

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

BRUNA RAFAELA FAUSTINO DANTAS

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ESTADO
NUTRICIONAL: análise longitudinal da população de um
município do semiárido Paraibano, 2011-2019

Cuité - PB

2022

BRUNA RAFAELA FAUSTINO DANTAS

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ESTADO NUTRICIONAL: análise longitudinal da população de um município do semiárido Paraibano, 2011-2019

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Poliana de Araújo Palmeira

Cuité - PB

2022

D192e Dantas, Bruna Rafaela Faustino.

Estratégia saúde da família e estado nutricional: análise longitudinal da população de um município do Semiárido Paraibano, 2011-2019. / Bruna Rafaela Faustino Dantas. - Cuité, 2022.

43 f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2022.

"Orientação: Profa. Dra. Poliana de Araújo Palmeira".

Referências.

1. Obesidade. 2. Sobrepeso. 3. Estado nutricional. 4. Insegurança alimentar. 5. População - análise longitudinal. 6. Saúde da família obesidade - estratégia. 7. Saúde da família - sobrepeso - estratégia I. Palmeira, Poliana de Araújo. II. Título.

CDU 616-008.874.9(043)

BRUNA RAFAELA FAUSTINO DANTAS

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ESTADO NUTRICIONAL: análise longitudinal da população de um município do semiárido Paraibano, 2011-2019

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição e Saúde Coletiva.

Aprovado em 15 de março de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Poliana de Araújo Palmeira
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Prof. Ms. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Ms. Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos
Examinadora

Cuité - PB

2022

Aos meus familiares, especialmente meus pais, Cosma e Maurício, meus irmãos Miedson, Marcelo, Jodinaldo e Mauricio Jr., minhas avós Adelvina e Nina. E a todos aqueles que de alguma forma fizeram parte dessa trajetória.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por toda a proteção e bençãos. Em segundo lugar aos meu pais Cosma e Maurício, obrigada por acreditarem em mim e por terem embarcado nessa jornada comigo. Sou grata demais por tudo que vocês fizeram, e ainda fazem, para que eu tivesse a oportunidade de seguir esse sonho. Que eu consiga retribuir um dia tudo o que vocês merecem. Amo vocês incondicionalmente.

A minha família, que são muitos, meus irmãos, tias, tios, primas, primos, e minhas avós, também aos meus amigos, obrigada pela compreensão na ausência e por todo o carinho, afeto, torcida e principalmente por vibrarem junto a mim por essa conquista.

A todas as meninas que dividi espaço na residência universitária, as meninas que dividi o quarto 02, Danielly Nayara, Danielle Nunes e Ana Maria. Em especial a Namaria e Wilma, vocês foram um presente lindo, obrigada por me receberem tão bem, amo vocês, saudades dos nossos lanches noturnos.

Aos colegas que esse curso me presenteou, obrigada por toda partilha, estresses, risadas e cafezinhos. Nessa jornada alguns se tornaram mais distantes e outros mais próximos, então agradeço muito pelo carinho daqueles que até hoje se fazem presente de alguma forma, Tayane Alves, David Bruno, Emerson Souto, Roseane Souza e Suerlândio Neto.

Um agradecimento ainda mais especial a Patrícia Araújo e Douglas Domingos. Vocês sabem o quanto sou grata pela amizade e companheirismo nesses anos, as circunstâncias nos separaram fisicamente, mais acabamos nos fortalecendo e nos apoiando. Amo vocês.

À minha orientadora, Poliana Palmeira, não apenas por esse trabalho, mas principalmente por ter aberto as portas do Núcleo Penso para mim. Sem dúvida as experiências que esse grupo me proporcionou me enriqueceram muito, tanto como futura profissional, mas também como pessoa. Estendo esse agradecimento a todos que fazem parte do Núcleo Penso, assim como Bia Venâncio e Vanille Pessoa, que além de serem do grupo, me ensinaram tanto, ainda aceitaram fazer parte da minha banca.

Aos mestres que contribuíram durante toda a minha formação profissional, transmitindo seus conhecimentos, vivências e amor pela nutrição. Vocês são inspiração! Em especial a professora Marília Frazão, a quem me acolheu como aluna e monitora, além de inspiração profissional, é um ser humano maravilhoso.

À Universidade Federal de Campina Grande, campus de Cuité, sou extremamente grata por cada servidor, colaborador, terceirizado que proporcionaram um ambiente de aprendizado transformador e acolhedor, com oportunidade para o desenvolvimento pessoal e profissional no ensino, pesquisa e extensão. Gratidão!

Àqueles com quem dividi muitos sorrisos, algumas lágrimas, descobertas e experiências diversas. Muito obrigada, meus colegas e amigos.

Meus mais sinceros agradecimentos!

DANTAS, B. R. F. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ESTADO NUTRICIONAL: análise longitudinal da população de um município do semiárido Paraibano, 2011-2019.

2022, 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2022.

RESUMO

A prevalência de sobrepeso e obesidade aumenta gradativamente a cada ano, em todo o mundo. Tem havido mudanças nos hábitos alimentares da população, que podem afetar diretamente a saúde, incluindo o estado nutricional (EN). No Brasil, a Atenção Básica, tendo à frente a Estratégia Saúde da Família (ESF), é o lugar que deve priorizar esse cuidado, visto que organiza e ampara o usuário, estando mais próxima da comunidade e sendo a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Este estudo teve o objetivo de analisar o EN dos indivíduos de um município do semiárido Paraibano, segundo as condições de acesso à ESF. Para o referido trabalho foi realizado um estudo longitudinal, do tipo coorte prospectiva, com o intuito de verificar as variações de peso e classificação do EN de indivíduos adultos ao longo do período de 2011 a 2019, no município de Cuité PB. Através de um questionário, foram coletados dados para a caracterização sociodemográfica, insegurança alimentar, dados antropométricos para classificação do EN e sobre acesso a ESF, de 214 indivíduos. Foram descritas as prevalências e a evolução do EN no tempo. Como resultado observou-se que houve redução no acesso a ESF entre 2011 e 2019, especialmente entre os moradores da área urbana (-18,6%) e das famílias classificadas em segurança alimentar (-17,9%). Quanto ao EN, verificou-se aumento nas prevalências de excesso de peso (2011: 49,1%; 2014: 52,3%; 2019: 60,2%), principalmente entre os indivíduos que não acessaram a ESF, e regressão do EN entre aqueles que acessaram. Conclui-se que, entre os indivíduos estudados, houve diminuição no acesso a ESF, assim como regressão de peso entre os que acessaram a ESF, ao mesmo tempo em que aumentou o excesso de peso, especialmente entre os que não acessaram a estratégia. Sabe-se que há uma alta cobertura da ESF, porém essa não garante o acesso. Assim, é de suma importância que a estratégia seja fortalecida, e que cuidados nutricionais, para os indivíduos com sobrepeso e obesidade, sejam implementados e realizados.

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica à Saúde; Estado Nutricional; Estudo Longitudinal;

ABSTRACT

The prevalence of overweight and obesity increases gradually each year, worldwide. There have been changes in the population's eating habits, which can directly affect health, including nutritional status (NS). In Brazil, Primary Care, with the Family Health Strategy (FHS) at the forefront, is the place that should prioritize this care, since it organizes and supports the user, being closer to the community and being the gateway to the Unified System of Health. This study aimed to analyze the NS of individuals in a municipality in the semi-arid region of Paraíba, according to the conditions of access to the FHS. For this work, a longitudinal study, of the prospective cohort type, was carried out, in order to verify the variations in weight and NS classification of adult individuals over the period from 2011 to 2019, in the municipality of Cuité-PB. Through a questionnaire, data were collected for the sociodemographic characterization, food insecurity, anthropometric data for the classification of SN and on access to FHS, from 214 individuals. The prevalence and evolution of SN over time were described. As a result, there was a reduction in access to FHS between 2011 and 2019, especially among residents of urban areas (-18.6%) and families classified as food security (-17.9%). As for SN, there was an increase in the prevalence of overweight (2011: 49.1%; 2014: 52.3%; 2019: 60.2%), mainly among individuals who did not access the FHS, and regression of the SN among those who accessed. It is concluded that, among the individuals studied, there was a decrease in access to the FHS, as well as a regression in weight among those who accessed the FHS, at the same time that excess weight increased, especially among those who did not access the strategy. It is known that there is a high coverage of the FHS, but this does not guarantee the access. Thus, it is extremely important that the strategy be strengthened, and that nutritional care for overweight and obese individuals be implemented and carried out.

Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; Nutritional Status; Longitudinal Study.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos indivíduos residentes no município de Cuité, Paraíba, nos anos de 2011 – 2019.....	24
Tabela 2 –	Sexo, condições socioeconômicas, insegurança alimentar e estado nutricional segundo o acesso a Estratégia de Saúde da Família, Cuité, Paraíba, 2011-2019.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CES	Centro de Educação e Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EN	Estado Nutricional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAO	Food and Agriculture Organization
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IA	Insegurança Alimentar
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PB	Paraíba
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAN	Segurança Alimentar Nutricional
SISVAN	Sistema De Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	15
3.2 CUIDADO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	16
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	19
4.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL DE REALIZAÇÃO.....	19
4.2 DESENHO DO ESTUDO.....	19
4.3 COLETA DOS DADOS.....	20
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	21
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	22
5 RESULTADOS.....	23
6 DISCUSSÃO.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXO.....	38
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	39
ANEXO B – MÓDULOS DO QUESTIONÁRIO – SANCUITÉ 2019.....	40
ANEXO C – MÓDULO DO QUESTIONÁRIO – SANCUITÉ 2014.....	43

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito de todos os cidadãos previsto na Constituição Federal de 1988, tendo o Estado dever de garanti-lo por meio de políticas públicas que objetivem diminuição do risco de doenças, e possibilitando acesso a ações e serviços de forma universal e igualitária a toda população. Esse marco abriu caminho para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo com a proposta de cobertura universal, para melhorar o estado de saúde de uma população já marcada por um sistema de desigualdades no acesso aos cuidados em saúde, (BRASIL, 1988; CASTRO *et al.*, 2019).

A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada para o Sistema SUS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente chamada de Programa Saúde da Família, essa estratégia foi adotada em 1994, com o intuito de organizar a AB do país, e vem se consolidando desde então, tendo a cobertura nacional passado de 53,01% (dezembro de 2010) para 63,62% (dezembro de 2020), alcançando mais de 133 milhões de brasileiros (BRASIL, 2020a).

É inegável como o acesso à saúde por meio do SUS aumentou com a implementação da ESF, e com isso houveram alterações positivas nos indicadores de saúde da população brasileira, como a ampliação da cobertura pré-natal, diminuição das taxas de mortalidade infantil, gastos hospitalares e internações por razões pertinentes a AB (DA SILVA *et al.*, 2017). Concomitante a esses avanços, também se observou nas últimas décadas um processo de transição epidemiológica, marcada pelo aumento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias crônicas, entre outras. As DCNTs são responsáveis por um grande número de óbitos no Brasil. Em 2019, foram registrados 54,7% de mortes causadas por essas doenças e 11,5% por seus agravos (GOTTLIEB, 2021; BRASIL, 2020b).

Assim, o cuidado com os fatores de risco para DCNT é um importante desafio para o SUS, entre esses fatores de risco está o Estado Nutricional (EN) da população, que vem sendo caracterizado pela mudança nos hábitos de vida, onde se percebe um maior consumo de alimentos industrializados e bebidas alcoólicas juntamente com uma diminuição na ingestão de alimentos *in natura*, tudo isso associados a inatividade física (BRASIL, 2020c). Ao mesmo tempo que esses hábitos vêm mudando, as taxas de sobrepeso e obesidade estão aumentando, segundo o relatório da *Food and Agriculture Organization* (FAO), publicado em 2020, a projeção para 2030 é que continue a aumentar e não apenas no Brasil.

Isso demonstra como é essencial o cuidado com pessoas com sobrepeso e obesidade, e o cuidado nutricional para esse público na AB é uma prioridade e se organiza a partir de uma linha de cuidado que estabelece um acordo entre os pontos de atenção (nas redes primária, secundária e terciária), com a finalidade de amparar o usuário com excesso de peso no SUS. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) também possui um papel importante nesse quesito pois é uma ferramenta valiosa no suporte de ações de promoção da saúde, ao coletar informações importantes para cumprimento da vigilância nutricional. (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2011).

Assim sendo, considerando a importância da ESF para o cuidado em saúde na AB e que o aumento de sobrepeso e obesidade podem impactar na saúde da população, o objetivo deste estudo é analisar o EN dos indivíduos de um município do Semiárido Paraibano, com base em dados longitudinais coletados nos anos 2011, 2014 e 2019 segundo condições de acesso à ESF.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a evolução do Estado Nutricional em relação aos dados antropométricos, de indivíduos adultos/idosos, segundo condições de acesso à Estratégia da Saúde da Família, em uma coorte no município de Cuité, nos anos 2011, 2014 e 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico dos entrevistados;
- ✓ Caracterizar o acesso dos indivíduos a ESF;
- ✓ Caracterizar o estado nutricional dos indivíduos pesquisados em 2011, 2014 e 2019;
- ✓ Avaliar a relação entre acesso ESF e estado nutricional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF), foi implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde, com o nome de Programa Saúde da Família (PSF), com o intuito de reorientar o modelo assistencial de saúde do Brasil, por meio reorganização da Atenção Básica (AB), com uma concepção de saúde voltada para promoção da qualidade de vida, e não mais a assistência centrada somente na doença (PSF, 2000).

Com o passar dos anos, o PSF foi expandindo e se tornando a estratégia prioritária para reorganização da AB, mas como não possuía data de finalização, e o termo “programa” possui uma ideia de começo, meio e fim, o PSF passou a ser definido como ESF. Tendo em vista essa expansão, o Ministério da Saúde publicou, em 28 de março de 2006, a Portaria N°648/GM, aprovando a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), consolidando a expansão da ESF (BRASIL, 2006; SOUZA, *et al.*, 2010; PINTO *et al.*, 2018).

A PNAB foi atualizada duas vezes, em 2011 e 2017, tendo como uma de suas responsabilidades “apoiar e estimular a adoção da ESF como estratégia preferencial de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica” (BRASIL, 2017b), consta as especificidades, deixando claro que a ESF favorece o redirecionamento do processo de trabalho, aumentando a resolutividade e impacto na saúde dos usuários. A política também especifica como devem ser as equipes saúde da família, que deve ser multiprofissional, contendo no mínimo médico e enfermeiro generalistas ou que possuam especialidade na área de saúde da família e comunidade, auxiliar técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser acrescentado profissionais da saúde bucal. O número dessas equipes vai variar de acordo com a quantidade de pessoas e o grau de vulnerabilidade das famílias do território.

Cada profissional possui atribuições que vão de acordo com suas categorias, mas a política deixa explícito atribuições em comum para todos os profissionais da AB, incluindo a equipe ESF: participar da territorialização e mapeamento, assim identificando aqueles expostos a riscos e vulnerabilidade, notificando doenças e agravos; manter cadastro das famílias atualizado, podendo utilizar esses dados para análise da situação de saúde; realizar o cuidado em saúde, dando prioridade ao local da unidade básica de saúde, mas também em domicílio e locais comunitários; realizar reuniões de equipes para discutir e planejar ações; realizar ações

de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, podendo ser de forma interdisciplinar e ou equipe, individualmente ou coletivamente, buscando a participação da comunidade, levando em consideração as necessidades locais, estabelecendo vínculos com a comunidade, e devendo acompanhar e avaliar essas ações; manter o cuidado com o usuário mesmo quando este necessita de outros pontos de atenção; e participar de atividades de educação permanente (BRASIL, 2012).

As práticas em saúde eram descontextualizadas da realidade dos usuários, pois eram abordadas individualmente, levando em consideração apenas uma doença instalada. Com a proposta da ESF, as equipes devem trabalhar como uma assistência humanizada que possa atender as singularidades do território. São essas equipes que possuem proximidade com os usuários, conhecem suas famílias e qual é a realidade do local, o que se entende, facilita o desenvolvimento das ações de promoção de saúde (GOMES et al., 2016; BRITO *et al.*, 2017).

Uma equipe multiprofissional possibilita organizar o trabalho para melhor atender as diferentes demandas da população. Porém, deve-se ressaltar que quando pensando na área de cuidado nutricional, segurança alimentar e ações de alimentação e nutrição na agenda da AB, como apoio e proteção ao aleitamento materno, VAN e SISVAN, programas como de suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A, entre outros, o nutricionista, profissional de saúde capacitado para esse trabalho, não é incluso na equipe mínima da ESF. Assim, questiona-se se a essa equipe mínima conseguirá ofertar um cuidado integral para a população (RECINE *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2020).

Assim, percebe-se a importância de uma equipe multiprofissional, com profissionais com uma formação adequada, que acreditem na estratégia e usem as ferramentas disponíveis, como também apoio da gestão, para desta forma fortalecer a AB e proporcionar a população um cuidado adequado e humanizado.

3.2 CUIDADO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O perfil nutricional de uma população é impactado pelos hábitos alimentares, não apenas em relação a presença ou falta de alimentos, mas a qualidade do que é consumido. De acordo com o relatório lançado em 2020 pela FAO, todas as regiões do mundo demonstram aumento na prevalência de adultos com obesidade desde 2012, como também o aumento no

consumo de alimentos com alto teor de açúcar e gordura presentes nos alimentos ultraprocessados. Confirmando o exposto, o relatório de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2019, mostra que no Brasil além dos índices de sobrepeso/obesidade e consumo de industrializados, o consumo de álcool, baixo consumo de frutas e hortaliças e pessoas com diabetes também aumentou.

Estudos que avaliaram o EN da população, corroboram com esses relatórios. O estudo de Melo *et al.* (2020), realizado com adultos de 20 a 59 anos em Recife-PE, apresentou que mais de 70% dos entrevistados estavam com excesso de peso, em escalas de sobrepeso, obesidade e obesidade grave, sendo sua maioria do sexo feminino. No trabalho de De Abreu *et al.* (2018) realizado com os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) referentes a adultos atendidos na AB em Salvador-BA, foi visto que no período de 2008 a 2017, o sobrepeso foi a categoria com maior prevalência. Gottlieb e Winter (2021), ao analisarem o EN de usuários da ESF no município do Vale do Paranhana-RS, constataram que a maioria dos adultos estavam classificados com sobrepeso e obesidade, com também relataram tendência ao consumo de ultraprocessados.

Esses indicadores mostram que essas mudanças causam impacto na saúde pública, necessitando de atenção para essas pessoas. Nesse sentido, a Organização da Atenção Nutricional, primeira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criada em 1999, tem o intuito de diagnosticar a situação alimentar e nutricional da população, tendo a AB a posição de organizadora e ordenadora desse cuidado integral na rede de atenção à saúde (RAS). Esse diagnóstico pode ser feito através da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), outra diretriz da PNAN (BRASIL, 2013b).

A VAN tem o objetivo de analisar a situação de saúde da população, e deve estar inserida no dia-a-dia das equipes da AB. Nesse âmbito, os profissionais realizam avaliações nutricionais, antropométricas e de consumo alimentar da população, que devem ser inseridas nos sistemas de informações, como o SISVAN. A partir desses dados os profissionais poderão monitorar o EN e o padrão alimentar dos usuários, e assim, com uma visão mais apurada dos seus territórios, e poderão traçar ações adequadas de promoção da alimentação adequada e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2015).

Para auxiliar nesse cuidado, o ministério da saúde lançou estratégias voltados para essa demanda. A Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, é uma estratégia que define a organização dos serviços e as ações desenvolvidas, estabelecendo um elo entre os pontos de atenção da RAS, a nível primário, secundário e terciário, para assistir o usuário de forma integral (BRASIL, 2014b).

Já em 2011, foi lançado o Programa Academia de Saúde, que se configura como ponto de atenção na RAS, e possui o intuito de complementar o cuidado integral e fortalecer as ações de promoção de saúde, como também a articulação com a ESF e o apoio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008; BRASIL, 2018).

O NASF foi criado em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da AB, trabalhando de forma integrada com ESF. Também contando com uma equipe multiprofissional, porém mais diversa que a da ESF, podendo ser inclusa a categoria nutricionista. Em 2017, com as mudanças na PNAB, a permanência do núcleo nos municípios ficou a critério da gestão, enfraquecendo assim o seu objetivo e a sua força na AB (BRASIL, 2008).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL DE REALIZAÇÃO

Trata-se de um estudo longitudinal, do tipo descritivo, pois se dispõe a estudar as variações de uma mesma amostra/coorte/população ao longo de um período de tempo (MEDRONHO, 2019).

A população deste estudo é composta por indivíduos residentes das zonas urbana e rural do município de Cuité-PB, localizado no seminário nordestino. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010 o município possuía 19.978 habitantes, possuindo extensão territorial de 733,818km² (BRASIL, 2021a). Desde 2011 o município conta com 9 equipes saúde da família, alcançando uma cobertura na AB de 100% (BRASIL, 2020a).

4.2 DESENHO DO ESTUDO

A amostra deste estudo é proveniente da pesquisa científica intitulada “Segurança Alimentar e Nutricional em município de pequeno porte: uma análise longitudinal das políticas públicas e da situação de insegurança alimentar da população”, realizada no município de Cuité/PB nos anos de 2011, 2014 e 2019.

No *baseline* (2011) foi calculada uma amostra representativa da região urbana e rural do município, para obtenção do tamanho da amostra foi utilizado a técnica de Amostragem Aleatória Estratificada, dividindo o território em duas áreas, zona urbana e zona rural. A partir dos dados do censo demográfico de 2010, onde constava o total de 5869 domicílios, sendo 3955 na zona urbana e 1914 na zona rural, a partir desse dado obteve-se uma amostra de 360 domicílios, e foi utilizado erro amostral máximo de 5%, com nível de confiança de 95%. O sorteio dos domicílios ocorreu de forma aleatória, na zona urbana com base no registro do imposto predial e territorial urbano (IPTU), enquanto na zona rural através de mapeamento das áreas, identificando as regiões povoadas. Foram pesquisadas 358 famílias no período de maio a julho de 2011.

Nas segunda e terceira etapas, o trabalho de campo envolveu retornar aos domicílios pesquisados anteriormente. A segunda etapa foi realizada entre maio a agosto de 2014, alcançando 301 indivíduos e a terceira etapa entre julho a dezembro de 2019, totalizando 225

indivíduos. Em relação as perdas, estas se deram por endereços não encontrados ou que mudaram de cidade/estado, algumas recusas, falecimento ou incapacidade, não visitados por dificuldade em chegar no local. Para esse trabalho foram utilizados apenas os questionários que obtiveram respostas nos três anos de seguimento da pesquisa e que tivessem sido coletados os dados antropométricos (peso e altura), o que resultou em uma amostra de 214.

4.3 COLETA DOS DADOS

Nos três anos da pesquisa, foi utilizado um questionário (ANEXO B e C), com questões relacionadas a condições sociodemográficas; Insegurança Alimentar (IA), através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (BRASIL, 2014a); acesso à ESF, por meio do módulo sobre participação nos programas governamentais em 2011, 2014 e 2019; e foram aferidas medidas antropométricas (medida de peso, altura) de adultos e idosos. Nos três anos da pesquisa, a equipe responsável por fazer a coleta foi composta por discentes do Curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande UFCG, previamente treinados para a aplicação do instrumento e para aferição das medidas antropométricas.

Nas três fases do estudo, o peso foi aferido com o suporte de uma balança digital de vidro ultraSLIM – w903 – WISO, e o entrevistado foi devidamente orientado a ficar descalço, sem objetos em bolsos/bolsas, braços ao lado do corpo, situando-se no centro da balança. Para a altura foi utilizada uma fita métrica fixada em uma parede lisa e sem rodapé, e o entrevistado orientado a ficar descalço, com os calcanhares encostados à parede, sem nenhum tipo de objeto na cabeça que pudesse atrapalhar e olhando para frente (CUPPARI, 2019).

O acesso a ESF foi considerado a partir da **participação/utilização** dos serviços da estratégia. Para coletar sobre esse acesso, na primeira etapa (2011) não foi questionado, então, em 2014 foi adicionado ao questionário uma seção sobre participação em programas do governo, sendo então perguntando se houve participação em ações (grupos, cursos, campanhas ou atendimento) desenvolvidas pela ESF, entre 2011 (abrangendo a primeira etapa, onde não foi questionado) e 2014 (ANEXO C). Já na terceira etapa (2019), foi questionado se a família, nos últimos dois anos, havia acessado a estratégia (ANEXO B).

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Ao final das coletas de dados, os questionários foram digitados através do programa *Microsoft Access*. Após a etapa de digitação, o banco passou por uma limpeza e em seguida foi transferido para o programa STATA 13.0 para análise descritiva e analítica dos dados.

Para análise descritiva das variáveis, foi realizada a caracterização sociodemográfica dos entrevistados da seguinte forma: para sexo (feminino ou masculino), área de moradia (urbana ou rural), escolaridade (Sem escolaridade, ensino fundamental incompleto/completo ou ensino médio/técnico/superior), renda familiar per capita, IA, acesso a ESF e EN, foram utilizadas as prevalências dos três anos da pesquisa, enquanto que para as variáveis de idade, peso e IMC foram estimadas as médias e desvio padrão.

Para a renda familiar mensal per capita utilizou-se os pontos de corte estabelecidos de acordo com o ano da pesquisa (2011:R\$ 140; 2014:R\$ 154; 2019:R\$ 178), categorizando em acima ou abaixo da linha da pobreza. Para IA, foram classificadas em Segurança Alimentar (SA) ou Insegurança Alimentar (IA), de acordo com a EBIA.

Em relação ao EN, foi utilizado o cálculo de IMC, onde o peso é dividido pela altura ao quadrado, considerando os pontos de corte da WHO (2000): Adultos - IMC <18,5 kg/m² baixo peso; IMC ≥18,5 – 24,9kg/m² eutrofia; 25,0 – 29,9kg/m² sobrepeso; e >30,0kg/m²: obesidade. Idosos – IMC ≤22,0kg/m² baixo peso; IMC >22kg/m² e <27,0 kg/m² peso adequado (eutrofia); IMC ≥ 27 kg/m² sobrepeso. Após esse cálculo, o EN foi dividido em 3 categorias: 1. Agrupou-se os classificados em Abaixo do peso e Eutrofia, 2. Sobrepeso e 3. Obesidade.

Foi realizada uma análise bivariada das condições socioeconômicas, IA e EN, segundo o acesso a ESF, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, para verificar se a frequência de uma variável era significativamente diferente.

Para avaliar a evolução do EN no tempo foram estimadas as prevalências de classificação do IMC a partir de subamostras, considerando a classificação do EN no *baseline*. Para isso foram criados dois grupos de análise: Grupo 1- Acessou, quando o cessou a ESF nas três etapas do estudo; e Grupo 2 - Não acessou, quando não acessou a ESF em nenhuma etapa ou acessou em duas ou uma etapa do estudo. Após essa separação foi observado as mudanças no EN em 2014 e 2019, de acordo com a classificação (Abaixo do Peso/Eutrófico, Sobrepeso ou

Obesidade), sendo esses dados apresentados em gráficos de linha, elaborados no software *Microsoft Excel*.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PEQUISA

Ressalta-se que todos os entrevistados foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), antes de responder a qualquer pergunta, aceitando sua participação e futura publicação dos dados, com a garantia de que seria ocultada sua identificação.

Os projetos foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) CAAE: 15713713.0.0000.5182 e CAAE: 0102.0.133.000-1.

5 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos indivíduos estudados, entre 2011 e 2019, dos quais 12,1% são do sexo masculino e 87,8% feminino. Verificou-se maior prevalência de pessoas residentes na área urbana em todos os anos do estudo e a idade média no baseline (2011) foi 45,1 anos, aumentando ao longo tempo. Com relação a escolaridade, observa-se uma diminuição gradativa da proporção de indivíduos classificados em sem escolaridade ao longo do tempo (2011:17,8%; 2014:16,8%; 2019:13,5%), conseqüentemente houve um aumento de indivíduos classificados em ensino fundamental incompleto/completo durante o estudo.

Entre 2011 e 2019, houve a redução na proporção de entrevistados cujas famílias estavam classificadas abaixo da linha da pobreza. Em 2011 esse percentual era de 38,3% (2011) e em 2019 passou para 18,2% (2019), assim, a maioria da população estudada estava acima da linha da pobreza nos três tempos do estudo. Em relação IA na amostra estudada, mais da metade dos indivíduos iniciou o estudo em IA (51,4%), e com o passar dos anos houve uma diminuição para 34,6% em 2019 (Tabela 1).

No que diz respeito ao acesso a ESF, em 2011, 81,8% responderam que acessaram a estratégia, percentual que se manteve em 2014 (81,3) Porém, na etapa seguinte, em 2019, apenas 69,1% referiram acessar, havendo assim uma diminuição de 12,2% do acesso à ESF dentre os indivíduos estudados, entre 2011 e 2019.

Com relação ao EN, a média de peso corporal dos indivíduos estudados foi de 63,8kg em 2011, 65,1kg em 2014 e 65,9kg em 2019, aumentando em 2,1kg entre a primeira e a terceira etapa. No período de oito anos, o IMC médio aumentou progressivamente de 25,8kg/m² em 2011 para 26,4kg/m² em 2014, e então para 27,1kg/m² em 2019. O valor médio de IMC encontrado classificaria os entrevistados com EN de sobrepeso nos três tempos da pesquisa (Tabela 1).

Observou-se uma mudança expressiva no número de eutróficos, mudando gradativamente entre anos, diminuindo em 11,2% entre os anos de 2011 (50,9%) e 2019 (39,7%). Já a proporção de casos com obesidade diminuiu entre 2011 (13,1%) e 2014 (11,7%), porém, mostrou expressiva mudança em 2019 (21%), quando foi registrado um aumento em cerca de 9%.

A tabela 2 compara as características demográficas, sociais e de EN segundo acesso à ESF em 2011, 2014 e 2019. Verificou-se maior acesso à ESF entre as mulheres quando comparado com os homens em 2011 ($p=0,021$). Não foi observado diferença significativa de acesso segundo grupos de escolaridade. Já ao analisar a amostra por área de moradia, percebeu-se que enquanto o acesso na área rural apresentou poucas alterações com o passar dos anos, porém o acesso foi diminuindo na área urbana, apresentando uma diferença mais expressivo ($p=0,022$).

No quesito da renda familiar mensal per capita, constatou-se que, entre os estudados que foram classificados como abaixo da linha da pobreza, houve uma queda em cerca de 20,8% entre 2014 e 2019, apesar desta associação não apresentar significância estatística ($p=0,057$) como mostra a tabela 2. Para o acesso a ESF e IA, no ano de 2019 foi possível observar considerável diferença ($p=0,006$). Já em relação ao EN, não se observou diferença na prevalência de eutrofia, sobrepeso ou obesidade entre os que acessaram ou não a ESF.

A figura 1 apresenta a evolução do EN dos indivíduos a partir do *baseline* segundo o acesso completo (durante as três etapas) ou não (duas ou menos) à ESF nos anos do estudo. No caso dos indivíduos que iniciaram o estudo classificados com o IMC em abaixo do peso/eutrofia, no grupo 1 (acessou à ESF nos três tempos), 31,4% foram classificados com IMC acima do peso (sobrepeso: 25,9% e obesidade: 5,5%) em 2019, enquanto no grupo 2 (não acessou à ESF nos três tempos), 38,1% (sobrepeso: 34,5% e obesidade: 3,6%).

No caso dos indivíduos classificados em sobrepeso no *baseline* (2011), no grupo 1, ao final do estudo 21,6% mudaram a classificação para abaixo do peso/eutrofia e 17,6% para obesidade, no grupo 2, ou seja, que não acessou a ESF, 11,5% e 30,8% passaram a ser classificados em eutrofia e obesidade, respectivamente em 2019. Quanto aqueles que iniciaram o estudo com o IMC em classificação de obesidade (2011), em 2019, nos dois grupos, nenhum indivíduo regressou para abaixo do peso/eutrofia, tendo 21,4% (grupo 1) e 14,3% (grupo 2), foram classificados em sobrepeso.

Tabela 1: Caracterização dos indivíduos residentes no município de Cuité, Paraíba, nos anos de 2011 – 2019 (n=214).

Variáveis	2011		2014		2019	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	26	12,1	-	-	-	-
Feminino	188	87,8	-	-	-	-
Área de moradia						
Urbana	150	70,1	152	71,0	156	72,9
Rural	64	29,9	62	29,0	58	27,1
Idade média (desvio padrão)	45,1 (15,90)		48,1 (15,88)		53,4 (16)	
Escolaridade						
Sem escolaridade	38	17,8	36	16,8	29	13,5
Ensino fundamental incompleto/completo	112	52,3	114	53,2	121	56,5
Ensino médio, Técnico ou superior	64	29,9	64	30,0	64	29,9
Renda familiar mensal per capita						
Abaixo da linha da pobreza	82	38,3	57	26,6	39	18,2
Acima da linha da pobreza	132	61,7	157	73,4	175	81,8
Insegurança Alimentar						
Segurança Alimentar	104	48,6	133	62,1	140	65,4
Insegurança Alimentar	110	51,4	81	37,8	74	34,6
Acesso a ESF						
Não	39	18,2	40	18,7	66	30,8
Sim	175	81,8	174	81,3	148	69,1
Peso médio (desvio padrão)	63,8 (1,33)		65,1 (12,0)		65,9 (12,11)	
IMC médio (desvio padrão)	25,8 (4,02)		26,4 (4,04)		27,1 (4,40)	
Estado nutricional						
Baixo peso/Eutrofia	109	50,9	102	47,7	85	39,7
Sobrepeso	77	36,0	87	40,6	84	39,2
Obesidade	28	13,1	25	11,7	45	21,0

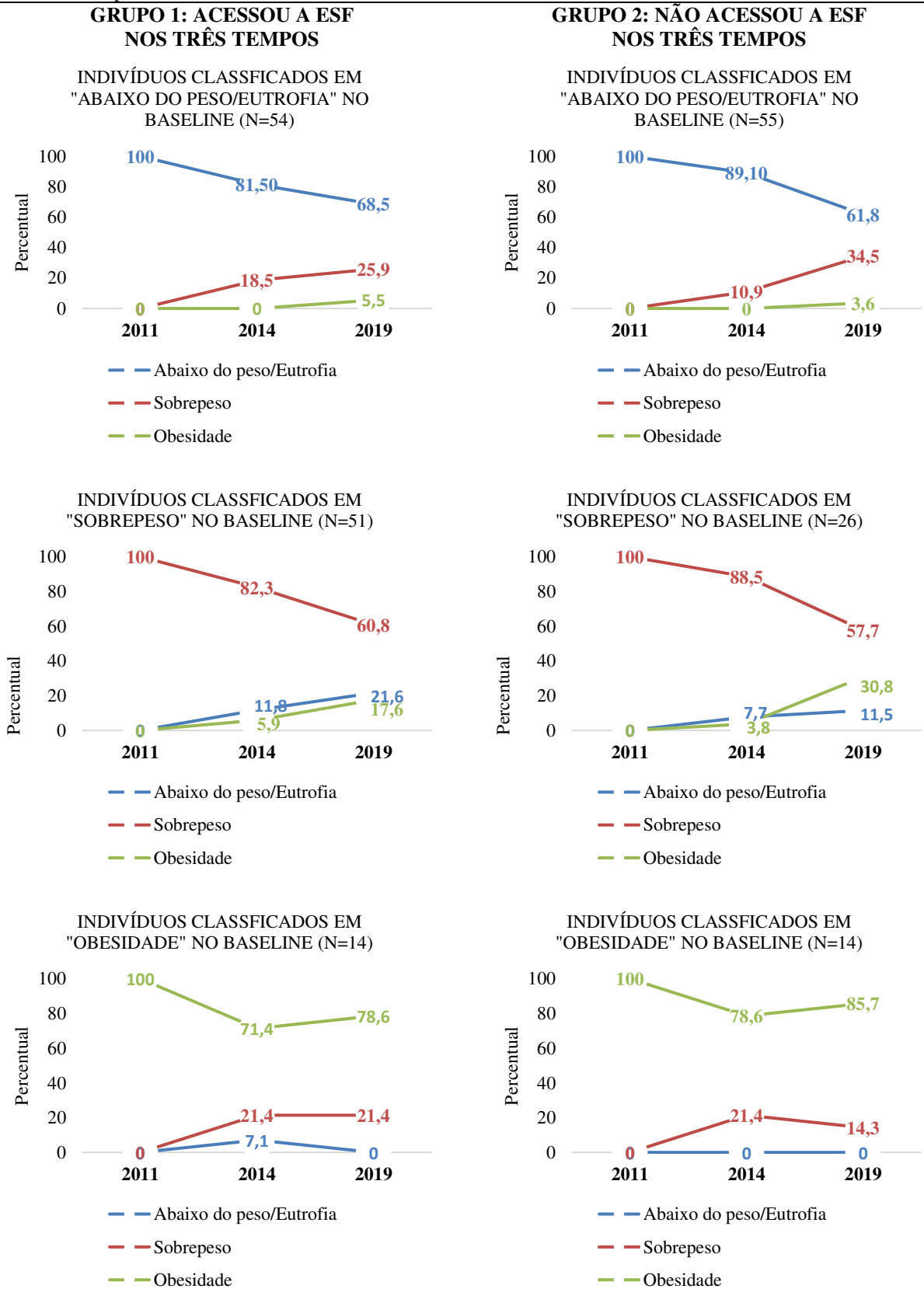
Fonte: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, nos anos de 2011 - 2019.

Tabela 2: Sexo, condições socioeconômicas, insegurança alimentar e estado nutricional segundo o acesso a Estratégia de Saúde da Família, Cuité, Paraíba, 2011-2019.

Variáveis	2011		2014		2019	
	Acesso ESF (%) Sim	Acesso ESF (%) Não	Acesso ESF (%) Sim	Acesso ESF (%) Não	Acesso ESF (%) Sim	Acesso ESF (%) Não
Sexo						
Masculino	65,4	34,6	77,0	23,1	73,1	26,9
Feminino	84,0	16,0	81,9	18,1	68,6	31,4
	p=0,021		p=0,541		p=0,644	
Escolaridade						
Sem escolaridade	78,9	21,0	86,1	13,9	69,0	31,0
Ensino fundamenta incompleto ou completo	81,2	18,7	78,1	21,9	69,4	30,6
Ensino médio, Técnico ou superior	84,4	15,6	84,4	15,6	68,7	31,2
	p=0,773		p=0,421		p=0,995	
Área de Moradia						
Urbana	83,3	16,7	80,9	19,1	64,7	35,3
Rural	78,1	21,9	82,3	17,7	81,0	19,0
	p=0,366		p=0,820		p=0,022	
Renda mensal per capita						
Abaixo da linha da pobreza	82,9	17,1	77,2	22,8	56,4	43,6
Acima da linha da pobreza	81,1	18,9	82,8	17,2	72,0	28,0
	p=0,731		p=0,352		p=0,057	
Insegurança Alimentar						
Segurança Alimentar	80,8	19,2	79,1	20,3	62,9	37,1
Insegurança Alimentar	82,7	17,3	83,9	16,0	81,1	19,0
	p=0,711		p=0,439		p=0,006	
Estado Nutricional						
Baixo peso/Eutrofia	78,9	21,1	78,4	21,6	67,1	33,0
Sobrepeso	87,1	13,0	85,1	15,0	67,9	32,1
Obesidade	78,6	21,4	80,0	20,0	75,6	24,4
	p=0,330		p=0,499		p=0,575	

Fonte: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, nos anos de 2011 - 2019.

Figura 1 - Evolução do estado nutricional a partir do indicador Índice de Massa Corporal, de acordo com o acesso a ESF, no município de Cuité, Paraíba, nos anos de 2011-2019.



Fonte: Dados coletados em Cuité-PB, Brasil, nos anos de 2011 - 2019.

6. DISCUSSÃO

Conforme os resultados apresentados, observou-se uma redução no acesso a ESF ao longo dos anos, especialmente entre moradores da área urbana e de famílias classificadas em Segurança Alimentar (SA), como também aumento na prevalência de indivíduos com IMC classificados acima do peso.

Com relação ao acesso à ESF, Giovanella, *et al.* (2021), ao estudar a cobertura da ESF no Brasil, observaram que a Paraíba está entre os cinco estados com cobertura populacional maior que 80%, sendo o Nordeste a região com maior cobertura (71,1%). Corroborando com esse dado, o relatório da cobertura da AB, apresentou que até dezembro de 2020, a Paraíba alcançou 94,99% de cobertura na ESF (BRASIL, 2020a). No tocante ao acesso, os dados apontaram que no município de Cuité/PB há maior acesso a ESF entre os moradores da área rural, o que corrobora com pesquisas nacionais, que constataram maior cobertura da ESF na região rural (GIOVANELLA, *et al.* 2021).

É de suma importância ressaltar que a alta cobertura não significa que o acesso está acontecendo, visto que a cobertura da ESF é estimada/calculada levando em conta número de equipes ESF e AB, estimativa populacional, para estimar a quantidade de pessoas que podem ser cobertas. Assim, não diz respeito ao número de pessoas que estão de fato acessando a estratégia (BRASIL, 2016).

Franco *et al.* (2021), encontraram que muitas são as razões que podem influenciar o acesso dessa população aos serviços básicos de saúde, desde os aspectos geográficos e dificuldade de locomoção a questões relacionadas a organização da atenção à saúde, como estrutura, força de trabalho e perfil dos profissionais. Assim, para que o acesso se concretize, as equipes da ESF precisam levar em consideração quais as particularidades dos usuários, para que assim, mediante territorialização, sejam criados vínculos e organizadas ações de acordo com as necessidades locais (COSTA *et al.*, 2020).

Outro resultado observado neste estudo foi a redução do acesso à ESF pela população estudada. No trabalho de revisão de Arantes *et al.*, (2016), os autores concluíram que mesmo que a estratégia tenha auxiliado na universalização dos cuidados primários, com foco na família, fortalecendo o acolhimento e o vínculo com os usuários, ainda possui desafios complexos, relacionados não somente a questões financeiras, mas também a formação dos profissionais,

gestão e desenvolvimento de ações intersetoriais. Assim, alta cobertura pela ESF por si só, não garante o acesso, e se não há acesso à AB ou ESF, ou seja, a porta de entrada ao SUS, conseqüentemente não estarão se beneficiando dos outros níveis de atenção (MACINKO et al., 2018).

Esses desafios podem se tornar ainda mais difíceis, pensando nas mudanças no modelo assistencial na PNAB, em 2017. Nela, a equipe ESF deixou de ser a única equipe da AB, havendo abertura para equipes menores, carga horária mínima semanal menor, quando comparada a da ESF, e onde o número de famílias por ACS fica a critério da gestão local (BRASIL, 2017b; DA SILVA, *et al.*, 2021a). De acordo com Morosini *et al.*, (2020), essas mudanças enfraquecem a ESF, ao debilitarem sua estrutura de multidisciplinaridade, de trabalho de base comunitária e o cuidado integral, indo em direção da consolidação do modelo biomédico. Além da ESF, o Nasf sofreu algumas conseqüências, visto que está mais previsto estímulo por parte do ministério da saúde para o núcleo, ficando a cargo da gestão local a manutenção desses profissionais (BRASIL, 2008; DE SOUZA GUIMARÃES, 2020).

Como também observado nesse estudo, o acesso entre os indivíduos classificados em SA diminuiu com o passar dos anos, enquanto entre aqueles classificados em IA, se manteve na faixa dos 80%, apontando a vulnerabilidade e privação no acesso aos alimentos entre os indivíduos usuários da ESF. De acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2017-2018, há no Brasil, 36,7% de domicílios particulares com algum grau de IA. A AB, tendo à frente a ESF, pode e deve articular ações de alimentação e nutrição, promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, de forma integrada com os outros níveis atenção, como também com outros setores, para melhor atender esse público (CONSEA, 2004).

Por outro lado, esse impacto na saúde carrega grandes chances de serem na área nutricional. Como no trabalho de Santos *et al.* (2020), onde ao estudarem 406 famílias residentes de Bayeux/PB e Cabedelo/PB, em áreas abrangidas pela ESF, encontraram que 71,9% apresentavam algum grau de IA, tendo sido identificado prevalência de sobrepeso/obesidade, assim como déficits em estatura e peso.

Outro achado relevante deste estudo é o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso e obesidade na população estudada ao longo do tempo. Esse dado vai de acordo com o que foi encontrado no Brasil, através da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em parceria com o IBGE, onde estimou-se que cerca de 60,3%, ou seja, 96 milhões de pessoas

foram classificadas com excesso de peso e 25,9% (41 milhões) classificadas com obesidade, em 2019 (BRASIL, 2020d).

A PNS também apresenta a evolução do EN dos brasileiros, entre a POF 2002-2003 e a PSN 2019, encontrando que a prevalência de obesidade dobrou para ambos os sexos. No nosso estudo, quando observado a evolução durante os anos da pesquisa, também foi possível identificar esse aumento na prevalência da obesidade, assim como para sobrepeso, especialmente entre os que não acessaram a ESF. Ao mesmo tempo, foi possível observar um maior controle de peso, ou seja, mais indivíduos conseguiram sair da classificação excesso de peso, dessa vez entre aqueles que declararam terem acessado a estratégia durante todo o estudo.

Sabe-se que a AB deve ser a porta de entrada do SUS, estando mais próxima da realidade da comunidade, e assim sendo, além de acolher o usuário, deve também coordenar o cuidado entre os pontos da RAS, incluindo o nutricional. Nesse sentido, em 2013, o Ministério da Saúde estabeleceu a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, como uma das linhas prioritárias da RAS, através da Portaria n° 424. Ainda para auxiliar nesse cuidado, há disponível cadernos de saúde, como o de número 38, que possui o propósito de auxiliar os profissionais da AB no cuidado integral para pessoas com obesidade (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014²c).

Além do que foi citado acima, foram criados alguns programas nessa direção, como o Programa Saúde na Escola, voltado para a formação dos estudantes por meio da promoção de saúde, o Programa Academia de saúde, sendo um ponto de atenção aberto para a comunidade, podendo ser usado pelos profissionais da ESF para ações, a PNAN, que entre seus objetivos estão diagnosticar e a situação alimentar e nutricional, a VAN e a promoção de saúde e alimentação adequada (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018; BRASIL, 2013b) .

Para que esse cuidado adequado/seja possível, é necessário conhecer as necessidades reais da comunidade, uma forma de diagnosticar a situação é pelo monitoramento do EN. Para que isso seja possível há sistemas de informações, como o SISVAN, que disponibiliza formulários de marcadores de consumo alimentar, assim como coleta informações relacionadas ao EN/IMC e histórico de saúde (BRASIL, 2011). Essas informações ficam disponíveis para consulta e podem ser analisadas, como feito por Da Silva *et al.*, (2021b), ao avaliar o EN de mulheres idosas, no Nordeste, através dos dados disponíveis no SISVAN-WEB, onde verificou-se aumento para sobrepeso entre as mulheres, quando comparado a baixo peso e eutrofia, durante o período de 14 meses.

Como demonstrado no trabalho citado anteriormente, a partir dos dados disponíveis, é possível fazer um diagnóstico do local, e assim, montar as ações, de preferência de forma interprofissional, e quando necessário, intersetorial, que promovam saúde, de acordo com a demanda, e quando necessário, encaminhar os indivíduos para os outros serviços da RAS (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2011).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o acesso a Estratégia Saúde da Família e o Estado Nutricional de 214 indivíduos, entre os anos de 2011 a 2019, em uma cidade pequena no semiárido Paraibano, os resultados demonstraram que o acesso a ESF foi diminuindo gradativamente com o passar dos anos, especialmente entre os que residiam na área urbana e foram classificados em segurança alimentar. Já em relação as mudanças no EN, avaliado a partir do IMC, percebeu-se aumento para sobrepeso e obesidade entre os que acessaram ou não a ESF, no entanto, esse dado foi mais expressivo no grupo que não acessou a ESF. Porém, também foi possível observar um maior controle de peso, com mais indivíduos mudando para a classificação de abaixo do peso/eutrofia, no grupo que acessou a estratégia em todas as etapas da pesquisa.

Sabe-se que há atualmente uma alta cobertura populacional no país por parte da ESF, inclusive no estado da Paraíba, onde o trabalho foi realizado, porém a cobertura por si só não tem o poder de garantir o acesso aconteça. A implantação da ESF foi uma peça fundamental para reorganizar a AB no País, reorientando o modelo assistencial de saúde, sendo a estratégia prioritária. Agora, porém, começa a perder forças com as mudanças atuais em relação a equipes da AB. Dessa forma, é importante que a estratégia seja fortalecida, expandida e para isso é necessário investimento, desde as esferas do governo mais altas, dos gestores municipais e até mesmo dos profissionais atuantes.

Em relação ao EN, o aumento da prevalência em excesso de peso, não foi diferente dos dados apresentados no último relatório da FAO, PNS e IBGE sobre o aumento de sobrepeso e obesidade em diversos países, incluindo o Brasil. Dessa forma fica clara a importância do cuidado nutricional integral, e que as políticas como PNAB e PNAN, e programas já existentes sejam colocados em prática.

Trabalhos como esse se fazem importantes pois colaboram com o levantamento e análise de dados estatísticos, e permitem conhecer a realidade dos indivíduos em questão, o que pode auxiliar no fortalecimento da estratégia saúde da família e do cuidado nutricional na AB, que vem sendo desfortalecida com as mudanças atuais.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil, 1988.

BRASIL. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. 2014a. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/acervosocial/estante/escala-brasileira-de-inseguranca-alimentar-ebia-analise-psicometrica-de-uma-dimensao-da-seguranca-alimentar-e-nutricional/>>. Acesso em: 17 de fevereiro, 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades** Cuité-PB, 2021a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cuite/panorama> Acesso: 04-05-2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 8 de 12 de dezembro de 2016. Dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, relativo ao ano de 2017 - 2021. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo – Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: MS; 2014b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União 2013a; 20 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017. **Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 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; 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio a implantação e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 212 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2020a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em: 03-05-2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030.** 2020b.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Brasília, DF: 2020c.

BRASIL. Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020d. 66p.

BRASIL. Portaria n° 2.648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, 2006.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, 2017.

CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CONSEA. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, julho de 2004.

COSTA, Leandro Araujo da et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 36-49, 2020.

CUPPARI, L. **Nutrição clínica no adulto**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2019.

DA SILVA, Everton Nunes; POWELL-JACKSON, Timothy. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000–2014. *BMJ global health*, v. 2, n. 2, p. e000242, 2017.

DA SILVA, Guilherme Carraro Ganem Vieira et al. Desafios da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. **Revista Pró-univerSUS**, v. 12, n. 1, p. 60-65, 2021a.

DA SILVA, Laís Romeica Soares et al. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES IDOSAS RESIDENTES DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL ATRAVÉS DE DADOS DO SISVAN-WEB. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 12, p. 1394-1403, 2021b.

DE ABREU, Érica Tupiniquim Freitas et al. Monitoramento do estado nutricional de adultos atendidos na atenção básica de saúde em salvador–BA. 2018.

DE SOUZA GUIMARÃES, Eliane Martins. Política de Atenção Básica e formação em saúde: exigências frente ao desmonte. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2020.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2020. The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome, FAO.

FERREIRA, Francisco Valdicélio et al. ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **DESAFIOS-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 7, n. 3, p. 158-169, 2020.

FRANCO, Cassiano Mendes; LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Lígia. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

GIOVANELLA, Ligia et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2543-2556, 2021.

GOMES, Mariluci; LUZ, Heloísa Helena Venturi. **A atuação da Estratégia Saúde da Família frente ao sofrimento psíquico**. UNIEDU. 2016.

GOTTLIEB, T.; WINTER, C. Estado nutricional de adultos atendidos em Estratégias de Saúde da Família de um município do Vale do Paranhana – RS. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN**, v. 12, n. 1, p. 88-103, 5 jan. 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. POF 2017-2018: proporção de domicílios com segurança alimentar fica abaixo do resultado de 2004. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia: caderno de exercícios. In: **Epidemiologia: caderno de exercícios**. 2009. p. 125-125.

MELO, Silvia Pereira da Silva de Carvalho et al. Sobrepeso, obesidade e fatores associados aos adultos em uma área urbana carente do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200036, 2020.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

PEREIRA, Marlus Henrique Queiroz et al. Segurança Alimentar e Nutricional e fatores associados em municípios baianos de diferentes portes populacionais. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 26, p. e019022-e019022, 2019.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF). **Informes Técnicos Institucionais. Departamento de Atenção Básica**. Secretaria de Políticas de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, 2000.

RECINE, Elisabetta; CARVALHO, M. F.; LEÃO, M. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas**, 2015.

SANTOS, Eduarda Emanuela Silva dos et al. Insegurança alimentar e nutricional de famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família em dois municípios paraibanos, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1607-1617, 2020.

SANTOS, Lídia Viegas Tenório da Silva; CÁCERES, Larissa de Azevedo; PEGOLO, Giovana Eliza. Insegurança Alimentar, consumo de alimentos e estado nutricional de mulheres de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Interações (Campo Grande)**, v. 20, p. 831-844, 2019.

SOUZA, Rodolpho Fernandes de; ABRAHÃO, Ana Lúcia. **Reflexão sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família (ESF)**. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Waist circumference and waist–hip ratio: report of a consultation. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: World Health Organization, 2011.

ANEXO

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ETAPA 2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE NÚCLEO DE
PESQUISA E ESTUDOS EM NUTRIÇÃO E SAÚDE COLETIVA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é _____ e gostaria de conversar com o(a) senhor(a) sobre uma pesquisa que estamos fazendo pela UFPA. Em 2011 visitamos 358 domicílios do município de Cuité, inclusive o da sua família, onde fizemos um conjunto de perguntas sobre a condição de vida do Sr (a) e dos demais moradores do domicílio. Em 2014 visitamos novamente essa casa. Com o objetivo de acompanhar as condições de vida da população de Cuité, estamos dando continuidade a pesquisa “Segurança Alimentar e Nutricional em município de pequeno porte: uma análise longitudinal das políticas públicas e da situação de insegurança alimentar da população”.

Os resultados destas pesquisas ajudaram a apresentar como vivem, se alimentam, quais as condições de saúde da população do semiárido nordestino, e mostraram a importância das políticas públicas de agricultura, assistência social, educação e saúde para a melhor qualidade de vida da população, cuja vulnerabilidade ainda permanece marcante, apesar da nítida melhora nos últimos anos.

Caso concorde novamente em participar da pesquisa será realizada uma entrevista com o (a) senhor(a), onde serão perguntados fatos relacionados com a sua vida atualmente, além de perguntas sobre consumo alimentar e qualidade de vida. Em 2011 e 2014, aferimos o peso e a altura de um indivíduo, caso este, ainda faça parte da família, voltaremos a pesá-lo e a medi-lo.

Nossa finalidade única é obter informações sobre mudanças nas condições de saúde e alimentação da população de Cuité e a participação do(a) senhor(a) e da sua família não implica em nenhum benefício material como o recebimento de doações de alimentos ou a inclusão em programas governamentais.

O (a) senhor(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa e se não participar isto não vai lhe trazer prejuízo ou riscos para a sua saúde. O(a) senhor(a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e por qualquer motivo. Porém, se o(a) senhor(a) aceitar ser entrevistado(a), o resultado dessa pesquisa vai ser muito importante para que se avalie a evolução da situação de vida, alimentação e nutrição da população de Cuité, assim sua participação poderá ajudar na orientação de políticas públicas e ações no município de Cuité.

Nós garantimos que apenas os pesquisadores vão ter conhecimento das informações que o(a) senhor(a) nos der. Os resultados deste trabalho deverão ser divulgados em revistas científicas, mas com a garantia de que, em nenhuma circunstância, os entrevistados poderão vir a ser identificados.

Se todas as suas dúvidas foram esclarecidas, pedimos o seu consentimento para incluir o(a) senhor(a) como participante da pesquisa. Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo, pode entrar em contato com a coordenadora da pesquisa.

Prof. Poliana Palmeira: 33721960/ 996815781 **Email:**

palmeira.poliana@gmail.com

Identificação da pesquisa no Comitê de Ética: CAAE:

0102.0.133.000-1CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa
com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545

Responsável pela Pesquisa

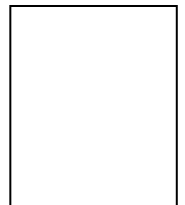
Prof. Dra. Poliana de Araújo Palmeira

Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Educação e Saúde /Unidade Acadêmica de Saúde/ Curso de Graduação em Nutrição Tel: (83) 3372-1960/ 3372- 1900

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA

Eu _____,
concordo em colaborar com a realização da pesquisa intitulada **Segurança Alimentar e Nutricional em município de pequeno porte: uma análise longitudinal das políticas públicas e da situação de insegurança alimentar da população** nos termos acima descritos.

_____, de _____ de 2019.



Assinatura do entrevistador

Assinatura do(a) entrevistada

ANEXO B – MÓDULOS DO QUESTIONÁRIO UTILIZADOS NESTE TRABALHO – SANCUITÉ ETAPA 2019

MÓDULO 1. INFORMAÇÕES INICIAIS

10. Entrevistador: _____		11 N° QUEST: _____		12 Data ____ / ____ / ____	
13. A família pesquisada em 2014 foi encontrada? 1 <input type="checkbox"/> Sim, no mesmo domicílio (seguir para I8)		2 <input type="checkbox"/> Sim, mas mudou de endereço			
VERIFICAR SE É NECESSÁRIA A ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO					
14. Bairro _____		15. Área: 1 <input type="checkbox"/> Urbano 2 <input type="checkbox"/> Rural			
16. Endereço _____					
16a. Ponto de referência: _____					
17. Qual motivo da(s) mudança(s)? _____					
18. (Preenchido pelo entrevistador) Considerando o trecho da rua do domicílio pesquisado, a rua é? 1 <input type="checkbox"/> Asfaltada/pavimentada 2 <input type="checkbox"/> Terra/Cascalho					
19. No ano de 2014 esta família RESIDIA em um domicílio (buscar informação no questionário de 2014) _____ e atualmente?					
1 <input type="checkbox"/> Próprio (a), já pago		2 <input type="checkbox"/> Próprio (a), ainda pagando		3 <input type="checkbox"/> Alugado (a)	
4 <input type="checkbox"/> Aluguel social		5 <input type="checkbox"/> Cedido(a) ou emprestado(a)		6 <input type="checkbox"/> Outra situação. 19a Esp: _____	
1 <input type="checkbox"/> Alvenaria acabada		2 <input type="checkbox"/> Alvenaria inacabada		3 <input type="checkbox"/> Taipa revestida	
4 <input type="checkbox"/> Taipa não revestida		5 <input type="checkbox"/> Madeira		6 <input type="checkbox"/> Outra situação 110a Esp: _____	
111. No ano de 2014 contamos na residência desta família _____ CÔMODOS e atualmente? Quantidade: _____			112. No ano de 2014 contamos na residência desta família _____ CÔMODOS PARA DORMIR e atualmente? Quantidade: _____		
113. No ano de 2014 esta família residia em uma casa com ESGOTAMENTO do tipo _____ e atualmente? (Pode marcar mais de uma alternativa)					
1 <input type="checkbox"/> Rede pública coletora de esgoto		2 <input type="checkbox"/> Fossa séptica		3 <input type="checkbox"/> Fossa negra ou rudimentar	
4 <input type="checkbox"/> Esgoto a céu aberto		5 <input type="checkbox"/> Não tem		6 <input type="checkbox"/> Outra situação 113a Esp: _____	
114. No ano de 2011 (não foi perguntado em 2014) o destino dado ao LIXO da família era _____ e atualmente? (Pode marcar mais de uma alternativa)					
1 <input type="checkbox"/> Coletado pela prefeitura/ empresa		2 <input type="checkbox"/> Queimado ou enterrado na propriedade		3 <input type="checkbox"/> Jogado/ queimado em terreno baldio ou local próximo a casa	
4 <input type="checkbox"/> Outra situação 113a Esp: _____					
115. No ano de 2014 nesta família a ORIGEM DA ÁGUA utilizada era _____ e atualmente? (Pode marcar mais de uma alternativa)					
1 <input type="checkbox"/> Rede pública		2 <input type="checkbox"/> Cisterna na própria casa, 1152a Se sim qual o tipo? <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Caçadão		3 <input type="checkbox"/> Poço artesiano na própria casa	
4 <input type="checkbox"/> Poço coletivo/pago		5 <input type="checkbox"/> Busca água fora 114a Esp: _____			
116. No ano de 2014 a DISPONIBILIDADE DE ÁGUA para esta família era _____ e atualmente? 1 <input type="checkbox"/> Sim, tem água diariamente e sem restrição			116. Tem DISPONIBILIDADE DE ÁGUA para COZINHAR/BEBER (Doce) diariamente? 1 <input type="checkbox"/> Sim, tem água diariamente e sem restrição		
2 <input type="checkbox"/> Sim, tem água diariamente, porém com uso controlado			2 <input type="checkbox"/> Sim, tem água diariamente, porém com uso controlado		
0 <input type="checkbox"/> Não tem água diariamente			0 <input type="checkbox"/> Não tem água diariamente		
117a. No ano de 2014 contamos na residência desta família _____ MORADORES. Atualmente quantas pessoas moram aqui? Quantidade: _____		117b. No ano de 2014 contamos na residência desta família _____ CRIANÇAS/ADOLESCENTES, atualmente quantas moram aqui? Quantidade: _____		118. Alguma gestante reside no domicílio? 1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não	

MÓDULO 3: ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR

S. NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO: _____

(O ENTREVISTADOR DEVE NOMEAR OS ÚLTIMOS 3 MESES PARA SITUAR MELHOR O ENTREVISTADO)

S1. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a **PREOCUPAÇÃO** de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S2. Nos últimos três meses, os alimentos **ACABARAM** antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S3. Nos últimos três meses, os moradores desse domicílio ficaram **SEM DINHEIRO** para ter uma alimentação **SAUDÁVEL E VARIADA**?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S4. Nos últimos três meses os moradores deste domicílio comeram apenas **ALGUNS POUÇOS** tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

Se o entrevistado respondeu NÃO em todas as questões encerrar o módulo

S5. Nos últimos três meses, algum morador de **18 ANOS OU MAIS de idade** **DEIXOU DE FAZER** alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S6. Nos últimos três meses, algum morador de **18 ANOS OU MAIS de idade**, alguma vez **COMEU MENOS** do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S7. Nos últimos três meses, algum morador de **18 ANOS OU MAIS de idade**, alguma vez **SENTIU FOME**, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S8. Nos últimos três meses, algum morador de **18 ANOS OU MAIS de idade**, alguma vez fez apenas **UMA REFEIÇÃO** ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

Se no domicílio não tem crianças ou adolescentes: PULAR PARA A QUESTÃO S15

S9. Nos últimos três meses, algum morador com **menos de 18 anos de idade**, alguma vez, **DEIXOU DE TER** uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S10. Nos últimos três meses, algum morador com **menos de 18 anos de idade**, alguma vez, **NÃO COMEU QUANTIDADE SUFICIENTE** de comida, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S11. Nos últimos três meses, alguma vez, foi **DIMINUÍDA A QUANTIDADE** de alimentos das refeições de algum morador com **menos de 18 anos de idade**, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S12. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com **menos de 18 anos de idade** **DEIXOU DE FAZER** alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S13. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com **menos de 18 anos de idade** **SENTIU FOME**, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

S14. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com **menos de 18 anos de idade** **FEZ APENAS UMA REFEIÇÃO** ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 Sim 0 Não 99 NR/NS

MÓDULO 6: PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS E AÇÕES GOVERNAMENTAIS RELACIONADAS COM SAN

P. NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO: _____

Em 2014, perguntamos sobre programas governamentais que a família teve acesso/participou. Nos últimos dois anos, peço que se lembre como foi o seu acesso aos programas de governo.		Nos últimos dois anos (2018-2019)?
Acesso universal	P1. Buscou água gratuita no chafariz (Acesso à água dessalinizada)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS
	P2. Pegou medicamentos gratuitos na Farmácia Popular/ Básica ou SUS?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS
	P3. Alguém do domicílio precisou ser acompanhado pelo Programa Melhor em Casa ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS
	P4. Utilizou os serviços do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS
	P5. Utilizou os serviços do Centro Especializado de Referência da Assistência Social (CREAS) ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS
	P6. Utilizou os serviços do Estratégia da Saúde da Família ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS
	P7. Utilizou a academia da saúde (praça do sisal e da caixa d'água)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS

MÓDULO 7: CONSUMO DE ALIMENTOS

C. COLOCAR O NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO: _____

C1 MESMO ENTREVISTADO? 1 Sim, em 2011 e 2014 2 Sim, apenas 2014 0 Não

C2. Peso: _____	C3. Altura: _____
C4a. Cintura: _____	C4b. Quadril: _____

C5 Nos últimos três meses o seu hábito alimentar (consumo de alimentos) mudou radicalmente?

1 Sim 0 Não 99 NS/NR

Aferição da cintura-quadril:

-Posicionar o entrevistado de braços cruzados e pés juntos

-Diminuir 1 cm da medida a quando roupa dificultar a aferição.

ANEXO C – MÓDULO DE PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DO GOVERNO – SANQUITÉ ETAPA 2014

MÓDULO 8: PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS E AÇÕES VOLTADAS A SAN - P. NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO: _____

Participou de ações promovidas por	2011			2012			2013			2014		
	Tipo de participação?			Tipo de participação?			Tipo de participação?			Tipo de participação?		
P27a CRAS	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS		
P27b CREAS	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS		
P27c Serviço de convivência (Idoso)	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS		
P27d Serviço de convivência (Adolesc.)	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS		
P27e Serviço de convivência (Criança)	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS		
P27f Estratégia Saúde da Família	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS			1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não 99 <input type="checkbox"/> NS		
	(1) Grupos			(2) Cursos			(3) Ações educativas/campanhas			(4) Atendimento		