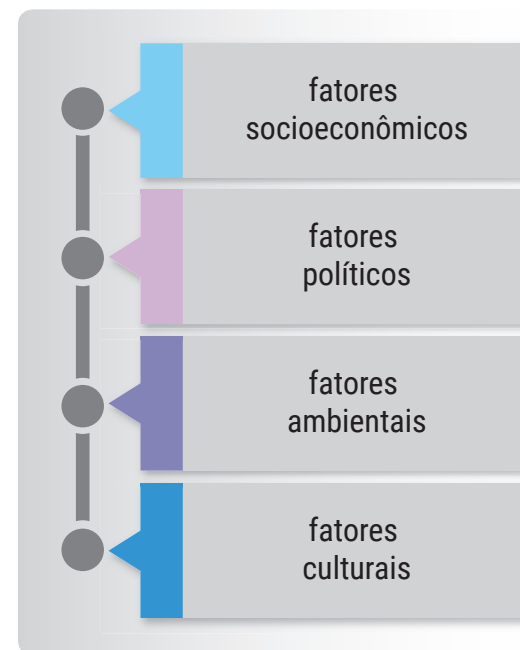
a adotar modos de vida saudáveis e a identificar e enfrentar fatores, hábitos e práticas não promotoras de saúde a que muitas vezes estão submetidos (BRASIL, 2016).

A fim de facilitar esse processo de mudanças, os profissionais da saúde devem, em parceria com os indivíduos, famílias e comunidades, priorizar estratégias que sejam plausíveis à realidade, afim de minimizar as chances de insucesso. Mesmo assim, é preciso considerar que algumas situações cotidianas e inerentes ao indivíduo podem se tornar verdadeiros obstáculos, como a falta de informação, condições socioeconômicas desfavoráveis, mitos (impressão de que uma alimentação saudável é cara, questões culturais etc.) e a falta de tempo para planejar e realizar as refeições (BRASIL, 2016).

Frente a isso, o papel das equipes de saúde deve transcender os limites das unidades da atenção primária em saúde, inserindo-se nos demais equipamentos sociais do território, como espaços comunitários de atividade física, escolas, associações comunitárias, ambientes de trabalho, locais de comercialização de alimentos, entre outros (BRASIL, 2016).

Mas por que isso é importante?

Porque na maioria das vezes o acesso a uma alimentação adequada e saudável, que contribuirá para o controle do excesso de peso, está relacionado a questões que extrapolam a dimensão biológica, tais como:



Por exemplo, um indivíduo pode estar com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) porque sua ingestão de alimentos ricos em açúcar e gordura é excessiva. E a ingestão

excessiva pode ter origem no fato de que, no território onde esse indivíduo mora, os alimentos ricos em açúcar e gordura (ultraprocessados, por exemplo) estão disponíveis no ambiente ou no mercado a custo mais baixo do que frutas, verduras, carnes magras e cereais integrais, ou mesmo porque o território não dispõe de locais de comercialização de alimentos considerados saudáveis. Ou, para além do consumo alimentar, o excesso de peso desse indivíduo pode ainda estar associado à falta de atividade física, cuja falta pode ter como causa a ausência de espaços públicos propícios à sua prática, como praças, academias da saúde ao livre, falta de ciclovias, ou simplesmente de calçadas que permitam ao sujeito sair de casa andando.

Assim, diante de situações como essa, se o objetivo for incentivar indivíduos, famílias e comunidades a adotar hábitos e práticas promotoras de saúde, os diversos aspectos da realidade social deverão ser considerados e analisados simultaneamente, estabelecendo as devidas correlações: saúde, nutrição, educação, trabalho e renda, habitação, acesso à água, aos serviços de

saúde, cultura alimentar, entre outros, pois se tratam de aspectos que contribuem para a avaliação da saúde e nutrição da população (BRASIL, 2016).

2.3.2 Indicadores de consumo alimentar

Realizar a avaliação do consumo de alimentos na rotina da atenção primária constitui-se em uma ação estratégica que colabora para o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população, e que ao mesmo tempo fornece os subsídios necessários para o planejamento e a organização do cuidado em saúde nos territórios.

Visando orientar esse processo, em 2015 foi publicado pelo Ministério da Saúde o material instrucional intitulado “Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na Atenção Primária” (BRASIL, 2015a).

Tendo como base os princípios e as diretrizes do SUS e da PNAN, esse instrucional reúne o conjunto de marcadores que devem ser utilizados pelos profissionais de saúde para a avaliação do consumo de alimentos nos serviços da atenção primária. Trata-se de uma resposta oportuna e específica do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar as

ações para o cuidado da situação alimentar e nutricional da nossa população (BRASIL, 2015a).

Para tanto, o instrucional dispõe de três formulários, cada um contendo marcadores de consumo alimentar específicos para cada ciclo da vida (um para crianças menores de seis meses, um para crianças de seis a 23 meses e 29 dias de idade, e outro para crianças com dois anos de idade ou mais, adolescentes, adultos, idosos e gestantes). O objetivo por trás de cada um desses formulários é possibilitar a identificação de práticas alimentares saudáveis e não saudáveis – e, principalmente, viabilizar a promoção da alimentação adequada e saudável por todo profissional de saúde, independentemente da sua formação (BRASIL, 2015a).

O formulário destinado à avaliação da prática alimentar de adultos foi baseado na nova proposta do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a), e propõe que a avaliação do consumo de alimentos seja referente ao dia anterior, a fim de amenizar possíveis vieses de memória, ou seja, esquecimentos relativos à alimentação realizada.



Ressaltamos que durante a avaliação do consumo de alimentos, o profissional não deve focar exclusivamente o aspecto quantitativo da alimentação, mas sim identificar também qualidade e comportamentos de risco (consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, entre outros). É preciso ainda estar atento ao número de refeições que a pessoa realiza ao longo do dia (pelo menos as três principais), bem como ao hábito de se alimentar assistindo à televisão (BRASIL, 2015a).

Orientar que a alimentação seja baseada em alimentos e preparações culinárias, que

os ultraprocessados sejam evitados ou consumidos ocasionalmente, e que óleos, gorduras, sal e açúcar sejam utilizados em pequenas quantidades, são outras orientações importantes. Do mesmo modo, a socialização de informações sobre o planejamento e a regularidade das refeições, que devem respeitar horários semelhantes. Comer em locais limpos e confortáveis, preferencialmente em companhia, e estimular que as pessoas preparem suas próprias refeições são dicas valiosas para a promoção da alimentação adequada e saudável.



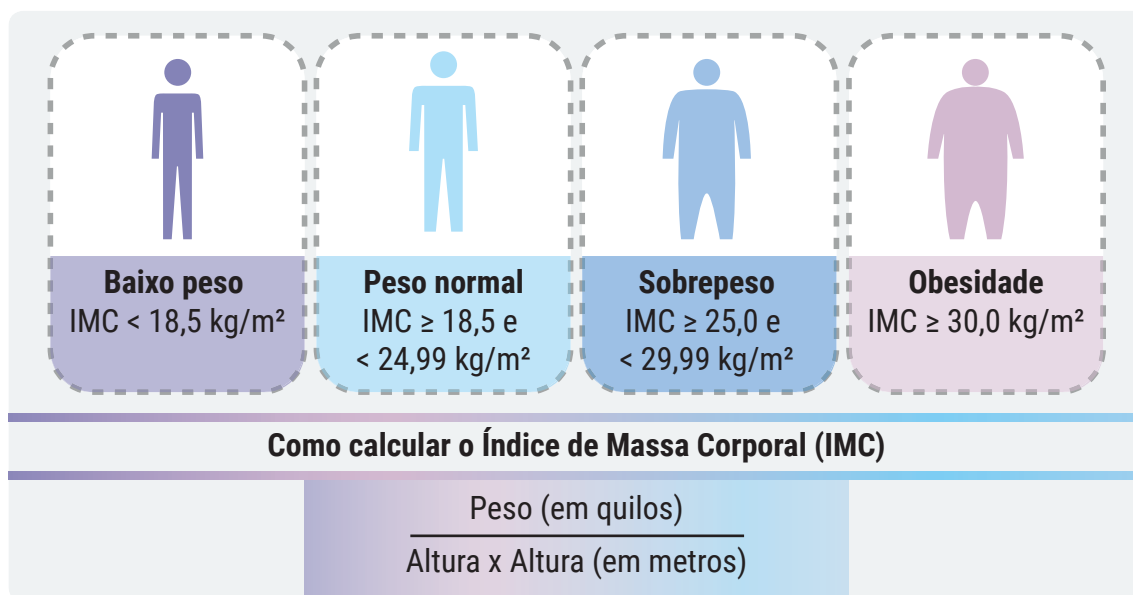
Para saber mais sobre o formulário de marcadores de consumo alimentar na atenção primária, acesse: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf

2.3.3 Indicadores antropométricos e epidemiológicos

O sobrepeso e a obesidade, na maioria dos casos, representam o resultado de um longo tempo de desbalanço energético positivo, que resulta em ganho de peso (BRASIL, 2014b).

Em nível populacional ou mesmo na prática clínica, para se avaliar se o peso de uma pessoa é excessivo, o IMC tem sido proposto como método recomendado, dada a sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva, de baixo custo.

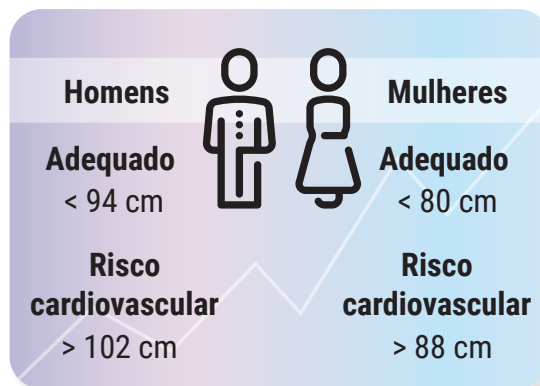
O IMC em adultos é determinado por meio do cálculo de uma razão entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros), sendo o resultado expresso em kg/m².



De acordo com essa classificação, o risco de desenvolvimento de morbidades ou DCNT aumenta progressivamente na medida em que aumenta o IMC. Apesar disso, ressalta-se que o IMC, mesmo sendo útil para avaliar o excesso de peso corporal, é um indicador que não descreve a distribuição da gordura corporal, nem distingue massa gorda de massa magra.

Assim, se o objetivo for conhecer a quantidade de gordura na região abdominal, o indicador a ser utilizado deverá ser a medida da circunferência da cintura (CC).

Veja a seguir as referências de medidas de circunferência de cintura para homens e mulheres:



É importante destacar que os valores apresentados anteriormente correspondem ao de uma pessoa adulta.



Para saber sobre avaliação nutricional de uma criança acesse a caderneta da criança no site:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf>

E de uma pessoa idosa acesse a caderneta do Idoso no site:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf>

2.3.4 Diagnóstico alimentar e nutricional

Realizar o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população, com identificação dos segmentos de maior risco mostra-se fundamental para a qualificação do cuidado no âmbito da atenção primária (BRASIL, 2015b).

As informações advindas tanto da análise antropométrica quanto dos marcadores de consumo alimentar podem embasar desde a escolha do melhor cuidado para um indivíduo

até o desenvolvimento de uma estratégia ou política municipal, estadual ou federal, que respeite a diversidade étnica, racial e cultural da população (BRASIL, 2015b).

Para tanto, é essencial que todos os profissionais que atuam no âmbito da atenção primária se integrem a esse processo, de forma que as ações propostas de fato atendam às reais necessidades da população (BRASIL, 2015b).

Mas como alcançar tudo isso na prática?

A classificação do estado nutricional por meio dos índices antropométricos durante o atendimento na UBS ou no domicílio, por exemplo, é um dos subsídios para o diagnóstico do estado nutricional do indivíduo, que, além da análise de outros aspectos (clínicos, sociais, ambientais etc.), possibilitará aos profissionais tomar a melhor decisão quanto ao cuidado a ser ofertado no âmbito da Atenção Primária:

- solicitação de exames complementares;
- agendamento de visita domiciliar para melhor avaliação de aspectos relativos às condições de vida e às relações intrafamiliares;

- compartilhamento do caso com outros profissionais;
- orientações básicas sobre alimentação adequada e saudável;
- necessidade de acionar serviços de atenção especializada para a

oferta de outros cuidados, entre outras condutas que se façam necessárias (BRASIL, 2015b).

Além disso, nesse cenário também compete aos profissionais da saúde:

	Realizar a identificação das características domiciliares e familiares que possibilitem a detecção precoce de situações que possam afetar o estado nutricional e a segurança alimentar e nutricional das famílias.		Elaborar, em conjunto com todos os profissionais da(s) equipe(s) de saúde, rotinas para o atendimento de indivíduos com sobrepeso e a obesidade, organizando inclusive a referência e a contra-referência quando necessário.
	Desenvolver ações de naturezas distintas para a promoção de práticas alimentares saudáveis em todos os ciclos da vida, considerando parcerias intersetoriais (educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras).		Participar de atividades e cursos de formação voltados à prevenção de distúrbios nutricionais, sobretudo aqueles relacionados ao controle do sobrepeso e obesidade.
	Compartilhar conhecimento sobre alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias para o resgate de hábitos e práticas alimentares saudáveis relacionadas ao consumo de alimentos regionais.		Avaliar continuamente as ações desenvolvidas, tanto para a promoção de práticas alimentares saudáveis quanto para a atenção ao sobrepeso e a obesidade, afim de identificar o seu impacto na população.

Um instrumento importante para auxiliar nesse processo, e inclusive recomendado pela PNAN, trata-se do SISVAN Web, que ao permitir o registro de dados relativos à alimentação e ao estado nutricional dos usuários do SUS, possibilita também o diagnóstico e o monitoramento dessas condições para além do nível local, ou seja, em nível regional, estadual e nacional.

Com isso, o diagnóstico alimentar e nutricional gerado passa a ser um robusto instrumento para a tomada de decisão, não apenas no setor saúde, mas também para o planejamento intersetorial, incluindo a reformulação de políticas e estratégias (BRASIL, 2015b).

Nesse sentido, é importante identificar nas equipes da atenção primária quais profissionais possuem conhecimento técnico e experiência em antropometria, bem como os que estejam familiarizados com os instrumentos de avaliação de marcadores de consumo alimentar, para que contribuam nos processos de formação dos demais. Na ausência de sujeitos com essas habilidades, cabe aos gestores a busca de profissionais capacitados, a fim de desenvolver momentos de formação para as equipes da atenção primária (BRASIL, 2015b).



O conteúdo apresentado nesta subunidade faz parte da publicação “Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na Atenção Primária”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b). Para conhecer o texto completo, acesse:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf

2.4 ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PREVENÇÃO DE SOBREPESO E OBESIDADE COM ENFOQUE NAS COLETIVIDADES

2.4.1 Conceitos de promoção e prevenção

A promoção da saúde é definida na Carta de Ottawa como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Carta de Ottawa apud BUSS, 2000).

Nesta perspectiva, para que a promoção da saúde se dê plenamente, é fundamental que ela não se restrinja ao setor saúde. Indivíduos, famílias e comunidades devem se tornar capa-

zes de modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social em que se encontram. Ou seja, a promoção da saúde deve ser construída por meio de uma ação intersetorial do poder público em parceria com os diversos setores da sociedade (ONU, 2005).

A promoção da saúde compreende, portanto, a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um (BRASIL, 2010).

Diante disso, a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde constituem os cinco campos de ação definidos na Carta de Ottawa.

Ainda nesse documento foram descritos como pré-requisitos para a saúde: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema saudável, justiça social e equidade (Carta de Ottawa apud BUSS, 2000).

No Brasil, em consonância com esses pressupostos da Carta de Ottawa, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada por meio da Portaria MS/GM no. 687, de 30 março de 2006, também afirma que as ações

públicas em saúde devem ir além da ideia de cura e reabilitação. É preciso privilegiar medidas preventivas e de promoção da saúde, transformando os fatores que colocam as coletividades em situação de risco e vulnerabilidade, como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, má qualidade do ar e da água (BRASIL, 2010).



Figura 16 – A promoção da saúde é definida na Carta de Ottawa

Nesse cenário, é importante destacar que enquanto a promoção objetiva sobretudo assegurar a saúde por meio da qualidade de vida, a base do discurso preventivista são as ações desenvolvidas a fim de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 2003; BRASIL, 2014b).

Pode-se citar como exemplo de ações preventivas:

- a transformação dos ambientes (físico, social, cultural e econômico), tornando-os propícios a um estilo de vida saudável;
- a socialização de conhecimentos pessoais de forma que indivíduos, famílias e comunidades desenvolvam habilidades para analisar criticamente os fatores determinantes do seu estilo de vida e se tornem capazes de identificar os recursos necessários para a prevenção dos agravos à saúde e melhoria da qualidade de vida;
- o fortalecimento do sistema de apoio social (famílias, clubes, associações, grupos, organizações de ajuda mútua etc.) de forma a preparar indivíduos e

comunidades para enfrentar dificuldades e tomar decisões;

- a divulgação de conhecimentos técnicos e estímulo à participação social, ampliando a influência dos indivíduos, famílias e coletividades nos processos de decisão dos setores públicos e privados que tenham impacto na saúde.

Diante disso, fica evidente que o objetivo principal das ações de prevenção é possibilitar aos indivíduos e às comunidades a apropriação de conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde, assim como empoderá-los a fazer escolhas saudáveis amparadas na conquista da autonomia (CZERESNIA, 2003; BRASIL, 2014b).

2.4.2 Ações e práticas coletivas de promoção da alimentação saudável

De acordo com o Ministério da Saúde, as ações coletivas de promoção da saúde devem combinar três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio (BRASIL, 2014e).

As medidas de incentivo são aquelas que disseminam informação,

promovem práticas educativas e motivam os indivíduos a adotar práticas saudáveis. São exemplos deste tipo de medidas as ações educativas desenvolvidas na atenção primária e nas escolas, bem como as atividades voltadas para a adoção de hábitos de vida saudáveis veiculadas pelas mídias sociais.



As medidas de apoio, por sua vez, são aquelas que tornam possível a adesão das coletividades às práticas saudáveis. São exemplos desta vertente os programas de alimentação institucional, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), e

os espaços públicos criados para a prática de atividade física, como as Academias da Saúde, além da promoção de atividades físicas ou da alimentação saudável no espaço do território.

Já as medidas de proteção buscam impedir que as coletividades fiquem expostas a fatores de risco ou a situações que estimulem práticas não saudáveis. São exemplos desta vertente a regulamentação da publicidade de alimentos dirigida ao público infantil e a regulamentação da venda de alimentos nas cantinas escolares.

Fica assim evidente que para promover hábitos de vida e práticas alimentares saudáveis, é necessário pensar para além dos aspectos biológicos, considerando nesse processo os aspectos socioculturais dos indivíduos, das famílias e comunidades, bem como o uso sustentável do meio ambiente (BRASIL, 2016).

Nessa perspectiva, é importante destacar que desde o início dos anos 2000 a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/MS) vem desenvolvendo uma série de ações no âmbito da promoção da alimentação saudável, a saber:

- a. Desde 2006 foi implantado o VIGITEL, o qual investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (≥ 18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil com 54.000 entrevistas anuais.

Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu informações sobre morbidade e alguns fatores de risco

Em 2009 foi realizada a I Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE, inquérito com cerca de 63 mil alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e Distrito Federal, em parceria com o IBGE, Ministério da Saúde e Educação, que acontecera a cada 3 anos.

- b. Incentivo ao aleitamento materno, regulamentação da rotulagem dos alimentos e acordos com a indústria para a redução do teor das gorduras trans e sal em 10% ao ano.
- c. Socialização de informações e conhecimentos sobre alimentação e nutrição

por meio da elaboração e divulgação de materiais educativos, como:

- Guia alimentar para crianças menores de 2 anos;
- Os dez passos para alimentação saudável para crianças menores de 2 anos;
- Alimentos Regionais Brasileiros;
- Guia alimentar para a população brasileira;
- Caderno de alimentação saudável para a pessoa idosa;
- Cadernos de Atenção Básica;
- Teste intitulado “Como está sua alimentação?”, elaborado na perspectiva de provocar uma mudança de hábitos alimentares e incentivar os 10 passos para uma alimentação saudável para crianças maiores de 2 anos e adultos.

d. Diversas normativas do Ministério da Saúde reafirmam a necessidade da organização dos serviços de saúde de maneira que responda às demandas das condições crônicas, envolvendo não apenas ações de reabilitação de um agravo de saúde já instalado, mas

principalmente ações de promoção da saúde:

- Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), onde são previstas ações de promoção da saúde para indivíduos, famílias e comunidades que privilegiam a autonomia dos sujeitos.
- Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) onde são propostas estratégias para concretizar ações de promoção da saúde centrados na territorialização, na articulação e na cooperação intra e intersetorial, nas RAS, na participação e controle social, na gestão, na educação e formação, na vigilância, no monitoramento e avaliação, na produção e disseminação de conhecimentos e saberes e na comunicação social e mídia.
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) que propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) que tem como um dos objetivos incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no

SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na AB, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde

- e.** Em termos de propostas intersetoriais para o ambiente escolar, destacam-se o Programa Saúde na Escola, que envolve os Ministérios da Educação e da Saúde e prevê ações de avaliação antropométrica, promoção de segurança alimentar e nutricional, de práticas corporais e de atividade física, e a Portaria Interministerial 1.010/2006, que institui diretrizes para a alimentação saudável nas escolas da rede pública e privada.
- f.** Incentivo à formação e qualificação dos profissionais de saúde que integram a rede de serviços de saúde através da Rede de Alimentação e Nutrição do SUS (RedeNutri).
- g.** Incentivo aos municípios quanto à implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para o monitoramento do perfil nutricional da

população nos diferentes ciclos da vida, como eixo para o planejamento e avaliação das ações de promoção da saúde.

- h.** Incentivo às ações voltadas à promoção da alimentação saudável nas escolas da rede privada de ensino, em âmbito nacional através do Manual das cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável



Detalhes adicionais sobre essas e outras ações práticas, incluindo metodologias de operacionalização, podem ser consultados em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_metodologia_trabalho_alimentacao_nutricao_atencao_basica.pdf>

Cabe ressaltar que, na prática, para o sucesso dessas ações, é fundamental que profissionais de saúde da atenção primária saibam reconhecer as características dos indivíduos e famílias de sua área de atuação, para que a adoção das diferentes medidas seja adaptada a cada realidade.

2.4.3 Ações e práticas coletivas de prevenção do sobrepeso e obesidade

Conhecida a importância da alimentação adequada e saudável para a promoção da saúde, nesta seção discutiremos a sua relevância para a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial a obesidade.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, elaborado e coordenado pelo Ministério da Saúde, prevê a cooperação entre diferentes setores numa ótica multissetorial, assim como a Política Nacional de Promoção da Saúde PNAPS reforça as noções de integralidade e intrassetorialidade em articulação com os demais princípios do SUS.

Ainda assim, destaca-se a consolidação da política de segurança alimentar e nutricional, quando a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) formula o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, que subsidiou a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Recomendações para Estados e Municípios (EIPCO).

Frente a isso, desde 2009 o Ministério da Saúde, por meio da “Matriz de Ações de

Alimentação e Nutrição na Atenção Básica”, vem recomendando como prática efetiva para a prevenção e o controle do sobrepeso/obesidade a adoção de ações intersetoriais e multiprofissionais, por entender que modificações nos hábitos de vida não devem advir de um processo de normatização e muito menos de culpabilização dos indivíduos, famílias ou comunidades. Tampouco deve se restringir apenas ao consumo de alimentos e à atividade física. Para serem efetivas, as medidas devem exercer influência sobre todas as decisões ligadas ao ato de comer e ao viver, considerando para tanto as especificidades de cada ciclo de vida e de cada coletividade nas diferentes localidades do país (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016).

Tomando por base tais prerrogativas, ressalta-se o âmbito da atenção primária como um espaço privilegiado para a operacionalização das ações de prevenção e controle do sobrepeso/obesidade. É que ao caracterizar-se como a principal porta de entrada ao SUS e centro de comunicação da rede de atenção à saúde – nesse caso, da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014) – esse nível de atenção, tende

a facilitar a operacionalização das ações de prevenção pelos profissionais de saúde, sobretudo as ações do NASF-AB.

O NASF foi criado em 2008 e a partir da PNAB em 2017, tornou-se NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, que consiste em uma equipe multiprofissional formada de diversas categorias profissionais cuja função é atuar de maneira integrada e apoiar os profissionais das equipes da atenção primária (Consultórios na Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais e Estratégia Saúde da Família). Além de compartilhar práticas e saberes em saúde nos territórios, atuando

diretamente no apoio às equipes das unidades a que estão vinculados, compete aos profissionais do NASF-AB estimular a participação social. No tocante em específico ao sobrepeso/obesidade, é imprescindível que estes profissionais desenvolvam e operacionalizem estratégias diferenciadas, com vistas a potencializar a capacidade dos sujeitos para a construção de uma vida saudável mediante o desenvolvimento da autonomia (SANTOS, 2006; BRASIL, 2016).

Veja a seguir alguns exemplos de ações que envolvem estratégias diferenciadas para a prevenção e controle do sobrepeso/obesidade, as quais devem partir da APS e

dos profissionais vinculados a este nível de atenção.

- Articulação de ações intersetoriais que envolvam diversos parceiros (instituições públicas, privadas, entidades da sociedade civil e outros) para o controle do sobrepeso/obesidade no território.
- Fomento às ações de promoção da alimentação adequada e saudável no âmbito da atenção primária. Tais ações devem incluir a socialização de informações e orientações que facultem uma alimentação adequada e saudável voltada para a prevenção de distúrbios alimentares como o sobrepeso/obesidade no espaço do território, considerando as especificidades dos diferentes ciclos de vida. Cabe lembrar que as atividades e as orientações propostas para determinado indivíduo, família ou comunidade podem não refletir o efeito desejado em outro. Assim, a decisão a ser tomada pelos profissionais da equipe ou pelos gestores das diferentes esferas deve considerar a história do espaço geográfico e das pessoas que o habitam. Deve considerar



Figura 17 – Medidas efetivas devem considerar as especificidades de cada ciclo de vida.
Fonte: Photographee.eu/Adobe Stock

também a organização dos espaços urbanos, a distribuição populacional (a fim de identificar áreas de povoamento mais denso ou mais disperso) e a forma como os indivíduos se organizam e se relacionam com o ambiente em que vivem.

- Fomento às Academias da Saúde. As equipes da atenção primária, em conjunto com a comunidade, devem propor atividades individuais ou coletivas que proporcionem o resgate e a ampliação da autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis. Constituem exemplos de atividades que podem ser propostas: práticas corporais, atividade física de lazer, grupos de atividade física em espaços públicos, visando a inclusão social e a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população.



Mais informações sobre o fomento às Academias da Saúde podem ser consultadas em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf>

- A reorganização do SUS, por meio das redes de atenção à saúde, na linha de cuidado para o tratamento da obesidade na rede de atenção à saúde, inclusive para indivíduos com excesso de peso e obesidade oriundos de comunidades indígenas, quilombolas e populações que vivem em áreas do campo, de floresta e rurais. Assim, para quem da atenção primária, os outros pontos de atenção, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, também devem estar sensíveis à identificação e captação desses usuários. Cabe ressaltar que esse apoio diagnóstico e terapêutico é necessário para o cuidado na atenção primária a fim de potencializar o seu grau de resolutividade.
- Incentivo à adesão das equipes de atenção primária ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), assim como ao uso do Programa Telessaúde Brasil, que visa estimular o uso de tecnologias da informação e telecomunicações para atividades de apoio matricial e educação à distância relacionadas à saúde.



O apoio matricial interdisciplinar é fundamental para a resolutividade das equipes da Atenção Primária. As equipes do NASF-AB cumprem esse papel junto às equipes de saúde da família, além de serem importantes protagonistas na articulação do cuidado entre os pontos de atenção à saúde.

Além dessas ações, outras iniciativas que ultrapassam o âmbito da atenção primária e que devem ser consideradas no esforço intersetorial para a prevenção do sobrepeso/obesidade incluem:

- a regulação da publicidade de alimentos ultraprocessados, especialmente aquela dirigida ao público jovem;
- a implementação de medidas fiscais por parte do governo, que desencorajem a aquisição de produtos ultraprocessados e incentivem a aquisição de alimentos *in natura* ou minimamente processados, incluindo neste quesito a adoção de um modelo de rotulagem nutricional mais informativo ao consumidor (BRASIL, 2014b). Um exemplo a ser seguido deste tipo de ação trata-se

da taxação de refrigerantes no México, e a adoção da rotulagem frontal de alimentos no Chile.

Assim, diante do exposto, fica evidente que, se a motivação central das ações for a promoção da saúde e a prevenção de doenças, fomentar responsabilidades compartilhadas entre sociedade, setor produtivo e setor público mostra-se fundamental. Somente assim as escolhas saudáveis que impactam na construção de novos modos de vida poderão ser alcançadas.

ENCERRAMENTO DA UNIDADE

Considerando o contexto atual de aumento das prevalências do sobrepeso/obesidade e de seus fatores de risco, como a inatividade física e a alimentação inadequada, é indiscutível a necessidade da realização de ações de promoção da saúde e de prevenção dessas condições com base no desenvolvimento da autonomia e no empoderamento dos indivíduos, famílias e comunidades.

Sob essa perspectiva, esta unidade procurou reunir orientações, ações e práticas que visam auxiliar o trabalho das equipes de saúde da atenção primária nesse processo. Todavia, dada a abrangência das ações propostas, é fundamental que elas ocorram em um processo amplo com participação dos diferentes atores sociais (poder público em parceria com os diversos setores da sociedade).

Obesidade



AÇÕES INDIVIDUAIS PARA A ABORDAGEM DO SOBREPESO E OBESIDADE

3 AÇÕES INDIVIDUAIS PARA A ABORDAGEM DO SOBREPESO E OBESIDADE

3.1 INTRODUÇÃO

Nesta unidade você vai conhecer os aspectos mais importantes para o rastreamento, avaliação, aconselhamento e tratamento do adulto com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária. O enfoque será a abordagem individual, com recomendações práticas, objetivas e baseadas em evidências sobre o que os profissionais da saúde da APS necessitam fazer para manejar de forma adequada a pessoa adulta com sobrepeso ou obesidade.

3.2 ATENÇÃO INTEGRAL E CUIDADO LONGITUDINAL

A obesidade é considerada uma doença crônica e o principal problema nutricional no mundo, superando a desnutrição e os problemas infecciosos como causas de doença e mortalidade. É também um fator de risco importante para outras doenças crônicas não transmissíveis (LAU, 2007).

O sobrepeso e obesidade são problemas complexos e multifatoriais que necessitam que o serviço de saúde se organize através de uma linha de cuidado qualificada, que envolva os diversos níveis de atenção, ofertando um cuidado integral e longitudinal. Esse cuidado organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) permite atuar nos diversos níveis de intervenção possíveis: pessoas e famílias, serviços de saúde e comunidade, e macropolíticas (BRASIL, 2014b).



Nesse cenário, a APS, por meio da Equipe de Saúde da Família (eSF) e com o apoio matricial interdisciplinar dos profissionais dos NASF-AB, é lócus privilegiado para a abordagem da pessoa com sobrepeso ou obesidade.

O vínculo longitudinal da pessoa com o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS da sua eSF tem grande potencial para o manejo do sobrepeso e obesidade. O atributo de coordenação do cuidado da APS permite que essa pessoa transite na RAS de forma a não fragmentar seu cuidado.

Além disso, a proximidade que a eSF tem com o cotidiano da vida das pessoas permite compreender melhor a dinâmica social e de saúde daquela pessoa, sua família e comunidade. Reconhecer os diferentes entendimentos sobre alimentação, atividade física, saúde e corpo é fundamental para

abordar a perda de peso e propondo intervenções mais personalizadas e culturalmente aceitas (BRASIL, 2014b).

3.3 ABORDAGEM INDIVIDUAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DO SOBREPESO E OBESIDADE

O manejo da pessoa com obesidade para a perda de peso é um dos maiores desafios clínicos para a APS e seus profissionais. Apesar da sua prevalência e facilidade de rastreamento (basta pesar, medir e calcular o IMC), em alguns contextos observa-se que apenas 38-66% das pessoas com sobrepeso ou obesidade receberam esse diagnóstico, e menos da metade refere que o profissional a aconselhou sobre perda de peso ou deu informações sobre o assunto (LEBLANC, 2011). Na mesma perspectiva, também se observou que, em algumas análises, menos de 5% das consultas na AB são para manejo do peso (KAHAN, 2019).

A obesidade está associada às seguintes possíveis consequências para a pessoa:



Figura 18 - O vínculo longitudinal da pessoa com o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem tem grande potencial para o manejo do sobrepeso e obesidade. Fonte: photka/Adobe Stock

Consequências da obesidade para a saúde

Maior mortalidade, principalmente em < 65 anos, com redução da expectativa de vida entre 6 à 20 anos dependendo da idade e raça. Além disso, a associação de obesidade e tabagismo reduz substancialmente a expectativa de vida da pessoa.

Desenvolver e morrer de câncer, principalmente de fígado, rins, mama, endometrial, próstata e intestino

Hipertensão arterial (HAS)

Diabetes mellitus (DM)

Doenças cardiovasculares (DCV): cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial

Acidente vascular Cerebral (AVC)

Trombose venosa

Apneia obstrutiva do sono e outros problemas respiratórios

Redução da qualidade de vida devido ao estigma social e à menor mobilidade

Outros problemas de saúde: demência, colestase, doença do refluxo gastroesofágico, doença renal, artrose de articulações e gota, síndrome do ovário policístico, maior risco de infecções, alterações de pele (estrias, hirsutismo e acantose nigra). A obesidade já foi associada a mais de 200 problemas de saúde.

Fonte: BRASIL, 2010b; CURRY, 2018; LAU, 2007; LEBLANC, 2011; PERREAULT, 2018.

As doenças cardiovasculares, o DM, o câncer e as doenças respiratórias representam as principais causas de morte em pessoas obesas.

Por sua vez o sobrepeso e discussão sobre suas consequências para a saúde são resumidos na tabela abaixo:

Consequências do sobrepeso para a saúde

Morbimortalidade por câncer

Hipertensão Arterial Sistêmica

Diabetes Mellitus: o sobrepeso está associado a um aumento de pelo menos 2x no risco de desenvolver DM tipo 2.

Doenças Cardiovasculares

Trombose venosa e outros (como colestase).

Fonte: LEBLANC, 201; PERREAULT, 2018; SCHMIDT, 2014; STANFORD, 2018.

Quanto à associação entre sobrepeso e mortalidade, existem controvérsias, sendo que alguns estudos apontam aumento de

mortalidade geral; já outros mostram que a mortalidade geral e o desenvolvimento de DCV seria igual ou até menor em adultos ou idosos com sobrepeso saudáveis (sem comorbidades) ou obesidade central (aumento da circunferência abdominal).

3.3.1 Avaliação e diagnóstico do sobrepeso e obesidade

Existem diversos métodos para rastrear, diagnosticar e classificar a obesidade e sobrepeso. Na prática clínica recomenda-se usar o IMC. É uma medida rápida, fácil, não invasiva e custo-efetiva que pode ser calculada manualmente ou usando calculadoras e aplicativos de smartphone, assim como gráficos e tabelas. Seu valor está associado a riscos de saúde e diversas complicações metabólicas (BRASIL, 2014b).

Calcule o IMC para rastrear sobrepeso e obesidade em todos os adultos atendidos. Quanto à periodicidade com que você deve calcular o IMC, não há evidências suficientes para estabelecer um tempo adequado. Sugere-se que o cálculo do IMC seja realizado anualmente (JENSEN, 2014), em especial nas pessoas com HAS, DM ou nas consultas de pré-natal.

Também é recomendado oportunizar, quando possível, o cálculo do IMC nas consultas de demanda espontânea se você identificar que não há registro de peso e altura da pessoa no prontuário.

Inclua a medida do peso e altura na rotina de atendimentos, tanto de demanda espontânea como demanda programada. Envolve todos da eSF nessa tarefa (ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico). Todos podem realizar essas medidas e ajudar a pessoa que apresenta IMC elevado.



Tenha uma balança e instrumental para medir a altura disponíveis, com fácil acesso e devidamente calibrados. Sugere-se que a balança utilizada tenha capacidade para mensurar peso corporal ≥ 150 kg, devido ao aumento de pessoas com excesso de peso.

Atente-se também que há necessidade de se planejar a estrutura e equipamentos do Centro de Saúde para atender adequadamente a pessoa obesa: rampas de acesso, portas largas, cadeiras e macas com capacidade, além de esfigmomanômetro para circunferências braquiais grandes.



Se $IMC \geq 30$ ofereça intervenções comportamentais intensivas (através de uma combinação de mudanças na dieta e aumento da atividade física) com o objetivo de alcançar e manter uma perda de peso $\geq 5\%$ (BRASIL, 2010b; CURRY, 2018)

Para que o rastreamento possa ser benéfico, a pessoa com IMC elevado deve ter um risco elevado de adoecimento, e por isso as intervenções propostas podem ajudá-la a reduzir seu peso e consequentemente seu risco de adoecimento. Além disso, dependendo de como for abordada, a

pessoa pode ter danos secundários ao rastreamento como estigma e reforço de uma baixa autoestima, não contribuindo para que possa se beneficiar do rastreio (LEBLANC, 2011).

Além do IMC, a medida da circunferência abdominal pode ser utilizada para complementar a avaliação. Alguns estudos demonstram que ela tem uma associação independente com morbimortalidade, principalmente cardiovascular (LEBLANC, 2011). Uma circunferência abdominal elevada pode ser um fator de risco isolado a mais para doença cardíaca, diabetes, hipertensão e dislipidemia.

Meça a circunferência abdominal de seus usuários com IMC entre ≥ 25 para investigar obesidade central como fator de risco cardiovascular adicional (BRASIL, 2014b).

Há também orientações de que a medida da circunferência abdominal em pessoas com $IMC \geq 35$ não precisa ser realizada para ser considerada um fator a mais de risco cardiovascular, pois essas pessoas já são consideradas de alto risco (NEUMANN, 2019; PERREAULT, 2019a).

E também há orientações que a medida da circunferência abdominal deveria ser

efetuada em todos os adultos independente do IMC (LAU, 2007).

Como medir a circunferência abdominal

Meça sem roupa ou com roupas leves

Faça a medição ao final de uma expiração normal

Localize a fita métrica à meia altura entre o último arco costal e o topo da crista ilíaca



Você já pensou em como abordar a pessoa após calcular o IMC ou medir a circunferência abdominal?

Refleta que, antes de dar qualquer recomendação para o manejo da obesidade ou sobrepeso, é importante uma abordagem empática e centrada na pessoa, identificando junto com ela quais as ideias, preocupações e expectativas sobre esse

problema. Utilize técnicas de comunicação que promovam empatia e vínculo. Cuide para não estigmatizar a pessoa.

Prossiga com a avaliação clínica (anamnese, exame físico e exames complementares) da pessoa com sobrepeso ou obesidade. Siga as recomendações conforme o IMC (BRASIL, 2014b; MURTAGH, 2015; LAU, 2017; PACK, 2018; SCHMIDT, 2014; ZONTA, 2017):

Para indivíduos com IMC ≥ 25 , avalie:

1. Hábitos alimentares

- a. Pergunte sobre rotina alimentar e identifique padrões alimentares.
- b. Faça perguntas abertas:
 - Como é sua rotina de alimentação?
 - Você costuma comer quantas vezes ao dia?
 - Onde costuma fazer suas refeições?
 - Quais são os seus alimentos e bebidas preferidos?
 - Você costuma comer biscoitos/salgadinhos e consumir álcool?
 - Quais são os alimentos que você consome e considera saudáveis e quais você considera que podem ser prejudiciais e deveria diminuir?

Evite consultas longas e detalhadas, aborde os hábitos alimentares nas diversas consultas a partir da necessidade da pessoa. A investigação e construção detalhada de cardápios é papel de profissionais nutricionistas.

2. Nível de atividade física

- a. Pergunte sobre atividades cotidianas: trabalho, do lar, hábitos de transporte e lazer.
- b. Incentive a prática saudável de atividade física.

3. Tabagismo e cessação de tabagismo

Pergunte sobre história de uso atual ou passado de tabaco.

- Se fuma, aconselhe sobre risco adicional do fumo e obesidade em relação à maior mortalidade geral. Oriente parar de fumar e ofereça tratamento.
- Se parou de fumar, considere associação do ganho de peso com a parada. É comum o ganho de peso de 4-5 Kg ou mais após parar de fumar.

4. Uso de medicamentos ou álcool

Pergunte sobre uso de álcool e medicamentos, e suas indicações.

- Alguns medicamentos podem influenciar tanto a ingestão alimentar quanto o gasto calórico: antipsicóticos, estabilizadores de humor e anticonvulsivantes, antidepressivos, antidiabéticos (insulina), hormônios (corticoides e anticoncepcionais), betabloqueadores.
- Avalie se existem alternativas menos prejudiciais.
- O uso excessivo de álcool pode estar relacionado à obesidade.

5. Estresse e depressão

Pergunte se no último mês, sentiu:

- a. desanimado, deprimido, sem esperanças ou
 - b. pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?
- Se sim para qualquer uma das perguntas, considere investigar estresse, tristeza e depressão.

6. Distúrbios alimentares

Pesquise e identifique comportamentos de risco (perda de peso intensa, dietas rígidas, episódios de grande e rápida ingestão de alimentos, uso de métodos compensatórios ou purgativos – vômito, laxantes, medo de ganhar peso, alterações menstruais).

- Os distúrbios alimentares mais comuns são a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica. Eles podem estar associados.
- Envolve a equipe NASF-AB e encaminhe para atenção especializada utilizando os fluxos locais de encaminhamentos.
- O tratamento é feito por equipe multidisciplinar especializada (psiquiatra, terapeuta, nutricionista, assistente social, entre outros). Mantenha acompanhamento também na AB.

7. Apneia obstrutiva do sono (AOS)

- a. Se roncos persistentes, *gasping*, despertares e insônia: investigue.
- b. A obesidade está fortemente associada com a AOS e é um fator adicional de risco cardiovascular e de outras comorbidades.

8. Hipertensão Arterial Sistêmica

- a. Medida da PA (use aparelho compatível com a circunferência braquial).
- b. Diagnostique hipertensão se PA $\geq$ 140/90 confirmada em pelo menos 3 ocasiões distintas espaçadas em período $\geq$ 1 semana cada.

Para indivíduos com IMC $\geq$ 25 e um ou mais fatores de risco para DM

- a. Investigue causas secundárias a obesidade:
 - Se ganho de peso sem aumento de apetite, desânimo, pele seca, piora/nova constipação, intolerância ao frio: solicite TSH.
 - Se face em lua e obesidade do tronco e pernas/ braços finos, estrias violáceas: considere Sdr de Cushing e investigue.
- b. Menos de 1% das pessoas obesas têm causas secundárias identificáveis. Não solicite exames de rastreamento para essas causas sem suspeita clínica.
- c. As causas secundárias mais comuns são Síndrome de Cushing e hipotireoidismo.
- d. Hipotireoidismo costuma aumentar pouco o peso.
- e. Considere outras causas de acordo com julgamento clínico.

Para indivíduos com IMC ≥ 25 e idade entre 40 e 75 anos

Investigue risco cardiovascular:

- Solicite colesterol total, HDL e triglicerídeos, e analise em conjunto com status de diabetes, status de tabagismo, PA e presença ou não de outros fatores de risco cardiovascular
- Use uma das calculadoras de risco cardiovascular disponíveis.

Para indivíduos com IMC ≥ 30

a. Investigue causas secundárias da obesidade:

- Se ganho de peso sem aumento de apetite, desânimo, pele seca, piora/nova constipação, intolerância ao frio: solicite TSH.
- Se face em lua e obesidade do tronco e pernas/ braços finos, estrias violáceas: considere Síndrome de Cushing e investigue.
- Use julgamento clínico para calcular o risco cardiovascular em menores de 40 anos. Alguns estudos somente encontraram benefícios em rastrear dislipidemia para calcular o risco cardiovascular em pessoas ≥ 40 anos.

b. Considere IMC ≥ 40 um fator de risco cardiovascular adicional.

c. Não interprete os valores do exame de colesterol de forma isolada, use uma calculadora de risco cardiovascular.

d. Se resultado do perfil lipídico vier alterado, confirme com um novo exame antes de iniciar tratamento farmacológico ou definir um diagnóstico.

e. Se colesterol total $> 310\text{mg/dL}$ ou LDL $> 190\text{mg/dL}$: investigue hipercolesterolemia familiar e outras causas, sugere-se iniciar investigação com TSH.

f. Se triglicerídeos $\geq 500\text{mg/dL}$, considere causas secundárias, mudanças de estilo de vida e tratamento medicamentoso (fibrato) para reduzir risco de pancreatite aguda.

A partir da classificação por meio do IMC e a avaliação de fatores de risco e comorbidades podemos propor algumas ações dependendo do estado de saúde da pessoa (BRASIL, 2014b; JENSEN, 2014):

Abordagem recomendada para a pessoa com sobrepeso e obesidade

Se sobrepeso (IMC entre 25-29,9) e sem comorbidades: planos de cuidado para retornar à faixa de IMC normal ou não ganhar mais peso – ofereça grupos e cursos que tem boa evidência de efetividade e otimizam a oferta do cuidado para essas pessoas.

Se sobrepeso (IMC entre 25-29,9) e com comorbidades (como HAS e DM): além da oferta de grupos e cursos sugere-se que a eSF avalie com a equipe NASF-AB a necessidade de prescrição dietética individual pelo nutricionista (tanto do NASF-AB como de outro ponto da RAS).

Se obesidade (IMC ≥ 30) com ou sem comorbidades: a abordagem para uma perda sustentada de peso deve ser feita de forma multidisciplinar, envolvendo a equipe NASF-AB sempre que disponível: nutricionista, educador físico e psicólogo.

O manejo sustentado do peso passa por intervenções comportamentais de mudanças de estilo de vida, como restrição alimentar e aumento de atividade física, farmacoterapia e cirurgia bariátrica.

A mudança do estilo de vida continua sendo considerada como a principal forma de tratar a obesidade, mas a aderência é baixa e o sucesso a longo prazo é modesto, refletindo as dificuldades tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde (LAU, 2007). A principal intervenção que os profissionais da equipe de saúde da família devem investir é na mudança do estilo de vida e dieta, objetivando diminuir a ingestão de calorias e aumentar o gasto energético através de uma dieta balanceada e um programa de exercícios.



O tratamento é lento. O acolhimento pela equipe de saúde nos momentos de insucesso e o estímulo para reiniciar o processo são essenciais para o benefício em longo prazo.

Ainda não há evidências suficientes para indicar farmacoterapia como primeira linha de tratamento para todas as pessoas com IMC ≥ 25 . O uso de medicamentos deve ser reservado para pessoas com obesidade (IMC ≥ 30) ou com IMC ≥ 27 e com outros

fatores de risco como diabetes, hipertensão (CURRY, 2018).

O médico da eSF pode avaliar e indicar o uso de algum medicamento nos casos que possam vir a se beneficiar dessa intervenção. Também pode contar com o apoio matricial, quando disponível, de um médico endocrinologista ou então encaminhar a pessoa com indicação de farmacoterapia de acordo com os protocolos de encaminhamento disponíveis e pactuados em seu município.



Telessaúde

Tire dúvidas sobre o diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade pelo telefone:



0800 644 6543

De segunda a sexta-feira das 8 às 17h (horário de Brasília).
Ligação gratuita.

3.3.2 Mudança de comportamento

As intervenções comportamentais combinam informações de atividade física segura e alimentação saudável, visando a perda de peso com técnicas cognitivo comportamentais que ajudam a pessoa a manter seu peso e as mudanças de estilo de vida.

Intervenções comportamentais intensivas são efetivas para o manejo da obesidade, sendo consideradas a primeira linha de tratamento para obesidade. O *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) recomenda que essas intervenções devem ter as seguintes características (Grau de recomendação B pelo USPSTF) (CURRY, 2018):

- Serem projetadas para ajudar as pessoas a alcançar ou manter uma perda de peso $\geq 5\%$ através de uma combinação de mudanças na dieta e aumento da atividade física.
- Ter duração entre 1-2 anos, sendo em torno de 12 ou mais sessões no primeiro ano.
- Concentrar-se na resolução de problemas para identificar barreiras, no auto monitoramento de peso, apoio e prevenção de recaídas.

- Fornecer ferramentas para apoiar a perda de peso ou manutenção de perda de peso (por exemplo, pedômetros, balanças de alimentos ou vídeos de exercícios).

Para qualquer abordagem sobre manejo do peso é importante que você desenvolva habilidades de comunicação empáticas. Procure manter contato visual ao interagir com a pessoa. Faça perguntas abertas e contextualizadas com a realidade da pessoa, sua condição de vida, cultura, rotina doméstica e de trabalho e seus hábitos alimentares (BRASIL, 2014b).



Use este curso para capacitar a equipe e envolva toda a eSF – e, se possível, a equipe NASF-AB – para juntos elaborarem uma estratégia clara de abordagem da pessoa com obesidade envolvendo todos os profissionais e seus potenciais. Proponha que as sessões motivacionais para a perda de peso envolvam consultas individuais ou coletivas com os profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, assim como os profissionais NASF-AB mais pertinentes.

É fundamental que todo profissional de saúde busque constantemente aprimorar suas habilidades de comunicação e de tomada de decisão compartilhada/*shared decision* com a pessoa. A formação da maioria dos profissionais de saúde é frágil em técnicas de comunicação clínica como a entrevista motivacional, que, quando aplicada, contribui para ajudá-lo de forma mais efetiva a fazer mudanças positivas na saúde das pessoas.

Um dos primeiros passos para abordar a pessoa com obesidade é identificar qual a motivação para fazer mudanças nos seus hábitos de vida. Para isso, sugere-se que você use técnicas como as propostas pela entrevista motivacional, que é uma técnica cognitivo-comportamental para tornar a abordagem para mudanças de estilo de vida mais eficaz.

Estes são os princípios gerais da entrevista motivacional e algumas dicas de como você pode abordar a pessoa sobre seu peso e motivá-la a fazer mudanças de no seu estilo de vida (ROLLNICK, 2009):

a. Expressar empatia

- Aceitar as pessoas como elas são liberta-as para as mudanças. A não-aceitação insistente pode ter o efeito de mantê-las do jeito que estão.
- Evitar frases como ‘Você não está bem. Você tem que mudar’.

b. Desenvolver discrepância

- Mostrar discrepância entre comportamento atual e suas metas pessoais e o que pensa que deveria fazer.
- Conscientizar das consequências.
- Deixar que a pessoa apresente os argumentos da mudança.
- ‘Como você se imagina no futuro? O que está fazendo para atingir essa meta?’

c. Evitar a confrontação/argumentação

- Defender gera atitudes de defesa.
- A resistência é um sinal para mudar a estratégia.
- Rotulação é desnecessária, evite termos como “negação”, “dependente”, “resistência”.

d. Acompanhar a resistência

- Entender que a ambivalência e a resistência são normais.
- Use da própria argumentação da pessoa para contra-argumentar.
- Ofereça alternativas.

e. Promover a autoeficácia

- Encoraje a própria pessoa a fazer a mudança. Use mensagens de estímulo.

f. Remover barreiras

- Identifique quais são as principais barreiras e dificuldades que a pessoa percebe para que possa perder peso e manter essa perda.
- Facilite acesso às consultas, procure conhecer formas de organizar melhor a agenda, como o acesso avançado.
- Use ferramentas de comunicação não presencial como serviços de mensagens instantânea pelo WhatsApp, ligações telefônicas e e-mail para agendamento de consultas, dúvidas sobre alimentação saudável e outras questões de saúde, além de encaminhar ativamente mensagens

de estímulo e informações de saúde, entre outras possibilidades.

- Desenvolva competência cultural: conheça como a pessoa se relaciona com o corpo, a saúde, alimentação e atividades físicas. Proponha mudanças compatíveis com as rotinas domésticas e laborais.

g. Proporcionar escolhas

- Faça uma tomada de decisão compartilhada, dando opções à pessoa ('Para melhorar o controle de sua diabetes podemos tentar diminuir o peso e melhorar a dieta, ou então acrescentar mais um medicamento. O que você prefere?'). Diminuir os aspectos indesejáveis do comportamento.
- Converse sobre prós e contras de manter determinados comportamentos e escolhas de estilo de vida. Sugira que faça uma lista.

h. Ajudar ativamente

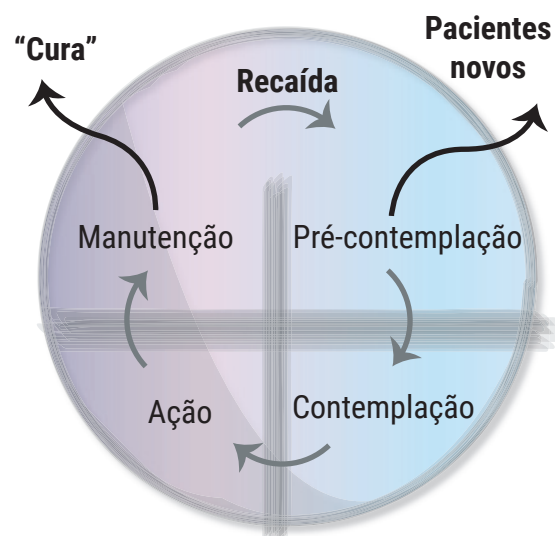
- Tome iniciativas que demonstrem preocupação com a pessoa – telefonar, enviar bilhetes, e-mails, mensagens de celular. Envolve os técnicos de enfermagem e ACS nessa tarefa.

Na tabela a seguir você encontra como identificar em que estágio de mudança a pessoa se encontra e qual a melhor abordagem:

Estágio de Mudança	Como identificar?	O que fazer?
Pré-contemplação	Não pretende, não deseja ou não é prioridade perder peso nos próximos meses	- Faça perguntas e gere reflexão sobre a associação da obesidade com problemas de saúde da pessoa ('Entendo que não tem desejo no momento de fazer mudanças para melhorar seu peso, porém é importante que lhe informe que essa dor no joelho que sente tem relação com o peso e pode melhorar com o controle'). - Ofereça informações claras sobre riscos da obesidade e benefícios de controlar o peso. Procure dar informações relacionadas aos problemas e preocupações da pessoa. Forneça material informativo impresso ou encaminhe para e-mail ou WhatsApp. Sugira vídeos/filmes sobre o assunto.
Contemplação	Está pensando sobre perder peso nos próximos meses, mas não está preparada para isso no momento – ambivalência	- Ofereça informações claras sobre riscos da obesidade e benefícios de controlar o peso. Procure dar informações relacionadas aos problemas e preocupações da pessoa. Forneça material informativo impresso ou encaminhe para e-mail ou WhatsApp. Sugira vídeos e filmes sobre o assunto. - Ofereça informações sobre estratégias e opções para perda de peso para quando ela quiser começar a fazer mudanças em seus hábitos. - Converse sobre vantagens e desvantagens das mudanças de estilo de vida necessárias para o controle do peso.
Preparação para a ação	Está motivada e pronta para começar modificações no seu estilo para perder peso	- Ajude a desenvolver um plano, ofereça estratégias e ajude a escolher, de modo personalizado, a melhor. - Identifique junto com a pessoa situações de risco e estratégias de como lidar com elas. Por exemplo, como fazer para melhorar sua alimentação sendo que ela almoça todo dia no refeitório do emprego.
Ação	Está fazendo modificações há < 6 meses	- Encoraje e parabeneze por cada pequena conquista. - Esteja disponível para dúvidas.
Manutenção	Está fazendo modificações há > 6 meses	- Elogie pelo sucesso. - Reforce estratégias para prevenir recaídas.
Recaída	Estava fazendo modificações, mas retomou hábitos de vida que aumentaram novamente seu peso	- Não puna. Tranquilize a pessoa, é natural recair uma ou mais vezes até concretizar definitivamente as mudanças. - Identifique, junto com a pessoa, as situações de risco relacionadas à recaída. - Estabeleça estratégias de controle. - Encoraje a recomeçar e esteja disponível ('Quando estiver pronta para recomeçar estamos disponíveis para uma tentativa com mais sucesso').

Fonte: BRASIL, 2014b; ROLLNICK, 2009

A figura a seguir ilustra a proposta de 'Mecanismo da Porta Giratória' apresentada pela entrevista motivacional, que explica como a motivação da pessoa e os estágios de mudança de movimentam e se repetem até o momento que há uma percepção da pessoa e do profissional que a mudança de consolidou ("cura"):



A seguir, você encontra sugestões de como estruturar a abordagem da pessoa com obesidade (KAHAN, 2019):

- a. Peça 'permissão' à pessoa antes de falar sobre o seu peso e obesidade. Apesar de parecer estranho pedir permissão para discutir um problema clínico, essa atitude garante a autonomia da pessoa e é uma forma estratégica e respeitosa para abordar um assunto tão sensível. Se a pessoa declinar, coloque-se à disposição para abordar esse assunto quando ela quiser e retome em outro momento pertinente.

- *'Ao avaliar sua altura e peso, o resultado pode contribuir para alguns de seus problemas de saúde atuais e também futuros. Tudo bem para você conversarmos sobre essas questões?'*

- b. Seja sistemático na abordagem clínica. Faça uma abordagem centrada na pessoa e avalie suas ideias, preocupações e expectativas. Conheça a história clínica e de ganho de peso (possíveis causas e eventos relacionados ao ganho de peso, as barreiras para as mudanças de comportamento), as motivações, barreiras e determinantes sociais da pessoa. Considere o contexto familiar da pessoa – a alimentação e hábitos

alimentares são aprendidos na família (BRASIL, 2014b). Na infância, muitas famílias usam da comida como forma de recompensa ou punição.

- c. Procure fazer isso ao longo de vários encontros com a pessoa, não são necessárias consultas longas. Utilize ferramentas como o genograma para ajudar a conhecer melhor a pessoa, além de identificar se existem mais pessoas obesas na família, se há outras condições crônicas associadas como depressão e se há um padrão geracional para a obesidade. Qualquer pessoa da equipe pode ser treinada e aprender a fazer um genograma para ajudar a entender quem são os familiares e suas relações.

- *'O que você sabe sobre o excesso de peso e como ele pode ser prejudicial?'*
- *'Você tem alguma ideia de qual a causa do excesso de peso?'*
- *'Você tem alguma preocupação com o excesso de peso?'*
- *'Como você acredita que posso lhe ajudar em relação a esse problema?'*
- *'Você tem interesse em orientações para perda de peso e atividade física?'*

- *'Quais são suas dificuldades em relação à perda de peso?'*
 - *'O que você já tentou fazer?'*
 - *'O que deu certo e o que não deu resultado?'*
- d.** Avalie a pessoa com obesidade. Procure por outras doenças crônicas, problemas de saúde e que afetem a qualidade de vida para avaliar a severidade da doença e a intensidade de tratamento necessária.
- e.** Ofereça aconselhamento e suporte motivacional personalizado, com base nos interesses, valores e preferências da pessoa. Não existe a 'melhor dieta', oriente estratégias de redução da quantidade de calorias ingeridas, encorajando o consumo de alimentos integrais e diminuindo o de alimentos ultraprocessados e açucarados. Utilize o Guia alimentar para a população brasileira. Maneje as expectativas da pessoa para que sejam realistas (perder de 5-10% do peso ao longo de alguns meses como forma de melhorar a saúde geral). Perdas maiores devem ser metas adicionais ao longo do tempo.
- f.** Defina metas realistas e significativas de perda de peso. Como meta inicial proponha uma perda de 5-10% do peso basal em 6 meses (JENSEN, 2014). Defina como meta também aumentar a atividade física (MURTAGH, 2015).
- g.** Intensifique tratamento quando apropriado. Se necessário, ofereça de medicamentos: IMC ≥ 30 ou IMC ≥ 27 e com outros fatores de risco como diabetes, hipertensão. Considere encaminhar para cirurgia bariátrica se IMC ≥ 50 , IMC ≥ 40 sem sucesso com o tratamento convencional por pelo menos 2 anos ou IMC ≥ 35 com comorbidades mais severas. Procure conhecer os tratamentos farmacológicos disponíveis para ofertá-los na AB, sem ter necessariamente que encaminhar a pessoa.
- h.** Acompanhe com regularidade e utilize os recursos disponíveis. O manejo de obesidade demanda diversas consultas, mensurações periódicas de peso, altura, IMC, circunferência abdominal e outros fatores de risco, além de avaliações

subjetivas de melhora de energia, mobilidade, sintomas dolorosos.

Como já mencionamos, é fundamental que todos os membros da eSF e também os profissionais pertinentes da equipe NASF-AB estejam envolvidos. Além de especialistas da atenção secundária e terciária, quando pertinente. Também é recomendado que utilize ferramentas de telemedicina ou aplicativos de smartphones e outros recursos digitais como aliados nesse manejo. Conheça e ofereça recursos comunitários como grupos, clínicas, programa de instituições de ensino e outros que ofereçam informações, consultas e encontros para o manejo da perda de peso.

Combine retornos frequentes (mensais ou cada três meses) com a pessoa para avaliar a perda de peso e motivá-la. Divida esses encontros entre os membros da equipe que a pessoa tenha vínculo, por exemplo, em um encontro ela vem em consulta com o médico; em outro, com o enfermeiro, podendo ter encontros ocasionais para medição do peso e orientações curtas com o técnico de enfermagem ou ACS.

3.3.3 Alimentação saudável

A eSF deve propor orientações gerais sobre hábitos alimentares saudáveis com o objetivo de reduzir gordura corporal e alcançar um IMC < 25. É importante pactuar em equipe, envolvendo os ACS e técnicos de enfermagem, quais as orientações alimentares gerais que todos devem recomendar aos usuários.

Há diversos tipos de dietas que podem colaborar para a perda de peso, desde que associadas à redução do consumo de calorias (dieta mediterrânea, vegetariana, hiperproteica, entre outras) (JENSEN, 2014). Ajude a pessoa a escolher qual melhor se encaixa em sua condição de vida e saúde, discuta com nutricionista da equipe NASF-AB sobre os riscos e benefícios de cada uma delas.

O foco das mudanças na dieta é garantir que a ingestão de calorias seja menor que o gasto. Há algumas evidências favoráveis limitadas às dietas com baixo índice glicêmico e de carboidratos, e também às dietas com baixo teor de carboidratos e alto de proteínas parecem proporcionar uma perda maior de peso em seis meses e maior satisfação do que as dietas hipogordurosas.

Porém, as evidências são conflitantes e não conseguiram provar que um tipo de

dieta é superior a outro em relação à perda de peso sustentada em > 1 ano (BMJ BEST PRACTICE, 2019).

Prefira orientar dietas com componentes alimentares mais saudáveis: redução de carboidratos refinados, carne processada e alimentos com alto teor de sódio e gordura trans; moderação no consumo de carne vermelha, aves, ovos e leite; consumo elevado de frutas, sementes, peixes, vegetais, óleos vegetais, grãos integrais não processados, legumes e iogurtes (PERREAULT, 2019b).

Se a pessoa optar por uma dieta de baixo consumo de carboidratos, oriente escolhas saudáveis para as gorduras (mono e poli-insaturada) e proteínas (peixes, sementes, legumes e aves). Se optar por uma dieta de baixo consumo de gordura, oriente aumentar consumos de carboidratos saudáveis (frutas, vegetais, grãos integrais) (PERREAULT, 2019b).

As orientações não devem ser regras, cada pessoa tem um estilo e modo de vida próprios, assim como diferenças culturais que devem ser sempre respeitadas. Seja realista e evite proibir a pessoa de consumir seus alimentos mais desejados, aconselhe sobre quantidade e frequência (MURTAGH, 2015).

Conheça os 10 passos para uma alimentação adequada e saudável do Guia Alimentar para População Brasileira (2014):

1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação.
2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.
3. Limitar o consumo de alimentos processados.
4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.
5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.
6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.
7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.
8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.
9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.

- 10.** Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

A seguir, veja algumas orientações mais específicas baseadas nos 10 passos da alimentação saudável (BRASIL, 2014a; MURTAGH, 2015):

Orientações para uma alimentação saudável	
	Refeições saudáveis tem alimentos variados, coloridos e saborosos.
	Faça, pelo menos, três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições. • Procure fazer três refeições ao dia, intercaladas com pequenos lanches. Evite grandes volumes de alimentos em cada refeição; procure reduzir o tamanho dos pratos, use pratos menores. • Procure conhecer a quantidade de calorias e gorduras de cada alimento. Às vezes, pequenas quantidades de certos alimentos são mais prejudiciais para a perda de peso do que maiores quantidades de outros. • Evite substituir refeições por lanches como salgados, sanduíches, fast food, junk food.
	Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos (como as batatas) e raízes (como a mandioca/macaxeira/aipim) nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais. • Sempre que possível consuma alimentos integrais.

	Coma diariamente, pelo menos, três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches. • Se possível, consuma alimentos com casca e bagaço. Isso ajuda a dar sensação de saciedade.
	Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde. • Evite consumir bolachas e biscoitos, são ricos em sódio (sal) e gordura.
	Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis. • Escolha leite e laticínios desnatados sempre que possível.
	Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. • Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans. • Evite frituras em geral.

Orientações para uma alimentação saudável	
	Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Evite o consumo de biscoitos, bolos e em bebidas açucaradas (refrigerantes, refrescos artificiais).
	Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos. Dê preferência ao uso de temperos naturais, como tomate, cebola, alho, louro, limão, vinagre, cheiro-verde, ervas, em vez de temperos condimentados, picantes e industrializados.
	Beba, pelo menos, dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
	Torne sua vida mais saudável. Pratique, pelo menos, 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.
	Evite dietas da moda, elas criam expectativas irreais em relação à velocidade e quantidade de perda de peso, sendo que seu sucesso é atribuído à motivação inicial das pessoas pelo contato com algo novo e aos fracassos das tentativas anteriores. - Elas podem levar a deficiências nutricionais se mantidas por muito tempo. - A modificação gradual e sustentável de hábitos de vida levam a um melhor controle do peso.

	Saiba a diferença entre alimentos diet e light e que, em alguns casos, um produto diet pode ser até mais calórico do que o não diet (como o chocolate diet, em cujo processo de produção é retirado o açúcar e aumentada a quantidade de gordura). Diet: produto que apresenta restrição de algum tipo de nutriente, geralmente açúcar, mas também pode ser isento de gorduras, proteínas, sódio e outros. Inicialmente, foram desenvolvidos “sem açúcar” para os diabéticos, mas, com o tempo, os alimentos foram se diversificando e passaram a atender a uma série de outras necessidades de saúde e de estética. Light: alimentos que apresentam redução calórica ou de outros componentes de, pelo menos, 25% em relação ao produto original. Para que isso seja feito, há uma redução na quantidade de algum nutriente, como carboidratos, gorduras, proteínas ou sódio.
	Adoçantes ou ‘edulcorantes’ são substâncias naturais ou artificiais com poder adoçante. Podem ser indicados para pessoas com excesso de peso e para aquelas que necessitam controlar o ganho de peso. Porém, é necessário ter cuidado para não exagerar no consumo e não extrapolar na quantidade diária máxima permitida. O uso em excesso pode trazer prejuízo à saúde.

Procure oferecer informações e orientações impressas com dicas simples e pequenos passos para uma mudança de hábitos alimentares. Lembre-se de adaptar essas informações para a cultura e hábitos locais.

Articule com a equipe NASF e Agentes Comunitários de Saúde propostas como cursos de alimentação saudável, grupos de apoio a mudanças de estilo de vida e perda de peso, grupos de caminhada, entre outras iniciativas.

Nos casos de obesidade ($IMC \geq 30$), além da abordagem geral proposta para o médico e enfermeiro da eSF, há a necessidade de envolver o profissional nutricionista para esboçar um plano alimentar personalizado e promover uma reeducação alimentar sustentável. Geralmente, os médicos e enfermeiros não têm tempo suficiente e conhecimentos adequados para recomendar um plano alimentar personalizado.

3.3.4 Atividade física

A prática de atividades físicas é um componente integral do programa de perda de peso e principalmente na sua manutenção (LAU, 2007). É determinante para aumentar o gasto de calorias. Sua prática regular está relacionada com uma série de benefícios:

Benefícios da prática de atividade física

Melhora da capacidade cardiovascular e respiratória, resistência física e muscular, densidade óssea e da mobilidade articular

Melhora da pressão arterial em hipertensos

Melhora do nível de colesterol, da tolerância à glicose e da ação da insulina

Melhora do sistema imunológico

Diminuição do risco de cânceres de cólon e de mama

Prevenção de osteoporose e diminuição de lombalgias

Aumento da autoestima, diminuição da depressão, alívio do estresse

Aumento do bem-estar e redução do isolamento social

Fonte: BRASIL, 2014b.

Importante observar que a atividade física sozinha reduz pouco o peso, pois a maioria das pessoas não tem tempo ou motivação para realizar a quantidade necessária de atividade para perder 5 a 10% do peso corporal.

A maior razão para iniciar atividade física nessa fase é começar uma mudança que será útil na manutenção do peso perdido (SCHMIDT, 2014).

Veja algumas orientações sobre como aconselhar a redução de atividades sedentárias e aumento da atividade física (BRASIL, 2014b; NEUMANN, 2019; SCHMIDT, 2014):

- Estimule atividades ao ar livre ao invés de passeio em ambientes fechados, como shoppings.
- Conheça a rotina de atividades cotidianas (caminhadas, uso de escadas, trabalhos domésticos), antes de propor mudanças ou novas atividades.
- Oriente que mesmo pequenos aumentos no nível de atividade física podem trazer benefícios.
- Ajude a pessoa a escolher qual a melhor forma de aumentar a atividade física (danças, lutas, esportes, jogos, ginástica, práticas orientais – como o tai chi chuan, o shiatsu, a ioga – caminhada, corrida) e quais as atividades sedentárias é possível reduzir.
- Incentive diminuir tempo de uso de aparelho de TV. Evite assistir TV enquanto faz a refeição.

- Recomende a prática de, no mínimo, 150 minutos de exercícios moderados por semana para a manutenção do peso e da saúde e mais de 150 minutos por semana para promover o emagrecimento e evitar a recuperação do peso
- Oriente a prática diária de, ao menos, 30 minutos de atividade física (uma caminhada por exemplo), sendo que para a perda de peso esse tempo deve ser maior. Pode-se começar com caminhadas rápidas de 10 minutos 3x/dia em 3x/semana, crescendo de forma gradual até 30 a 60 minutos, 3x/semana ou até diariamente. Pode-se distribuir o tempo de atividade física em, no mínimo, três dias da semana, evitando concentrações que possam ser cansativos ou desestimulantes.
- Oriente que atividades aeróbicas (caminhar, correr, nadar, pedalar etc.) contribuem significativamente para a redução de peso.
- Muitos médicos e enfermeiros acabam não tendo tempo suficiente ou conhecimentos adequados para personalizar recomendações de exercícios físicos, especialmente para pessoas com comorbidades ou com

IMC $\geq$ 30. Nesses casos, quando possível e viável, sugere-se que a pessoa faça uma avaliação com o educador físico.

3.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Algumas práticas integrativas e complementares também podem ser usadas como adjuvantes para a perda de peso:

Práticas integrativas e complementares como recurso adicional para a perda de peso	
Acupuntura	Há associação entre acupuntura e significativa redução de peso.
Auriculoterapia	Também pode ser usada. Em alguns estudos demonstra estar associada a uma pequena redução de peso.
Mindfulness	Alguns estudos associam à perda e manutenção de peso.
Yoga	Uma revisão encontrou evidências que a prática de yoga pode reduzir peso em pessoas com sobrepeso ou obesidade.

Fonte: PERREAU, 2019c; STANFORD, 2018b.

3.5 QUANDO ENCAMINHAR O USUÁRIO PARA OUTRO PONTO DE ATENÇÃO

É importante que você conheça e esteja ciente dos protocolos e fluxos de encaminhamentos locais para atenção secundária e terciária, como acessar cirurgia bariátrica e qual o fluxo para o manejo da pessoa após a cirurgia bariátrica, bem como quais são os exames e procedimentos que devem já ser solicitados para agilizar o manejo da pessoa.

Os critérios geralmente aceitos para encaminhamento de pessoas com obesidade para a atenção secundária e cirurgia bariátrica são os seguintes:

- Suspeita de obesidade secundária (HAS refratária e/ ou presença de algum dos sinais/sintomas: face cushingoide, estrias violáceas principalmente em região abdominal, equimose espontânea, fraqueza proximal importante).

Veja mais detalhes na tabela a seguir.

As cirurgias bariátricas são um conjunto de técnicas cirúrgicas para a redução do peso e o tratamento de doenças que estão associadas ou que são agravadas pela obesidade. Não são isentas de complicações e necessitam de que a pessoa esteja motivada e informada sobre a necessidade de acompanhamento pós-cirúrgico para evitá-las, além da necessidade de reposição de vitaminas e dieta específica para evitar desnutrição e deficiências.



É importante que as eSF mantenham o vínculo com os indivíduos enquanto são assistidos nos serviços de Atenção Especializada, assim como com as equipes de profissionais desses serviços, de forma a desempenhar seu papel de coordenação do cuidado na RAS. A eSF também deve continuar oferecendo outras opções terapêuticas (grupos de caminhada, atividade física etc.) para acompanhar de forma conjunta a evolução do tratamento desses indivíduos.

Cirurgia Bariátrica	
Critérios de encaminhamento	Contraindicações
• IMC ≥ 50 • IMC ≥ 40 sem sucesso com o tratamento convencional por pelo menos 2 anos • IMC ≥ 35 com comorbidades mais severas ou descompensadas (alto risco cardiovascular, DM ou HAS descompensadas/de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares sem melhora com tratamento clínico convencional por pelo menos 2 anos)	• Limitação intelectual e sem suporte familiar adequado • Transtorno psiquiátrico não controlado • Doença cardíaca ou pulmonar grave e descompensada • Hipertensão portal com varizes esofágicas • Risco de sangramento digestivo • Síndrome de Cushing por hiperplasia suprarrenal não tratada • Tumores endócrinos

ENCERRAMENTO DA UNIDADE

Nesta unidade revisamos os principais aspectos da abordagem individual de pessoas com sobrepeso e obesidade na APS, bem como reconhecemos o potencial que a eSF e o apoio matricial interdisciplinar dos profissionais dos NASF-AB têm para essa abordagem.

Esperamos que você esteja mais familiarizado e confiante em como rastrear, diagnosticar, avaliar o sobrepeso e obesidade em seu território. Tenha à mão essas orientações práticas para que qualquer dúvida durante a abordagem individual elas possam servir de suporte à tomada de decisão junto ao usuário.

ARAUJO, Alexandro Moura; RIBEIRO, Eduardo Magalhães. Feiras, feirantes e abastecimento: uma revisão da bibliografia brasileira sobre comercialização nas feiras livres. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v. 26., n.3, p. 561-583, 2018.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1333-1356, 2012.

BMJ BEST PRACTICE. Obesidade em adultos. **BMJ Best Practice**, 2019. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/211?q=Obesidade%20em%20adultos&c=suggested>>. Acesso em 20 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **A promoção da alimentação saudável como instrumento de prevenção e combate ao sobrepeso e obesidade**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2003.

BRASIL. **Manual para implantação de restaurantes populares**. Brasília, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, setembro de 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos regionais brasileiros**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Secretaria de Educação a Distância. 2.ed., atual. Brasília: MEC, FNDE, SEED, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação**

e Nutrição. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade**: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Brasília: 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde**: Cartilha Informativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf>. Acesso em 20 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica** [recurso eletrônico]. Brasília, 2015a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo**: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília, 2016.

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

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CANESQUI, A. M. (org.). **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARNEIRO, F. F. et al. **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. S/I: EPSJV/Expressão Popular, 2015.

CARTA DE OTTAWA. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 23 maio 2019.

CORRÊA, R. L. Espaço, um conceito-chave da Geografia. In: **Geografia: Conceitos e Temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

COSTA, C. G. A.; BÓGUS, C. M. **Agricultura urbana e periurbana na ótica da promoção da saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.>

teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-30042015-133241/>. Acesso em 23 maio 2019.

COUTINHO J. G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N. A desnutrição e a obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única de nutrição. **Cad. Saúde Pública** n. 24, supl.2, p. 332-340, 2008.

CRUZ, S. R. S.; CALLEJAS, A. G. H.; SANTOS, M. Em busca de cidades ativas: a prática da corrida como mobilidade urbana. **Revista de Cultura e Extensão USP**, v. 12, p. 67-81, 2014.

CURRY, S. J. et al. Behavioral weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: US preventive services task force recommendation statement. **Jama**, v. 320, n. 11, p. 1163-1171, 2018.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

JENSEN, M. D. et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/ American

Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. **Journal of the American college of cardiology**, v. 63, n. 25 Part B, p. 2985-3023, 2014.

KAHAN, S.; MANSON, J. E. Obesity Treatment, Beyond the Guidelines: Practical Suggestions for Clinical Practice. **Jama**, 2019.

LAU, D. C. W. et al. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. **Cmaj**, v. 176, n. 8, p. S1-S13, 2007.

LEBLANC, E. et al. Screening for and management of obesity and overweight in adults. **Evidence Report**, n. 89. AHRQ Publication n. 11-05159-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011.

MENDONÇA, R. D.; LOPES, A. C. S. The effects of health interventions on dietary habits and physical measurements. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, p. 573-579, 2012.

MURTAGH, J. E; ROSENBLATT, J. V. **Weight gain**. Murtagh's General Practice Companion Handbook. McGraw-Hill Education, 2015.

NEUMANN, C. R. et al. Obesidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Municípios e comunidades saudáveis**: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. Publicação 83 Científica da Divisão de Promoção e Proteção da Opas/OMS. 2002.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Documentos da Organização das Nações Unidas para a promoção da alimentação saudável**. Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Status Report on noncommunicable diseases 2014**. Disponível em: <<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-statusreport-2014/en/>>. Acesso em 24 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Noncommunicable Diseases Country Profiles. 2018**. Disponível em: <<https://www.who.int/nmh/publications/ncdprofiles-2018/en/>>. Acesso em 24 maio 2019.

PACK. **Brasil Adulto**: versão Florianópolis (PACK). Kit de Cuidados em Atenção Primária. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2018.

PADRÃO, S. M.; AGUIAR, O. B. Restaurante popular: a política social em questão. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, p. e280319, 2018.

PEREZ, J. S. L. et al. **Mais Saúde**: Alimentação Saudável Com Receitas Alternativas. Comunidade de Práticas, 2019. Disponível em: <<https://novo.atencaobasica.org.br/relato/3721>>. Acesso em: 25 maio 2019.

PERREAULT, L. **Obesity in adults**: Prevalence, screening, and evaluation. Waltham: UpToDate, 2019a.

PERREAULT, L. **Obesity in adults**: Dietary therapy. Waltham: UpToDate, 2019b.

PERREAULT, L. **Overweight and obesity in adults**: Health consequences. Waltham: UpToDate, 2018.

PERREAULT, L.; APOVIAN, C. **Obesity in adults**: Overview of management. Waltham: UpToDate, 2019c.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. **Uma abordagem epidemiológica da obesidade**. 2004.

RIBEIRO, H.; JAIME, P. C.; VENTURA, D. Alimentação e sustentabilidade. **Estudos Avançados**, v. 31, n. 89, p. 185-198, 2017.

ROLLNICK, S.; MILER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde**: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2009.

ROSA, R. T. et al. Redução de sobrepeso e obesidade na academia da saúde: estudo piloto. **Revista E-Ciência**, v. 5, n. 2, 2017.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. **Obesidade**: Prevenção e Tratamento. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SENNA, M. C. M.; BRANDAO, A. A.; DALT, S. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 125, p. 148-166, abr. 2016.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate** [online], v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016.

SILVA, F. A. L.; BEZERRA, J. A. X. Benefícios da atividade física no controle da obesidade infantil. **Revista Campo do Saber**, v. 3, n. 1, 2017.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 44-56, 2013.

SPERANDIO, N. et al. Impacto do Programa Bolsa Família no consumo de alimentos: estudo comparativo das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 6, p. 1771-1780, 2017.

STANFORD, F. C. et al. Complications of obesity. Dynamed, 2018a. Disponível em: <<http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=576498>>. Acesso em 20 maio 2019.

STANFORD, F. C. et al. Obesity in adults. Dynamed, 2018b. Disponível em: <<http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=576498>>. Acesso em 20 maio 2019.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. F. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Management Primary Health Care**, n. 5, v. 2, 2014.

TEUTEBERG, H. O nascimento da era de consumo moderna. In: FREEDMAN, P. **A história do sabor**. São Paulo: Senac, 2009. p. 234-261.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde e Sociedade** [online], v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014.

WESTPHAL, M. F.; OLIVEIRA, S. C. Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de ação em saúde urbana? **Revista USP**, n. 107, p. 91-102, 2015.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Fifty-seventh world health assembly. Disponível em: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf>. Acesso em 24 maio 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Waist circumference and waist-hip ratio:** report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008. 2011.

WHO; UNICEF. **Primary Health Care:** Joint report by the Director-general of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Found for the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS. Switzerland: WHO/UNICEF, 1978.

ZONTA, R. et al. **Rastreamento, check-up e prevenção quaternária** [Recurso eletrônico]. Florianópolis: UFSC, 2017.

MINICURRÍCULO DOS AUTORES

Dalvan Antonio de Campos

Nutricionista formado pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2009), Mestre em Saúde Coletiva (2016) pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). Doutorando em Saúde Coletiva no PPGSC - UFSC. Trabalha com pesquisa em Saúde Coletiva, com ênfase nas Ciências Sociais e Humanas, no Departamento de Saúde Pública - UFSC, orientado pelo Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, desde 2009.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <http://lattes.cnpq.br/2272195512817044>

Francieli Cembranel

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pelotas; Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; Mestre em Nutrição e Doutora em Saúde Coletiva (área de concentração Epidemiologia) pela Universidade Federal de Santa Catarina. Realizou Estágio Pós-Doutoral junto ao

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é Professora Adjunta no Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina. Endereço do currículo na plataforma lattes: <http://lattes.cnpq.br/0985354337231265>

Ronaldo Zonta

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - 2005/2, e residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre/RS - 2008. Atuou como médico de família e comunidade do Centro de Saúde do Saco Grande - Secretaria municipal de Saúde Florianópolis/SC por 8 anos, ex-preceptor e tutor do Programa de Residência em MFC da Secretaria municipal de Saúde Florianópolis/SC. Atualmente é Coordenador do Departamento de Gestão da Clínica da Secretaria municipal de Saúde Florianópolis/SC e médico do Ambulatório da PrEP SUS Florianópolis/SC.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <http://lattes.cnpq.br/0993619602961230>

