

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Karine Alves Mariani¹, Jacqueline Gomes Ravange²

Bibiana Arantes Moraes³, Karine Anusca Martins⁴

Maria do Rosário Gondim Peixoto⁵, Lara Livia Santos da Silva⁶

Destaques: (1) A infraestrutura insuficiente limita o cuidado ao sobrepeso e obesidade na APS. (2) Municípios de pequeno porte de Goiás apresentam melhor estrutura e execução das ações de cuidado. (3) Uso das ferramentas de Vigilância Alimentar e Nutricional no estado permanece reduzido. (4) Desigualdades estruturais comprometem a equidade e a implementação da PNAN no estado.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2026.51.16729>

Como citar:

Mariani KA, Ravange JG, Moraes BA, Martins KA, Peixoto M do RG, da Silva LLS. Sobrepeso e obesidade no estado de Goiás/Brasil: aspectos relacionados ao cuidado na Atenção Primária à Saúde. Rev. Contexto & Saúde. 2026;26(51):e16729

¹ Universidade Federal de Goiás – UFG. Goiânia/GO, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9031-4032>

² Universidade Federal de Goiás – UFG. Goiânia/GO, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0192-5801>

³ Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza/CE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9312-4595>

⁴ Universidade Federal de Goiás – UFG. Goiânia/GO, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4992-4522>

⁵ Universidade Federal de Goiás – UFG. Goiânia/GO, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1950-0817>

⁶ Universidade Federal de Goiás – UFG. Goiânia/GO, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8948-7884>

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

RESUMO

Objetivo: Avaliar a infraestrutura e organização do cuidado oferecido às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno, médio e grande porte do estado de Goiás. **Métodos:** Estudo transversal realizado com profissionais de 330 unidades de saúde de Goiás, utilizando questionário eletrônico. Realizou-se análise descritiva, e as diferenças entre municípios foram analisadas pelos testes do qui-quadrado e exato de Fisher, com ajuste de Bonferroni para comparações múltiplas. **Resultados:** Menos de 41% das unidades de saúde dispõem de itens básicos de infraestrutura e somente 52,4% realizam o mapeamento do território. As estratégias organizacionais mais frequentes foram os protocolos de encaminhamento e a estratificação de risco; entretanto, menos de 35% dos profissionais utilizam ferramentas de Vigilância Alimentar e Nutricional, indicando baixa integração dessas práticas ao processo de trabalho. Ao analisar os resultados por porte populacional, municípios de pequeno porte apresentaram melhores condições estruturais e maior integração comunitária, os de médio porte mostraram fragilidades no mapeamento e na organização do cuidado, e os de grande porte concentraram as maiores deficiências, sobretudo em infraestrutura, resolutividade e registro de dados. **Conclusão:** A Atenção Primária à Saúde em Goiás apresenta limitações significativas na infraestrutura e organização do cuidado para o manejo do sobrepeso e obesidade, com pior desempenho nos municípios de grande porte.

Palavras-chave: Saúde Pública; Sobrepeso; Obesidade; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A obesidade é um problema mundial de saúde pública, considerado um dos maiores desafios para os sistemas de saúde, tanto por suas consequências, como pelo custo elevado aos cofres públicos e prejuízos à produtividade econômica. Estima-se que mais de quatro bilhões de pessoas podem ser afetadas até 2035, o que representa um aumento de 50,0% na população mundial¹. Ao analisar o conjunto de 27 cidades brasileiras em 2023, constatou-se que a prevalência de excesso de peso foi de 61,4%, sendo maior entre os homens (63,4%) do que entre as mulheres (59,6%). A frequência de adultos com obesidade foi de 24,3%. Em Goiânia-

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

GO, a prevalência de excesso de peso e obesidade foi de 55,0% e 17,7% em adultos, respectivamente².

Esse cenário é desafiador e reforça a importância da implementação de políticas públicas, com ações estratégicas para assistência à saúde para prevenir e tratar a obesidade^{3,4}. No Brasil, a atenção à saúde é centralizada no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o primeiro nível de atenção e a principal porta de entrada. A APS é composta por diferentes tipos de unidades de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), sendo a última integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo prioritário para a expansão e consolidação da APS no País^{5,6}.

Com o propósito de ampliar a cobertura e o acesso aos serviços, assim como aprimorar o cuidado em saúde no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) elaborou documentos orientadores⁷⁻¹² e implementou programas e políticas públicas para a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade (S/O) e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)¹³⁻¹⁶. Destaca-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como objetivo promover práticas alimentares adequadas e saudáveis, realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e oferecer prevenção e cuidado integral aos agravos relacionados à alimentação e nutrição¹³⁻¹⁴. No entanto, sua implementação e integração das ações constituem um grande desafio para gestores e equipes de saúde da APS^{17,18}. Com isso, o MS busca estabelecer Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) em nível regional, considerando os desafios do cuidado e as disparidades entre as regiões, promovendo a integração do cuidado⁷. A implementação eficaz da LCSO na APS requer uma estrutura organizacional sólida, capacitação adequada dos profissionais de saúde e uma abordagem centrada no paciente e baseada em evidências⁹.

Para o cuidado à pessoa com S/O e implementação da LCSO, o MS recomenda que as unidades da APS disponham de estrutura física adequada, incluindo consultórios, disponibilidade de serviços com salas amplas; salas para realização de atividades coletivas e disponibilização de rampas de acesso⁵. Devem contar com mobiliário reforçado incluindo cadeiras, mesa de exame adequada e maca com alta capacidade de suporte. Entre os equipamentos indispensáveis estão balança com capacidade acima de 200 kg, estadiômetro, fita antropométrica, esfigmomanômetro apropriado para pessoas com obesidade, estetoscópio e demais instrumentos necessários ao exame clínico⁹.

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Embora estudos nacionais tenham abordado aspectos do cuidado ao S/O na APS, ainda são menos frequentes análises que articulem, de forma integrada, infraestrutura e diferenças estruturais entre municípios de diferentes portes¹⁸⁻²². Essa abordagem integrada e comparativa contribui para preencher lacunas importantes na literatura brasileira, especialmente na região Centro-Oeste, onde ainda há escassez de avaliações abrangentes sobre o manejo do S/O na APS.

Essa necessidade de aprofundamento torna-se ainda mais evidente diante dos desafios relacionados à vigilância, infraestrutura e gestão do cuidado, agravados pela pandemia de COVID-19, que reduziu intervenções essenciais e exigiu reorganização dos serviços. Diante desse contexto, avaliar o manejo do S/O na APS é fundamental para identificar lacunas, compreender determinantes associados e orientar políticas públicas de saúde^{23,24}. Assim, este artigo tem como objetivo avaliar a infraestrutura e organização do cuidado oferecido às pessoas com S/O na APS, nos municípios de pequeno, médio e grande porte do estado de Goiás.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Estudo de delineamento transversal, com a iniciativa da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/MS) do MS, por meio de uma chamada pública do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A CGAN/MS e representantes das Instituições de Ensino Superior (IES) coordenaram os projetos estaduais, definiram o desenho do estudo, a amostra e o instrumento de coleta de dados utilizado.

Amostragem e local do estudo

A definição do tamanho da amostra considerou o plano de amostragem aleatória simples, considerando uma população finita (número de unidades de saúde=1465), margem de erro de 5,0% e nível de confiança de 95,0%²⁵. Para cobrir eventuais perdas e recusas foram selecionadas um total de 671 unidades de saúde, que estavam distribuídas proporcionalmente segundo o número de unidades de saúde na capital e nos municípios de grande, médio e pequeno

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

porte do estado. A amostra estudada foi de 330 unidades, que se enquadravam como UBS ou USF. Ressalta-se que as proporções em percentual coletados se assemelha ao percentual da amostra prevista segundo o porte dos municípios (Tabela Suplementar).

Inicialmente, foi fornecido pelo MS uma lista com os gestores das unidades de saúde de cada município. A equipe de pesquisa estabeleceu contato com os gestores, solicitando indicação de um profissional de suas respectivas unidades para participar da pesquisa. Aqueles indicados foram convidados por e-mail e contato telefônico e, em caso de aceite, recebiam o link de acesso ao questionário da pesquisa. Foram incluídos profissionais de saúde com formação superior que atuavam na APS (UBS, ESF ou Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF), preferencialmente envolvidos nas ações de alimentação e nutrição. Foram excluídos aqueles que não trabalhavam nas unidades de saúde selecionadas para o estudo.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2020 e agosto de 2021, e foi realizada por meio do questionário “Organização, gestão e cuidado nutricional ofertado às pessoas com sobrepeso/obesidade na Atenção Primária à Saúde”, mencionado em publicação anterior¹⁹, mencionado em publicação anterior¹⁹. Trata-se de um instrumento em formato eletrônico, semiestruturado e autoaplicável, utilizando a ferramenta de questionários online *SurveyMonkey*. Integrava 88 questões objetivas e 11 discursivas, distribuídas em 10 blocos, com tempo médio de resposta de 50 minutos.

Os links direcionados aos profissionais de saúde foram divididos conforme o porte populacional de seus respectivos municípios de atuação: grande porte (capital e municípios com mais de 150 mil habitantes); médio porte (municípios entre 30 e 150 mil habitantes); e pequeno porte (municípios com menos de 30 mil habitantes), sendo um respondente por unidade de saúde.

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Variáveis de interesse

As variáveis selecionadas do questionário foram: 1- identificação do respondente (sexo, faixa etária, cor da pele ou etnia, profissão, tempo de atuação e vínculo empregatício); 2- identificação da unidade de saúde (região e unidade de atuação); 3- implementação da LCSO (infraestrutura, mobiliário e equipamentos); 4- mapeamento do território (mapa do território, atividade para construção do mapa, condições prioritárias no mapeamento, espaços e equipamentos públicos disponíveis no território); e 5- monitoramento, avaliação e coordenação relacionados ao cuidado em saúde de pessoas com S/O (serviços de assistência, estratégias para organização do cuidado e tratamento, análise dos dados dos usuários, ações de VAN no cuidado, utilização de ferramentas de VAN e uso das informações do SISVAN).

Análise estatística

O banco de dados foi gerado no Programa Microsoft Excel, versão 2010. Para análise dos dados foi utilizado o *software* STATA, versão 12.0. A análise descritiva dos dados foi realizada com cálculo de frequências absolutas e relativas. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para avaliar diferenças entre as variáveis categóricas em relação ao porte do município ($p < 0,05$). Adotou-se o teste Exato de Fisher como alternativa quando mais de 20% das células da tabela apresentavam frequência esperada inferior a cinco, garantindo maior precisão nessas condições. Considerando que a aplicação múltipla do mesmo teste de hipóteses aumenta a probabilidade de encontrar diferenças significativas por acaso (erro do Tipo I), foi implementado o ajuste de Bonferroni. Esse método conservador controla a taxa de erro, dividindo o nível de significância alpha ($\alpha = 0,05$) pelo número de comparações realizadas, estabelecendo um novo limiar de significância de $p < 0,016$. Esta abordagem garante um rigor maior na interpretação dos resultados, assegurando que as comparações consideradas estatisticamente significativas sejam robustas, de fato.

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CAAE nº 26543219.5.0000.5083). Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram devidamente informados sobre o tema da pesquisa, a garantia do sigilo e confidencialidade, assim como o direito de recusar a participar do estudo em qualquer momento.

RESULTADOS

Participaram do estudo profissionais de 330 unidades de saúde de 109 municípios do estado de Goiás. Dos profissionais participantes, a maioria era do sexo feminino (92,7%), com idade \leq 40 anos (65,8%), cor da pele parda (51,5%) e a enfermagem foi a categoria profissional mais representada (79,0%). Aproximadamente 50,0% desempenhavam suas funções na região urbana central. Cerca de 47,0% estavam alocados em UBS e aproximadamente 38,0% em municípios de grande porte, 71,2% possuíam dois ou mais anos no cargo atual, 51,5% tinham contratos temporários ou por tempo indeterminado de serviço de saúde e 37,0% eram servidores públicos (Tabela 1).

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico dos profissionais da atenção primária à saúde no estado de Goiás, participantes do estudo (Goiás, Brasil, 2020-2021).

Perfil dos profissionais	(n)	(%)
Sexo		
Feminino	306	92,7
Masculino	24	7,2
Faixa etária¹		
≤ 40 anos	206	65,8
> 40 anos	107	34,2
Cor da pele ou etnia		
Branca	127	38,5
Preta	19	5,8
Parda	170	51,5
Amarela	11	3,3
Profissão		
Enfermagem	261	79,0
Nutrição	46	13,9
Odontologia	9	2,7
Outras formações de nível superior relacionadas à saúde ²	14	4,2
Região de atuação		
Urbana Central	163	49,4
Urbana Periférica	134	40,6
Rural	33	10,0
Unidade de atuação		
Unidade Básica de Saúde (UBS)	155	46,9
Unidade de Saúde da Família (USF)	140	42,4
NASF- Tipo I, II e III	32	9,6
Porte do município de atuação		
Pequeno	92	27,9
Médio	111	33,6
Grande	124	37,6
Tempo de atuação		
< 2 anos	95	28,8
≥ 2 a 10 anos	160	48,5
>10 anos	75	22,7
Vínculo empregatício		
Servidor Público	122	37,0
Contrato temporário ou por tempo indeterminado ³	170	51,5
Outros ³	38	11,5

¹17 (5,5%) perdidas por informação incorreta.

²Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Educação Física e Farmácia.

³Contrato temporário ou tempo indeterminado por Organização Social (OS) e Profissional Liberal.

Fonte: Os autores.

No que se refere à infraestrutura das unidades de saúde, apenas a acessibilidade e banheiros adequados tiveram prevalência superior a 50,0%, sendo maior nos municípios de pequeno porte (81,1% e 74,8%, respectivamente). A presença de espaço adequado para atividades educativas e para práticas corporais foi maior nos municípios de pequeno porte (68,5% e 40,2%,

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

respectivamente). Entre os itens essenciais de mobiliário e equipamentos, o aparelho de pressão com manguito especial foi o único item encontrado em mais da metade das unidades de saúde (63,6%), e menos de 41,0% das unidades apresentavam itens básicos de mobiliário (balança de 230kg, mesa de exame, cadeiras e bancos adequados e macas de transferência), com menor disponibilidade nos municípios de grande porte (Tabela 2).

Tabela 2. Infraestrutura, mobiliários e equipamentos necessários para o cuidado da pessoa com sobrepeso/obesidade disponíveis em unidades de saúde da atenção primária de acordo com o porte do município (Goiás, Brasil, 2020-2021).

Variável	Total n (%)	Porte do município			P-valor
		Grande (n = 92)	Médio (n = 111)	Pequeno (n = 127)	
Infraestrutura					
Acessibilidade ¹	208 (63,0)	44 (47,8) ^a	61 (54,9) ^a	103(81,1) ^b	<0,001
Banheiros adequados ²	185 (56,0)	38 (41,3) ^a	52 (46,8) ^a	95 (74,8) ^b	<0,001
Espaço adequado para atividades em grupo	159 (48,2)	25 (27,2) ^a	47 (42,3) ^a	87 (68,5) ^b	<0,001
Espaço adequado para atividade física	98 (29,7)	16 (17,4) ^a	31 (27,9) ^{a,b}	51 (40,2) ^b	0,008
Mobiliário e equipamentos					
Aparelhos de pressão com manguito especial	210 (63,6)	54 (58,7)	73 (65,7)	83 (65,3)	0,162
Balança de 230 kg	114 (34,5)	21 (22,8) ^a	34 (30,6) ^{a,b}	59 (46,4) ^b	0,002
Mesa de exame	108 (32,7)	23 (25,0)	32 (28,8)	53 (41,7)	0,070
Cadeiras/bancos adequados	106 (32,1)	19 (20,6) ^a	32 (28,8) ^{a,b}	55 (43,3) ^b	0,008
Cadeira de rodas	134 (40,6)	30 (32,6) ^a	40 (36,0) ^{a,b}	64 (50,3) ^b	0,028
Maca de transferência	42 (12,7)	3 (3,3) ^a	9 (8,1) ^a	30 (23,6) ^b	<0,001
Veículo para o transporte de pessoas com S/O	36 (10,9)	2 (2,2) ^a	11 (9,9) ^b	23 (18,1) ^b	<0,001

¹Acessibilidade: largura das portas e corredores, rampas que permita o livre trânsito dos usuários.

²Banheiros adequados: largura e rampas de acesso. Letras minúsculas diferentes sobrescritas representam diferenças significativas nas linhas pelo Teste de qui-quadrado com correção de Bonferroni para comparações múltiplas. Os valores na tabela refletem o número e % de indivíduos que referiram condições adequadas ou presença dos itens estudados.

Fonte: Os autores.

Quanto ao mapeamento do território no âmbito da atenção nutricional, 52,4% dos profissionais relataram realizá-lo. Nesse processo, a identificação das estruturas comunitárias e o levantamento dos programas sociais foram os principais aspectos identificados, em cerca de 48,0%, e as atividades para construção do mapa foram predominantes nos municípios de pequeno porte em relação aos de médio porte ($p < 0,035$). Sobre as condições identificadas como prioritárias no mapeamento do território, de 34,2 a 49,0% dos profissionais identificaram que as famílias com DCNT, em situação de vulnerabilidade social, com S/O e desnutrição foram os

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

grupos de maior prioridade, sendo a identificação do S/O e desnutrição maior nos municípios de pequeno porte (Tabela 3). Em relação à presença de espaços e equipamentos públicos disponíveis no território, verificou-se que as creches e escolas públicas foram os mais referidos no levantamento territorial, sem diferença estatística entre os portes dos municípios. A presença de feiras livres, sacolões, academias da saúde e centros de convivência também foram referidos, com destaque para os municípios de pequeno porte (Tabela 3).

Tabela 3. Mapeamento do território para o cuidado da pessoa com sobrepeso/obesidade em unidades de saúde da atenção primária, de acordo com o porte do município (Goiás, Brasil, 2020-2021).

Variável, n (%)	Total	Porte do município			P-valor
		Grande (n = 92)	Médio (n = 111)	Pequeno (n = 127)	
Mapa do Território					
Mapeamento do território e/ou saúde	173 (52,4)	51 (55,4) ^{ab}	45 (40,5) ^a	77 (60,6) ^b	0,007
Atividades para construção do mapa					
Identificação das estruturas comunitárias	156 (47,2)	45 (48,9) ^{ab}	39 (35,1) ^a	72 (56,6) ^b	0,028
Mapeamento das áreas de risco de InSAN	98 (29,7)	24 (26,0) ^{ab}	23 (20,7) ^a	51 (40,1) ^b	0,003
Levantamento de programas sociais (PBF e outros)	158 (47,8)	43 (46,7) ^{ab}	40 (36,0) ^a	75 (59,0) ^b	0,006
Mapeamento dos equipamentos de SAN	111 (33,6)	29 (31,5) ^{ab}	28 (25,2) ^a	54 (42,5) ^b	0,035
Mapeamento sistema alimentar, costumes e tradições	85 (25,7)	25 (27,2) ^{ab}	18 (16,2) ^a	42 (33,0) ^b	0,021
Condições prioritários no mapeamento					
Famílias/residências com vulnerabilidade social	150 (45,4)	42 (45,6)	41 (36,9)	67 (52,7)	0,072
Famílias/residências com DCNT	162 (49,0)	48 (52,1)	43 (38,7)	71 (55,9)	0,093
Famílias/residências com pessoas com S/O	142 (43,0)	38 (41,3) ^{ab}	39 (35,1) ^a	65 (51,1) ^b	0,037
Famílias/residências com pessoas com desnutrição	113 (34,2)	30 (32,6) ^a	31 (27,9) ^b	52 (40,9) ^c	0,009
Espaços ou equipamentos públicos no território					
Produção de alimentos da agricultura familiar	70 (21,2)	10 (10,9) ^a	16 (14,4) ^a	44 (34,6) ^b	<0,001
Cozinhas comunitárias	13 (3,9)	6 (6,5) ^a	0 ^b	7 (5,5) ^c	<0,001
Restaurantes populares	23 (7,0)	12 (13,0) ^a	8 (7,2) ^a	3 (2,4) ^b	<0,001
Banco de alimentos	9 (2,7)	2 (2,2) ^a	2 (1,8) ^a	5 (3,9) ^b	<0,001
Hortas comunitárias	43 (13,0)	6 (6,5) ^a	12 (10,8) ^a	25 (20,0) ^b	<0,001
Feiras livres, sacolões	128 (38,8)	39 (42,4) ^{ab}	34 (30,6) ^a	55 (43,3) ^b	0,023
Academia da Saúde	109 (33,0)	27 (29,3) ^{ab}	26 (23,4) ^a	56 (44,1) ^b	0,002
Centros de convivência	91 (27,6)	17 (18,5) ^a	23 (20,7) ^a	51 (40,2) ^b	<0,001
Creches Públicas	138 (41,8)	38 (41,3)	38 (34,2)	62 (48,8)	0,082
Escolas Públicas	168 (50,9)	49 (53,3)	44 (39,6)	75 (59,0)	0,090

InSAN: Insegurança Alimentar e Nutricional. PBF: Programa Bolsa Família. SAN: Segurança Alimentar e Nutricional. DCNT: Doença Crônica Não Transmissível. S/O: Sobrepeso e obesidade. Os valores na tabela refletem o número e % de indivíduos que referiram condições adequadas ou presença dos itens estudados.

Fonte: Os autores.

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Quanto aos serviços de assistência às pessoas com S/O, observou-se que os principais serviços disponíveis aos usuários foram as unidades de saúde (UBS/USF) e as farmácias básicas (> 70,0%), seguidos do NASF, serviços de urgência e emergência, programa de atenção domiciliar, hospitais de diversas modalidades de gestão e academia de saúde (> 50,0%) (Tabela 4). Destaca-se que o cuidado aos indivíduos com S/O nas UBS/USF, nos NASF, academia da saúde, Programa de Atenção Domiciliar e farmácia básica é maior nos municípios de pequeno porte em comparação com os municípios de grande porte ($p < 0,02$) (Tabela 4).

Os profissionais relataram, com frequência superior a 60,0%, as seguintes estratégias para organização do cuidado: estratificação de risco de gravidade para S/O, fluxo de referência e contra referência, central de regulação, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas na APS e protocolos de encaminhamento da APS para a atenção especializada. No entanto, menos de 50,0% dos profissionais relataram realizar a gestão de casos e da lista de espera para consultas e/ou cirurgias. Quanto às estratégias de tratamento, destaca-se o cuidado nutricional (88,1%), cuidado psicológico (80,3%), abordagem familiar (77,2%), diagnóstico precoce (75,4%) e a promoção da atividade física (71,8%). Os tratamentos medicamentoso e cirúrgico são predominantes nos municípios de grande porte (63,0 e 47,8%, respectivamente) (Tabela 4).

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tabela 4. Cuidado oferecido às pessoas com sobrepeso/obesidade em unidades de saúde da atenção primária, de acordo com o porte do município (Goiás, Brasil, 2020-2021).

Variável, n (%)	Total	Porte do município			P-valor
		Grande (n = 92)	Médio (n = 111)	Pequeno (n = 127)	
Serviços da assistência					
Unidades Básica de Saúde/Unidade Saúde da Família	306 (92,7)	80 (86,9) ^a	101 (90,9) ^{ab}	125 (98,4) ^b	0,007
Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)	219 (66,4)	47 (51,0) ^a	81 (73,0) ^b	91 (71,6) ^b	0,015
Academia de Saúde	173 (52,4)	32 (34,8) ^a	63 (56,8) ^b	78 (61,4) ^b	<0,000
Farmácia Básica	235 (71,2)	60 (65,2) ^a	74 (66,7) ^{ab}	101 (79,5) ^b	0,011
Hospital de qualquer modalidade de gestão	196 (59,4)	46 (50,0) ^a	67 (60,4) ^b	83 (65,3) ^b	0,012
Atenção especializada e policlínicas	117 (35,4)	46 (50,0) ^a	48 (43,2) ^b	23 (18,1) ^c	0,000
Programa de Atenção Domiciliar	198 (60,0)	45 (48,9) ^a	66 (59,5) ^b	87 (68,5) ^b	0,003
Serviços de Urgência e Emergência	211 (63,9)	55 (59,8)	74 (66,7)	82 (64,6)	0,555
Centro de Especialidades Médicas (CEM)	101 (30,6)	30 (32,6) ^a	50 (45,0) ^b	21 (16,5) ^c	<0,000
Estratégias para organização do cuidado					
Estratificação de risco de gravidade	231 (70,0)	64 (69,6) ^a	72 (64,8) ^b	95 (74,8) ^b	0,006
Fluxo de referência e contra referência	200 (60,6)	64 (69,6) ^a	75 (67,5) ^a	61 (48,0) ^b	0,003
Gestão de caso (para casos complexos)	159 (48,1)	39 (42,4)	52 (46,8)	68 (53,5)	0,300
Gestão de listas de esperas (consultas e/ou cirurgias)	124 (37,5)	43 (46,7) ^a	33 (29,7) ^a	48 (37,8) ^a	0,019
Linha de cuidado do sobrepeso e obesidade (LCSO)	78 (23,6)	19 (20,6)	19 (17,1)	40 (31,5)	0,075
Projeto terapêutico singular	104 (31,5)	27 (29,3)	33 (29,7)	44 (34,6)	0,917
Central de regulação	206 (62,4)	64 (69,6) ^a	75 (67,5) ^a	67 (52,7) ^a	0,039
Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas na APS ¹	207 (62,7)	57 (61,9)	69 (62,1)	81 (63,7)	0,619
Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas AE ²	126 (38,1)	33 (35,9)	49 (44,1)	44 (34,6)	0,083
Protocolos de encaminhamento da APS para a AE	232 (70,3)	70 (76,0)	77 (69,3)	85 (66,9)	0,506
Estratégias de tratamento					
Abordagem Familiar	255 (77,2)	62 (67,4) ^a	85 (76,5) ^{ab}	108 (85,0) ^b	0,039
Cuidado nutricional	291 (88,1)	78 (84,9)	95 (85,5)	118 (92,9)	0,258
Cuidado psicológico	265 (80,3)	67 (72,8) ^a	85 (76,5) ^{ab}	113 (88,9) ^b	0,029
Diagnóstico precoce	249 (75,4)	67 (72,8)	82 (73,8)	100 (78,7)	0,768
Grupos de ajuda mútua	104 (31,5)	19 (20,6) ^a	37 (33,3) ^a	48 (37,8) ^b	0,001
Oferta de práticas integrativas de saúde	159 (48,2)	44 (47,8)	47 (42,3)	68 (53,5)	0,136
Promoção da Atividade Física	237 (71,8)	59 (64,1)	80 (72,0)	98 (77,1)	0,183
Tratamento Medicamentoso	169 (51,2)	58 (63,0) ^a	58 (52,2) ^{ab}	53 (41,7) ^b	0,004
Tratamento cirúrgico	95 (28,9)	44 (47,8) ^a	30 (27,0) ^b	21 (16,5) ^c	<0,000

APS: Atenção Primária à Saúde. AE: Atenção Especializada. Os valores na tabela refletem o número e % de indivíduos que referiram condições adequadas ou presença dos itens estudados.

Fonte: Os autores.

As principais ações de VAN adotadas no cuidado da pessoa com S/O foram a coleta de peso, estatura e cálculo do IMC, e o diagnóstico nutricional precoce a partir do acompanhamento nutricional e de exames clínicos e laboratoriais, relatadas por mais de 70,0% dos profissionais, sem diferença entre os portes dos municípios. Entretanto, a avaliação do consumo alimentar era realizada por apenas 55,4% das unidades de saúde (Tabela 5).

A utilização das ferramentas de VAN foi realizada por menos de 35,0% dos profissionais. Dentre essas ferramentas, as mais utilizadas foram: monitoramento de dados antropométricos (34,2%), avaliação do estado nutricional de escolares (29,0%) e atualização do

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

SISVAN (28,9%). A utilização das ferramentas de VAN foi sempre maior nos municípios de pequeno porte em comparação com os de grande porte ($p < 0,02$). Aproximadamente 50,0% dos profissionais analisaram dados dos usuários e do território, e apenas 21,5% discutiram os indicadores de VAN do território. Para apoiar a tomada de decisão no âmbito da atenção nutricional, cerca de 75,0% dos profissionais mencionaram utilizar informações do SISVAN e/ou do Sistema e-SUS Atenção Básica, sendo essas ações predominantes nos municípios de pequeno porte (Tabela 5).

Tabela 5. Ações de implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional no cuidado para a pessoa com sobrepeso/obesidade em unidades de saúde da atenção primária de acordo com o porte do município (Goiás, Brasil, 2020-2021).

Variável, n (%)	Total	Porte do município			P-valor
		Grande (n = 92)	Médio (n = 111)	Pequeno (n = 127)	
Ações de VAN no cuidado					
Coleta do peso, estatura e cálculo de IMC ¹	287 (86,9)	85 (92,4)	92 (82,8)	110 (86,6)	0,274
Avaliação do consumo alimentar	183 (55,4)	45 (48,9)	61 (54,9)	77 (60,6)	0,416
Avaliação da composição corporal com adipômetro	156 (47,2)	38 (41,3)	48 (43,2)	70 (55,1)	0,185
Avaliação da composição corporal por bioimpedância	58 (17,5)	12 (13,0)	18 (16,2)	28 (22,0)	0,373
Diagnóstico nutricional precoce	233 (70,6)	60 (65,2)	79 (71,1)	94 (74,0)	0,656
Ferramentas de VAN					
Monitoramento de dados antropométricos	113 (34,2)	26 (28,3) ^a	39 (35,1) ^b	48 (37,8) ^b	0,008
Avaliação do estado nutricional de escolares	96 (29,0)	20 (21,7) ^a	31 (27,9) ^b	45 (35,4) ^b	0,003
Atualização do SISVAN na UBS	95 (28,9)	18 (19,6) ^a	33 (29,7) ^b	44 (34,6) ^b	0,014
Monitoramento de dados de consumo alimentar	93 (28,1)	19 (20,6) ^a	35 (31,5) ^b	39 (30,7) ^b	0,004
Relatórios da situação nutricional dos usuários da unidade	66 (20,0)	14 (15,2) ^a	27 (24,3) ^b	36 (28,3) ^b	0,004
Análise de dados dos usuários					
Análise de dados/diagnóstico dos usuários e do território	163 (49,9)	38 (41,3) ^a	48 (43,2) ^a	77 (60,6) ^b	0,005
Equipe discute os indicadores de VAN do território	71 (21,5)	14 (15,2) ^a	20 (18,0) ^a	37 (29,1) ^b	0,027
Informações do SISVAN para apoiar a tomada de decisão					
	248 (75,1)	65 (70,6) ^a	77 (69,4) ^a	106 (83,5) ^b	0,028

VAN: Vigilância alimentar e nutricional. IMC: Índice de Massa Corporal. SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. UBS: Unidade Básica de Saúde. Os valores na tabela refletem o número e % de indivíduos que referiram condições adequadas ou presença dos itens estudados.

Fonte: Os autores.

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram que, no estado de Goiás, o cuidado às pessoas com S/O apresenta fragilidades, com disparidades entre os municípios, sobretudo relacionadas à execução adequada das diretrizes da PNAN. Há inadequação de infraestrutura e dos equipamentos disponíveis nas unidades de saúde, e as ações de gestão e análise de dados são insuficientes para o cuidado em saúde. Existe uma deficiência na utilização das ferramentas de VAN que evidencia baixa adequação do processo de trabalho para ações de alimentação e nutrição nas unidades de saúde.

Sobre a presença de infraestrutura, mobiliário e equipamentos, entre 10,9% e 40,6% das unidades de saúde apresentaram mobiliário adequado e cerca de 64,0% apresentaram acessibilidade. Foram identificadas disparidades significativas na infraestrutura das unidades de saúde, sendo mais adequada nos municípios de pequeno porte. Em um estudo que avaliou a estrutura de UBS em 4.845 municípios no Brasil, menos de 8,0% das UBS apresentaram estrutura adequada, e menos de 27,0% das UBS foram consideradas com acesso adequado ao manejo da obesidade²⁶. A presença de infraestrutura, mobiliário e equipamentos nas unidades de saúde está intimamente ligada ao desempenho e adequação do processo de trabalho dos profissionais na APS^{26,27}. Portanto, uma estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos aprimoram o acesso e a eficácia do trabalho dos gestores e de suas equipes de saúde²⁷.

Essa realidade é semelhante ao observado em países no sul da Ásia, nos quais a prontidão das unidades para o cuidado de DCNT é limitada pela baixa disponibilidade de equipamentos essenciais, sendo os serviços de saúde inadequados para atender às necessidades de cuidados de DCNT de forma sustentável ao longo do tempo²⁸. Nesse sentido, os resultados de Goiás evidenciam que a insuficiência de estrutura não é um fenômeno isolado, mas insere o estado em um contexto internacional de desigualdades estruturais em APS.

No entanto, a resolutividade do trabalho na UBS não depende apenas da infraestrutura, mas também do conhecimento dos profissionais sobre o território de atuação, compreendendo suas características, demandas, contextos e potencialidades. Sobre a territorialização, menos de 48,0% das atividades para construção do mapeamento do território envolvia identificação de

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

estruturas e equipamentos sociais que contribuem para ações de acolhimento no território. Além disso, menos de 40,0% dos profissionais relataram a presença de espaços como feiras livres, sacolões, mercados de produtos hortifrúti, hortas, e menos de 7,0% presença de cozinhas comunitárias e restaurantes populares. A disponibilidade de pontos de vendas de alimentos saudáveis no território está associada às condições físicas do ambiente alimentar, que influenciam nas escolhas alimentares²⁹.

Uma revisão sistemática que investigou a associação do ambiente alimentar com DCNT e obesidade em países da América Latina, revelou uma associação positiva entre locais de venda de alimentos saudáveis e qualidade da dieta²⁹. Em outro estudo que investigou o ambiente alimentar, renda e obesidade no Sul do Brasil, a obesidade esteve inversamente associada à disponibilidade de supermercados e estabelecimentos de alimentação saudável no bairro³⁰. Logo, é fundamental que equipes e gestores de saúde realizem o mapeamento do território para identificar recursos e vulnerabilidades e, assim, implementar ações que contribuam para o acesso a alimentos saudáveis, promovendo segurança alimentar, sobretudo para grupos vulneráveis. O ambiente alimentar é um determinante do risco de obesidade, influenciando diretamente o acesso a alimentos saudáveis, a qualidade da dieta e o comportamento alimentar³¹. Assim, a baixa identificação desses espaços em Goiás se assemelha a regiões internacionais onde a vulnerabilidade alimentar é explicada pela falta de acesso físico a alimentos saudáveis.

Quanto à organização do cuidado destaca a relevância das unidades de saúde como os principais serviços de assistência para pessoas com S/O no estado. A inclusão de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como farmácias básicas, serviços de urgência e hospitais especializados, amplia a cobertura do cuidado. Além disso, destaca-se que as estratégias organizacionais de cuidado predominaram nos protocolos de encaminhamento da APS para a atenção especializada e na estratificação de risco de gravidade. No entanto, menos de 50,0% dos profissionais mencionaram práticas mais específicas, como gestão de casos complexos, administração de listas de espera para consultas/cirurgias e implementação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), apontando para uma possível lacuna na adoção dessas estratégias.

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

De forma semelhante, estudo que avaliou países de baixa e média renda revelam que os serviços de saúde enfrentam barreiras no manejo de DCNT, relacionadas ao tempo de atendimento, sobrecarga de trabalho e limitação de capacitação profissional³². A insuficiência de educação permanente relatada pelos profissionais goianos também encontra paralelo internacional. Parretti e colaboradores, em sua revisão, observaram que a falta de preparo técnico para o manejo da obesidade é um dos fatores que mais prejudica a adesão às diretrizes clínicas³³.

Diante dessa realidade, é imprescindível que os profissionais da APS passem por educação permanente em saúde. Isso garante que estejam devidamente equipados para enfrentar os desafios específicos no cuidado de pessoas com S/O³⁴. A capacitação é fundamental para o efetivo desenvolvimento e implementação de ações previstas por políticas públicas de saúde, garantindo uma abordagem que atenda às necessidades da população³⁴.

Evidências internacionais mostram que a falta de preparo técnico é uma das barreiras mais relevantes no manejo da obesidade. O MOST Obesity Study, conduzido em práticas de APS nos Estados Unidos, identificou que muitos profissionais se sentem inseguros, pouco treinados e sem modelos organizacionais claros para implementar intervenções efetivas, reforçando a necessidade de capacitação contínua e suporte institucional para sustentar o cuidado³⁵. Esses achados internacionais convergem com o contexto brasileiro, indicando que investir em formação continuada é fundamental para aprimorar a qualidade da atenção nutricional.

Sobre avaliação das ações de VAN neste estudo revela que a coleta de peso, estatura e cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) é a prática mais comum no cuidado. No entanto, ao considerar a utilização de ferramentas de VAN, observa-se que menos um terço dos profissionais se envolviam nessas práticas mais abrangentes, com menor frequência de uso nos municípios de grande porte. Essa discrepância destaca uma possível lacuna na implementação de ações mais amplas de VAN, que vão além da coleta básica de dados antropométricos. A baixa cobertura do SISVAN, ausência de informações de base populacional e a baixa utilização dessa informação no ciclo de VAN (monitoramento) têm sido apontadas como fatores limitantes para a tomada de decisão das políticas públicas de saúde em nível estadual e municipal no Brasil³⁶. Avaliações recentes apontam que a cobertura do SISVAN permanece

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

limitada no país. Mourão e colaboradores, observaram que, embora o monitoramento do estado nutricional tenha avançado nas últimas décadas, a cobertura nacional ainda é insuficiente³⁷.

Além disso, Mrejen e colaboradores, destaca que a cobertura do SISVAN é heterogênea regionalmente, podendo a cobertura variar de acordo com a faixa etária da população. Tendo relação com municípios de menor PIB per capita, menor cobertura de planos de saúde e maior dependência de benefícios sociais como o PBF³⁸. Por outro lado, destaca-se que muitos municípios de pequeno porte no estado de Goiás apresentam, em média, Produto Interno Bruto (PIB) per capita mais elevado³⁹, o que pode explicar, em parte, seu melhor desempenho estrutural e organizacional quando comparados aos municípios médio e grande porte.

O aumento da cobertura do estado nutricional e consumo alimentar, em todas as fases da vida, pelo SISVAN gera decisões mais assertivas e eficientes, no direcionamento dos investimentos em saúde e nutrição, em equipamentos e materiais, e nas capacitações em saúde³⁶. Além disso, a cobertura contribui para avaliação das metas de redução da obesidade implantadas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, que utiliza informações da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Vigitel e SISVAN para acompanhar as metas estabelecidas pelo plano^{10,36}.

Investimentos contínuos em infraestrutura, qualificação profissional, vigilância nutricional e organização da rede podem melhorar significativamente a gestão das DCNT e do cuidado nutricional, ampliando a resolutividade da APS. Programas nacionais de qualificação, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), reforçam que o monitoramento sistemático de indicadores, aliado a incentivos de desempenho, contribui para aprimorar a estrutura das unidades, fortalecer processos de trabalho e ampliar a capacidade das equipes em ofertar cuidado integral. Essas iniciativas favorecem a implementação da PNAN, a integração das linhas de cuidado e o uso ampliado do SISVAN, evidenciando que estratégias estruturantes geram resultados concretos quando acompanhadas de apoio técnico e governança estável^{40,41}.

Apesar da importância desses dados para a compreensão dos aspectos relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com S/O na APS, uma possível limitação deste estudo é que os

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

resultados são baseados na percepção de alguns profissionais, que pode não refletir a realidade percebida por todos de sua unidade. Contudo, este estudo buscou elucidar questões vivenciadas cotidianamente pelos profissionais de saúde da APS. Os resultados podem orientar ações a fim de proporcionar melhorias nas condições de trabalho e, conseqüentemente, na qualidade da assistência à saúde oferecida aos indivíduos com S/O.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam importantes desigualdades na organização do cuidado às pessoas com S/O na APS do estado de Goiás. Municípios de pequeno porte apresentaram melhor desempenho em ações preventivas, maior integração com a comunidade e melhor infraestrutura. Em contraste, municípios de médio porte demonstraram fragilidades especialmente relacionadas ao mapeamento do território e à organização dos fluxos de cuidado, indicando desafios na estruturação e planejamento das ações. Já os municípios de grande porte concentraram as maiores deficiências, incluindo inadequação da infraestrutura e equipamentos, baixa resolutividade e menor adesão aos processos de registro e análise de dados, o que compromete a gestão e o monitoramento do cuidado.

Os resultados deste estudo também apontam para a necessidade de intensificar as ações de capacitação dos profissionais de saúde e de fortalecer a gestão das políticas públicas voltadas para o cuidado do S/O na APS do estado de Goiás. A superação desses desafios requer articulação permanente da gestão pública, investimento financeiro e ações estruturantes, como a qualificação de gestores e profissionais de saúde, melhorias da infraestrutura, organização da rede de atenção e estratégias intersetoriais. Além disso, sugere-se mais estudos para entender as disparidades encontradas entre municípios de diferentes portes, a fim de propor estratégias eficazes para reduzir as desigualdades em saúde.

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

REFERÊNCIAS

- 1- World Obesity Federation (WOF), World Obesity Atlas [Internet]. 2023. [acessado 2023 dez 21]. Disponível em: <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023>
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. VIGITEL. Brasília (DF); 2023.
- 3- Belo CEC, Gomes RLC, Damião JJ, *et al.* Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Demetra*. 2022;17, e69119. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2022.69119>.
- 4- Brandão AL, Casemiro JP, dos Reis EC, *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção nutricional na atenção primária à saúde brasileira. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e119. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.119>.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
- 6- Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família: um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*. 2018;42(1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
- 8- 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 (DF): Ministério da Saúde; 2015.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da atenção primária à saúde do sistema único de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.
- 10- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para sobrepeso e obesidade em adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica 38 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Obesidade. Brasília (DF); 2014.
- 13- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
- 14- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União 2015; 5 out.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018
- 16- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
- 17- Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2020;36(3):e00093419. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093419>.
- 18- Figueiredo ATT, Tavares FCLP, Silveira PRRM, et al. Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde da família. Revista de Atenção à Saúde. 2020;18(64):85. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6274>.
- 19- Menezes MS, Medeiros CCM, Carvalho DF, et al. Ações de alimentação e nutrição e realização de educação permanente na Atenção Primária à Saúde: estudo transversal, Paraíba, 2021. Epidemiol Serv Saude. 2025;34:e20240349. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240349.pt>
- 20- Jesus JGL, Campos CMS, Scagliusi FB, et al. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. Saúde em Debate 2022;46(132): 175–187. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213212>.
- 21- Oliveira JH, Souza MR, Neto OLM. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. Epidemiol Serv Saude. 2020;29(5):e2020121. DOI:10.1590/S1679-49742020000500016.
- 22- Barros RD, Andrade JASV, Melo HC, et al. Distribuição geográfica e fatores associados com a produtividade de médicos e enfermeiros na atenção primária brasileira. Ciênc Saúde Colet. 2025;30(7):e11452024. DOI:10.1590/1413-81232025307.11452024.
- 23- Oliveira TFV, Bortolini GA, Carmo AS, et al. Fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com obesidade no contexto da pandemia de COVID-19: o caso do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2023;28(12):3673-3685. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.19522022>.

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

- 24- Zhou Y, Yang Q, Chi J, *et al.* Comorbidities and the risk of severe or fatal outcomes associated with coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis.* 2020; 99:47-56. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.07.029
- 25- Bolfarine H. Elementos de amostragem. Blucher, 2005.
- 26- Lopes MS, Freitas PP, Carvalho MCR, *et al.* Is the management of obesity in primary health care appropriate in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2021; 37: e00051620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00051620>.
- 27- Mariani KA, Reis RS, Martins KA, *et al.* Organização, gestão e cuidado nutricional de pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde. *Rev.APS.* 2024; 27:e272441770. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2024.v27.41770>.
- 28- Ahamed SM, Krishnan A, Shafique K, *et al.* Delivering non-communicable disease services through primary health care in selected south Asian countries: are health systems prepared?. *Lancet Glob Health* 2024; 12: e1706–19. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00118-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00118-9).
- 29- Pérez-Ferrer C, Auchincloss AH, de Menezes MC, *et al.* The food environment in Latin America: a systematic review with a focus on environments relevant to obesity and related chronic diseases. *Public Health Nutr.* 2019;22(18):3447-3464. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980019002891>.
- 30- Backes V, Bairros F, Cafruni CB, *et al.* Ambiente alimentar, renda e obesidade: uma análise multinível de uma realidade das mulheres no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(8):e00144618. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144618>.
- 31- Jordan MC, Burgoine T. Associações entre segregação econômica racializada e ambientes de varejo de alimentos nos Estados Unidos: um estudo observacional transversal. *Applied Geography.* 2025;184:103748. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2025.103748>.
- 32- Singh S, Kaul M, Rawandale CJ. Uma análise da prontidão dos serviços de saúde para doenças não transmissíveis em 8 países de baixo custo de baixo custo na era da cobertura universal de saúde. *Perspectiva de promotor de saúde.* 30 de dezembro de 2024; 14(4):343-349. DOI: 10.34172/hpp.43175.
- 33- Parretti HM, Erskine SE, Coulman KD. A review of obesity management in primary care. *Clin Obes.* 2025;e70040. DOI: <https://doi.org/10.1111/cob.70040>.
- 34- Magalhães CG, Machado VC, Ceccim RG, *et al.* Obesidade, educação e mudança: deslocamentos dos sentidos e significados para profissionais de saúde da atenção básica. *Cien Saude Colet* 2025; 30:e013120. DOI: 10.1590/1413-812320242911.01312023
- 35- Holtrop JS, Connelly L, Gomes R, *et al.* Models for delivering weight management in primary care: qualitative results from the MOST Obesity Study. *Journal of the American Board of Family Medicine.* 2023 (36);4:603–615. DOI: 10.3122/jabfm.2022.220315R2

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

- 36- Silva RPC, Verfara CMAC, Sampaio HAC, et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: tendência temporal da cobertura e estado nutricional de adultos registrados, 2008-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília. 2022; 31(1):e2021605. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100019>.
- 37- Mourão E, Gallo C de O, Nascimento FA do, Jaime PC. Tendência temporal da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre crianças menores de 5 anos da região Norte do Brasil, 2008-2017. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):e2019377. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200026>
- 38- Mrejen M, Cruz MV, Rosa L. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como ferramenta de monitoramento do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(1):e00169622. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT169622>
- 39- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Produto interno bruto dos municípios 2021. Acessado: 04 de dezembro de 2025.
- 40- Cruz MJB, Santos AF, Macieira C, et al. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. *Cad. Saúde Pública*. 2022; 38(2):e00088121. DOI: 10.1590/0102-311X00088121.
- 41- Soares C, Ramos M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. *Saúde debate*. 2020;44(126):708–24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609>

Submetido em: 16/11/2024

Aceito em: 26/1/2026

Publicado em: 28/4/2026

**SOBREPESO E OBESIDADE NO ESTADO DE GOIÁS/BRASIL:
ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Contribuições dos autores
<p>Karine Alves Mariani: Conceituação, curadoria de dados, análise formal, redação do manuscrito original – primeira redação.</p> <p>Jacqueline Gomes Ravange: Conceituação e curadoria de dados.</p> <p>Bibiana Arantes Moraes: Análise formal, revisão e edição.</p> <p>Karine Anusca Martins: Análise formal, revisão e edição.</p> <p>Maria do Rosário Gondim Peixoto: Conceituação, curadoria de dados, análise formal, supervisão, revisão e edição.</p> <p>Lara Livia Santos da Silva: Conceituação, curadoria de dados, análise formal, supervisão, revisão e edição.</p>
Todos os autores aprovaram a versão final do texto.
<p>Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.</p> <p>Financiamento: Não possui financiamento</p>
<p>Autor correspondente: Lara Livia Santos da Silva Universidade Federal de Goiás – UFG Faculdade de Nutrição. Rua 227 Qd. 68 s/nº, Setor Leste Universitário. Goiânia - Goiás – Brasil - CEP: 74605-080 laraliviasantos@gmail.com</p>
<p>Editora: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz</p>

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

