

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**O trabalho intersectorial na prevenção da obesidade
infantil: reflexões sobre uma intervenção educativa
baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira**

Isabela Fernandes Pereira

**Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de
Conclusão Curso II – 0060029, como requisito
parcial para a graduação no Curso de Nutrição da
FSP/USP.**

Orientador(a): Profª Drª Cláudia Raulino Tramontt

São Paulo
2023

O trabalho intersetorial na prevenção da obesidade infantil: reflexões sobre uma intervenção educativa baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira

Isabela Fernandes Pereira

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão Curso II – 0060029, como requisito parcial para a graduação no Curso de Nutrição da FSP/USP.

Orientador(a): Profª Drª Cláudia Raulino Tramontt

São Paulo

2023



O conteúdo deste trabalho é publicado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional – CC BY 4.0

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Cláudia, pela parceria e auxílio na construção deste trabalho, e à Larissa e Carla, que compuseram a banca examinadora, pelas valiosas contribuições.

A todas(os) as(os) nutricionistas que contribuíram para minha formação - de modo especial, à Renata Bressan e à Patrícia Cruz, da Liga de Obesidade Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP -, pela partilha de conhecimentos e vivências e por me inspirarem a ser uma profissional comprometida com a integralidade do cuidado.

À minha família, em especial à minha mãe (Cássia), ao meu pai (Julio Cesar), à minha irmã (Manuela), à minha avó (Maria Cleide) e ao meu avô (José), por terem me ensinado a sonhar - e por me darem segurança para que eu pudesse conquistar os meus sonhos -, por me criarem em meio aos livros e me ensinarem a importância da perseverança, e, especialmente, por serem os meus maiores incentivadores e referenciais de amor, afeto e cuidado.

Ao Lucas, meu companheiro de vida, por sempre me lembrar da minha força e por não soltar a minha mão em nenhum momento nos últimos anos (mesmo estando parte deles do outro lado do Oceano Atlântico); obrigada por me ensinar o verdadeiro significado de parceria e lealdade, e me fazer perceber que a vida é bem melhor quando partilhada.

Às minhas amigas Letícia, Beatriz, Erika e Marhya Júlia, por sempre torcerem por mim.

Aos meus queridos vizinhos (Larissa, Joana e Wilson), cuja generosidade contribuiu para que o sonho de estudar em uma Universidade Pública fosse possível.

Ao meu querido grupo (Luana, Harim, Thais e Renata), com quem tive o imenso prazer de caminhar durante a graduação, pelos momentos de partilha, apoio e incentivo. E também à Gabriela e à Iasmin, por serem as melhores “duplinhas” que eu poderia ter encontrado.

Àqueles que não estão mais aqui, mas que permanecem vivos em meu coração; em especial, à estrelinha mais bonita do céu, minha avó Fátima, que tanto sonhou com esse momento e hoje certamente o celebra na eternidade.

Por fim, ao Deus de amor, que cumpriu sua promessa: “eis que não deixarei essa obra inacabada” (cf. Fl 1:6).

A Ele toda honra e toda glória para sempre!

“É necessário estar ciente de que a educação, junto com a nutrição, está presente em todas as ações profissionais nas quais se busca, enfim, melhorar a vida das pessoas, melhorando a sua relação com a alimentação. [...] É por meio desse olhar cuidadoso e multidisciplinar que as ações de educação em nutrição devem ser concebidas e desenvolvidas.”

Maria Cristina Faber Boog

Pereira IF. O trabalho intersetorial na prevenção da obesidade infantil: reflexões sobre uma intervenção educativa baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira [Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Graduação em Nutrição]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2023.

Resumo

Tendo em vista a necessidade de práticas profissionais intersetoriais para conter o avanço da obesidade, o presente estudo tem como objetivo avaliar a variação nos indicadores de impacto de uma intervenção educativa de prevenção à obesidade infantil baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), realizada no município de Campinas (SP). Trata-se da análise de dados derivados de um estudo controlado, realizado com profissionais de saúde, educação e assistência social, divididos em grupo intervenção (GI) e grupo controle (GC). O GI recebeu uma oficina de 16 horas sobre o conteúdo do GAPB e formas de implementá-lo em estratégias de prevenção da obesidade infantil. Os desfechos investigados foram a variação no conhecimento, autoeficácia (AE) e eficácia coletiva (EC) dos profissionais, mensurados por meio de escalas autoaplicáveis validadas, aplicadas de modo virtual e com intervalo de um mês: ao início e ao término da intervenção educativa. Para cada escala foi gerado um escore, que variou de 0 a 21 pontos para conhecimento e de 0 a 36 pontos para AE e EC. Ainda, como desfecho distal, foi verificada a variação na cobertura dos índices “altura para idade” e “IMC para idade” de crianças de 2 a 5 anos, acompanhadas nos Distritos de Saúde Noroeste (DSN) e Sudoeste (DSS) do município de Campinas - regiões de atuação do GI e GC, respectivamente -, no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). A percepção de AE dos profissionais do GI foi o indicador com maior variação ao longo do tempo (6,07 pontos; $p < 0,001$), seguida pela EC (4,33 pontos; $p = 0,025$), com aumento de 31,3 e 25,6%, respectivamente. Não houve variação significativa nos desfechos investigados no GC, bem como no conhecimento dos profissionais do GI. Os indicadores do SISVAN tiveram um aumento na cobertura de 120,39% no DSN e 89,09% no DSS, mas o padrão de distribuição do número de crianças nos indicadores não apresentou grandes mudanças. A intervenção educativa demonstrou ser eficaz no aumento da percepção de AE e EC dos profissionais para promoverem ações de EAN que sejam orientadas pelo GAPB e direcionadas à prevenção da obesidade infantil. Assim sugere-se que sejam investidos esforços na capacitação e qualificação de trabalhadores(as) de diferentes categorias profissionais quanto ao conteúdo e formas de implementação do GAPB.

Palavras-chave: Obesidade infantil; Intervenção educativa; Intersetorialidade.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 GERAL.....	9
2.2. ESPECÍFICOS.....	9
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
3.1 DELINEAMENTO DO PROJETO.....	10
3.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	10
3.3 INDICADORES DE IMPACTO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....	11
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	13
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	14
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSSÃO.....	18
6. CONCLUSÕES.....	24
7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma enfermidade crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo que acarreta prejuízos à saúde do indivíduo, dada sua relação com complicações metabólicas como aumento da pressão arterial, dislipidemias e resistência insulínica (WHO, 2000). Diversos estudos apontam uma tendência ascendente na prevalência de excesso de peso, incluindo sobrepeso e obesidade, entre adultos nas últimas décadas no Brasil (MALTA et al., 2014). O mesmo pode ser observado entre crianças e adolescentes: entre 1986 e 2006 houve um aumento de 160% na prevalência relativa de excesso de peso em pré-escolares, o que simboliza um incremento de 9,4% ao ano (SILVEIRA et al., 2014).

A Pesquisa Nacional de Saúde 2019 estimou que 19,4% dos adolescentes com idade entre 15 e 17 anos - cerca de 1,8 milhão de pessoas - possuem excesso de peso; para a obesidade, a prevalência é de 6,7%. (BRASIL, 2020). Dados do Ministério da Saúde do mesmo ano apontam que a obesidade afeta 13,2% das crianças brasileiras com idade entre 5 e 9 anos acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para as menores de 5 anos o índice de sobrepeso é de 14,8%, sendo que 7% já apresentam obesidade (BRASIL, 2021). A obesidade infantil é um problema grave, visto que o excesso de peso em crianças e adolescentes pode estar relacionado ao aparecimento de complicações respiratórias, osteoarticulares, cardiovasculares e psicológicas, bem como maior chance de obesidade, morte prematura e incapacidade na vida adulta (WHO, 2021), o que gera sobrecarga do sistema de saúde, tendo em vista os altos custos relacionados ao tratamento do agravo e suas repercussões (BRASIL, 2022b).

A epidemia de obesidade é um fenômeno global com múltiplos fatores determinantes, dentre os quais destacam-se a diminuição da prática de atividade física e o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados (WHO, 2021), os quais possuem a composição nutricional desbalanceada, com alta densidade calórica e grandes quantidades de açúcar livre, sódio e gordura, e modos de produção, distribuição, comercialização e consumo que afetam negativamente a cultura, a vida social e o meio ambiente (BRASIL, 2014). Estudo com dados provenientes da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 mostrou associação significativa entre o consumo de alimentos ultraprocessados e obesidade em todas as idades. De acordo com o mesmo estudo, indivíduos pertencentes ao quartil da população que mais consome alimentos ultraprocessados possuem 37,4% mais chances de serem pessoas com

obesidade, quando comparados ao quartil dos que menos consomem (CANELLA et al., 2014).

Desse modo, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, redefiniu as diretrizes para o manejo do excesso de peso na Atenção Primária à Saúde (APS), destacando, enquanto atribuição dos componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com doenças crônicas, a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de sobrepeso e obesidade de forma intersetorial, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física (BRASIL, 2013a). O Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes da Organização Pan-Americana de Saúde, publicado em 2014, também reconhece a importância de ações intersetoriais para conter a epidemia de obesidade (OPAS, 2014). A Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde corrobora com os documentos citados, apontando que, “diante da complexidade dos determinantes do processo saúde-doença, a prática colaborativa entre trabalhadores(as) de diferentes categorias profissionais é cada vez mais requerida para tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral” (BRASIL, 2022a, p. 12). Assim, ressalta-se que, apesar da concepção histórica de que os cuidados relativos à alimentação e nutrição sejam campo de prática exclusivo do nutricionista, as ações de promoção da alimentação adequada e saudável devem englobar outras categorias profissionais. Para tanto, é necessário a qualificação dos profissionais para atuarem na agenda de alimentação e nutrição do SUS, como indicado pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), por meio de sua diretriz “Qualificação da Força de Trabalho” (BRASIL, 2013b).

O presente projeto propõe-se a analisar a variação no conhecimento e na percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais atuantes em equipes intersetoriais, após uma intervenção educativa baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira. Ademais, visa investigar a variação no registro dos indicadores do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para o monitoramento do estado nutricional de crianças de 2 a 5 anos acompanhadas nos serviços de saúde de atuação desses profissionais. O projeto insere-se na fase I “Capacitação de equipes de saúde e educação sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira e planejamento intersetorial de ações de prevenção da obesidade infantil” do projeto matriz “Ações Intersetoriais de Prevenção à Obesidade Infantil: uma intervenção comunitária municipal”, um ensaio controlado comunitário voltado para a prevenção da obesidade infantil no âmbito da APS.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a variação dos indicadores de impacto de uma intervenção educativa intersectorial de prevenção à obesidade infantil realizada no município de Campinas (SP).

2.2. ESPECÍFICOS

- Avaliar a variação no conhecimento de profissionais de equipes intersectoriais em relação ao Guia Alimentar para a População Brasileira;
- Avaliar a variação na percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de equipes intersectoriais para desenvolverem ações de alimentação e nutrição com base no Guia Alimentar para a População Brasileira;
- Verificar a variação no registro dos indicadores do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para o monitoramento do estado nutricional de crianças de 2 a 5 anos acompanhadas nos serviços de saúde de Campinas (SP).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO PROJETO

O presente projeto integra o projeto matriz “Ações intersetoriais de prevenção à obesidade infantil: uma intervenção comunitária municipal”, que tem como objetivo o desenvolvimento, implementação e avaliação do impacto de uma intervenção comunitária intersetorial direcionada à prevenção da obesidade infantil no âmbito da APS. O projeto matriz, planejado para ser implementado em três fases - descritas brevemente a seguir -, baseia-se na abordagem educacional infantil de Reggio Emilia e possui como referencial técnico-teórico na área de alimentação e nutrição o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) (BRASIL, 2014).

- Fase I: Captação e qualificação de equipes de saúde, educação e assistência social quanto ao conteúdo e maneiras de implementar em suas rotinas de trabalho o Guia Alimentar para a População Brasileira;
- Fase II: Implementação de ações intersetoriais para a promoção de mudanças no ambiente alimentar;
- Fase III: Promoção da articulação intersetorial de ações de prevenção da obesidade infantil e avaliação das mudanças no monitoramento do estado nutricional.

O presente projeto consiste na análise de dados derivados da coleta realizada na fase I.

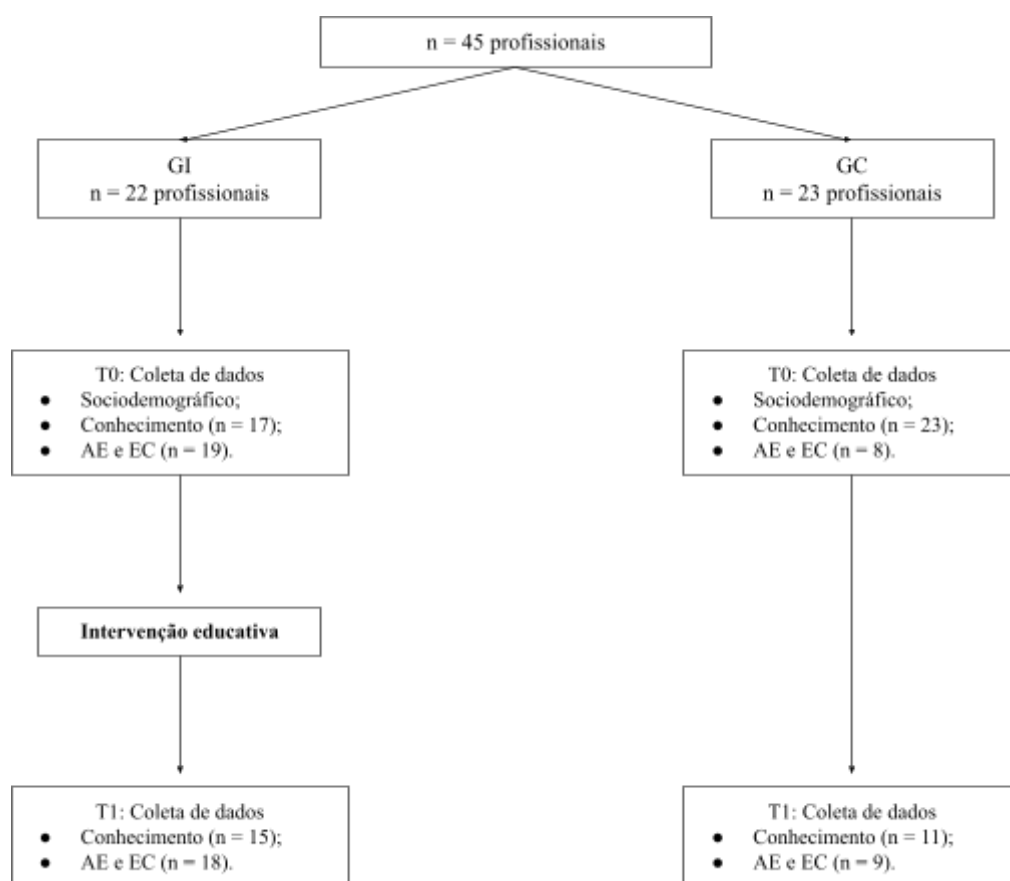
3.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Compuseram o estudo profissionais de saúde, educação e assistência social que atuam no município de Campinas (SP), selecionados mediante cálculo amostral realizado por território de saúde da região metropolitana de Campinas, e divididos em grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI). Os profissionais foram convidados a participar voluntariamente da intervenção educativa, mediante incentivo da gestão municipal.

3.3 INDICADORES DE IMPACTO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

A intervenção educativa foi desenvolvida a partir de um protocolo previamente desenvolvido e validado em três etapas: “a) desenvolvimento do protocolo educativo, b) teste piloto e c) validação de conteúdo” (TRAMONTT, 2020; BRASIL, 2019) e aplicada somente aos participantes do GI; consistiu em uma oficina de 16 horas, dividida em quatro módulos, sendo o primeiro oferecido de forma virtual, por conta da pandemia de Covid-19. As atividades foram orientadas pela perspectiva do diálogo entre os participantes e facilitadores e visavam capacitar os profissionais em relação ao conteúdo do GAPB e formas de implementá-lo em estratégias de prevenção da obesidade infantil, bem como levar os participantes a refletirem sobre suas práticas profissionais no âmbito da intersectorialidade. Os profissionais do GC não apresentaram alterações em suas rotinas durante o período da intervenção (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da intervenção educativa intersectorial de prevenção da obesidade infantil, desenvolvida no município de Campinas (SP). 2022.



O impacto da intervenção foi avaliado em três desfechos proximais: a) o conhecimento dos profissionais sobre o conteúdo do GAPB, b) a autoeficácia (AE) e c) a eficácia coletiva (EC) dos profissionais para desenvolver ações de prevenção à obesidade infantil que sejam orientadas pelo GAPB. Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de um questionário desenvolvido pelo grupo de pesquisa e os desfechos de interesse foram coletados por meio de escalas autoaplicáveis, previamente desenvolvidas e validadas em seis etapas: “a) desenvolvimentos dos itens, b) validação de conteúdo com painel de juízes, c) validação aparente por meio de grupo focal com potenciais usuários da escala, d) reavaliação online da escala pelos participantes das etapas anteriores, e) aplicação online da escala em profissionais de saúde da APS e f) análise fatorial confirmatória para validação do constructo” (REIS, 2019). As escalas foram aplicadas por meio de formulários virtuais independentes, com intervalo de um mês: ao início e ao término da intervenção educativa.

A escala que avaliou o conhecimento consistia em 21 afirmações sobre as recomendações contidas no GAPB, com três opções de resposta: “verdadeiro”, “falso” e “não sei”. Cada afirmação respondida de forma correta dava aos participantes um ponto, gerando um escore de conhecimento que variou de 0 a 21 pontos. Por sua vez, as escalas que avaliaram a autoeficácia e a eficácia coletiva possuíam 12 questões cada, com respostas de quatro pontos na escala Likert, sendo que, para avaliação de AE, as respostas variaram de 0 = “nada confiante” a 3 = “muito confiante” e, para EC, de 0 = “falso” a 3 = “muito verdadeiro”. Para cada uma foi gerado um escore que variou de 0 a 36 pontos. Foram incluídos na análise de cada desfecho os participantes que responderam as escalas autoaplicáveis tanto no início quanto ao término da intervenção. O escore de conhecimento, autoeficácia e eficácia coletiva atribuído aos grupos foi a pontuação média obtida pelos participantes de cada grupo. O quadro 1 apresenta exemplos de questões de conhecimento, autoeficácia e eficácia coletiva.

Ainda, foi verificada a variação na cobertura dos índices “altura para idade” e “IMC para idade” de crianças de 2 a 5 anos, acompanhadas pelos serviços de saúde do município de Campinas, no SISVAN, compreendida como indicador distal. Para tanto, foram utilizados os dados referentes a janeiro e abril de 2022, que representam, respectivamente, os meses antes e após a intervenção educativa ser realizada, disponíveis nos relatórios de acesso público do SISVAN Web. Para os filtros “região de cobertura”, “sexo”, “raça/cor”, “acompanhamentos registrados”, “povo e comunidade” e “escolaridade” foi utilizado a opção “todos(as)”. Os relatórios foram gerados por Estabelecimento de Saúde e foram selecionados os referentes aos Distritos de Saúde Noroeste e Sudoeste, que correspondem às regiões de atuação dos profissionais do GI e do GC, respectivamente.

Quadro 1. Exemplos de questões sobre conhecimento, autoeficácia e eficácia coletiva utilizadas nas escalas autoaplicáveis.

Questão	Pontuação
Conhecimento Alimentos in natura ou minimamente processados devem constituir a base para uma alimentação saudável.	1 = Verdadeiro 2 = Falso 3 = Não sei
Autoeficácia Eu consigo orientar os usuários do serviço de saúde a combinar alimentos na forma de refeições saudáveis.	0 = Nada confiante 1 = Um pouco confiante 2 = Confiante 3 = Muito confiante
Eficácia coletiva A minha equipe é capaz de orientar os usuários do serviço de saúde a combinar alimentos na forma de refeições saudáveis.	0 = Falso 1 = Às vezes verdadeiro 2 = Verdadeiro 3 = Muito verdadeiro

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

As análises estatísticas foram realizadas usando o *software* Stata SE 14.1. Os questionários receberam dupla digitação para confirmação dos dados. Para a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo foi feita uma análise descritiva, por meio de medidas de tendência central e dispersão, sendo as variáveis qualitativas descritas por frequência. Para as escalas autoaplicáveis foram analisadas a média, o intervalo de confiança de 95% e a variação entre os resultados obtidos antes (T0) e após (T1) a intervenção educativa.

Para as análises de comparação entre os grupos, foram utilizados: os testes exato de Fisher ou Qui-quadrado para as variáveis categóricas; o teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas sem distribuição normal; e o teste t de Student para as variáveis contínuas que apresentaram distribuição normal. A distribuição foi avaliada por meio do teste de

Shapiro Wilk e histogramas. O teste t pareado foi utilizado para análises intragrupo em T0 e T1. A significância estatística aceita foi $p < 0,05$.

Para os indicadores do SISVAN verificou-se a frequência e variação da cobertura nos meses que antecederam (janeiro) e sucederam (abril) a intervenção.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto matriz foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), sob o parecer nº 4.578.866 e obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), na chamada nº 27/2020 (Eixo I - Estratégias efetivas na Atenção Primária À Saúde). Todos os participantes que concordaram em participar do estudo foram previamente informados em relação aos objetivos e à natureza da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), seguindo as normas estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/2012, que regulamenta a pesquisa em seres humanos.

4. RESULTADOS

As características dos grupos incluídos no estudo são apresentadas na Tabela 1. Os grupos não diferiram quanto à composição profissional e sexo dos participantes. Em cada grupo, 14 participantes relataram possuir conhecimento prévio sobre o GAPB. O GI apresentou mais profissionais que utilizavam o GAPB em suas práticas profissionais (45,45%), quando comparado ao GC (30,44%); contudo, a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,073$). Ressalta-se que cinco participantes do GI, que representam 22,73% da amostra, não responderam às questões referentes ao conhecimento prévio do GAPB e utilização do documento em suas práticas profissionais.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes, segundo o grupo de alocação no estudo ($n = 45$). Campinas, 2022.

(continua)			
	Grupo		p
	Controle n (%)	Intervenção n (%)	
Sexo			
M	2 (8.70)	2 (9.09)	0.679*
F	21 (91.30)	20 (90.91)	
Formação profissional			
Odontologia	1 (4.35)	0 (0.00)	0.151*
Nutrição	1 (4.35)	6 (27.28)	
Pedagogia	5 (4.35)	5 (22.73)	
Enfermagem	8 (34.78)	2 (9.09)	
Medicina	4 (17.39)	4 (18.20)	
Psicologia	2 (8.70)	1 (4.54)	
Sociologia	0 (0.00)	1 (4.54)	
Serviço social	0 (0.00)	1 (4.54)	
Terapia ocupacional	0 (0.00)	1 (4.54)	
Outro	2 (8.70)	1 (4.54)	
Você tinha conhecimento prévio do Guia Alimentar para a População Brasileira?			
Sim	14 (60.87)	14 (82.35)	0.132*
Não	9 (39.13)	3 (17.65)	

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes, segundo o grupo de alocação no estudo (n = 45). Campinas, 2022.

(conclusão)			
Você utiliza o Guia Alimentar para a População Brasileira na sua prática profissional?			
Sim	7 (30.44)	10 (58.82)	0.073*
Não	16 (69.56)	7 (41.18)	
	Média (DP)	Média (DP)	
Idade (em anos)	46.00 (9.41)	39.73 (7.30)	0.008**
Tempo de formação profissional (em anos)	20.96 (9.37)	14.50 (7.52)	0.028***
Tempo de trabalho na área (em anos)	16.65 (11.35)	5.45 (6.27)	< 0.001***

*Teste exato de Fisher ou Qui-quadrado; **Teste t de Student; *** Teste de Mann-Whitney.

Responderam os questionários de conhecimento, AE e EC no T1 e no T0, respectivamente, 11, 15 e 15 profissionais do GI e 11, 3 e 3 profissionais do GC. Os resultados com maiores variações ao longo do tempo (Δ), compreendida como T1 - T0, foram referentes à AE, com diferença média de 6,07 pontos ($p < 0,001$), seguida da EC, com diferença média de 4,33 pontos ($p = 0,025$), o que representa um aumento de 31,3 e 25,6%, respectivamente, na percepção de AE e EC dos profissionais que participaram da intervenção educativa. Não houve variação significativa no conhecimento dos profissionais do GI. Para o GC, os desfechos investigados não apresentaram mudanças significativas (Tabela 2).

Tabela 2. Média, intervalo de confiança de 95% e variação na pontuação obtida por profissionais de saúde, educação e assistência nas escalas autoaplicáveis de conhecimento, AE e EC. Campinas, 2022.

	Grupo intervenção				Grupo controle			
	T0	T1	Δ	p	T0	T1	Δ	p
Conhecimento	18.36 (17.04 a 19.68)	18.45 (17.44 a 19.47)	0.09 (-1.48 a 1.66)	0.450	17.64 (16.54 a 18.73)	18.00 (16.84 a 19.16)	0.36 (-1.02 a 1.75)	0.286
Autoeficácia	19.40 (14.19 a 24.61)	25.47 (21.32 a 29.61)	6.07 (3.22 a 8.92)	< 0.001	20.00 (-21.42 a 61.04)	20.00 (-15.83 a 55.83)	0.00 (-12.42 a 12.42)	0.500
Eficácia coletiva	16.93 (11.06 a 22.80)	21.27 (15.79 a 26.74)	4.33 (-0.01 a 8.68)	0.025	16.00 (-14.22 a 46.22)	16.33 (-10.46 a 43.13)	0.33 (-3.46 a 4.13)	0.371

Em relação aos desfechos distais, em janeiro de 2022 foram inseridos 103 registros nos índices “altura para idade” e “IMC para idade” de nove unidades de saúde que compõem o Distrito de Saúde Noroeste (DSN) do município de Campinas, onde atuam os profissionais do GI; o Distrito de Saúde Sudoeste (DSS), região de atuação dos profissionais do GC,

contabilizou 110 registros, provenientes de oito Centros de Saúde. Em abril, houve aumento da coleta de dados para mais uma unidade do DSN e foram contabilizados 227 registros, o que representa um aumento de 120,39%. O DSS manteve a coleta nas oito unidades e contabilizou 208 registros, com aumento de 89,09% (Tabela 3).

Tabela 3. Variação na cobertura dos índices “altura para idade” e “IMC para idade” de crianças de 2 a 5 anos atendidas nos serviços de saúde dos Distritos de Saúde Noroeste e Sudoeste no SISVAN. Campinas, 2022.

Indicador	Distrito de Saúde Noroeste					Distrito de Saúde Sudoeste				
	Janeiro		Abril		Δ	Janeiro		Abril		Δ
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Altura para idade										
Altura muito baixa para idade	1	1.0	4	1.8	3	1	0.9	2	0.9	1
Altura baixa para idade	2	1.9	11	4.8	9	3	2.7	7	3.4	4
Altura adequada para idade	100	97.1	212	93,4	112	106	96.4	199	95.7	93
IMC para idade										
Magreza acentuada	0	0.0	5	2.2	5	2	1.8	1	0.5	-1
Magreza	1	1.0	12	5.3	11	3	2.7	9	4.3	6
Eutrofia	78	75.7	157	69.2	79	71	64.5	148	71.2	77
Risco de sobrepeso	17	16.5	30	13.2	13	19	17.3	30	14.4	11
Sobrepeso	4	3.9	15	6.6	11	9	8.2	11	5.3	2
Obesidade	3	2.9	8	3.5	5	6	5.5	9	4.3	3
Total	103	100.0	227	100.0	124	110	100.0	208	100.0	98

A maioria das crianças de 2 a 5 anos atendidas pelos serviços de saúde foi considerada eutrófica e com altura adequada para idade nos dois meses consultados. A porcentagem de crianças com excesso de peso, que engloba as categorias “sobrepeso” e “obesidade”, teve um aumento de 6,8% para 10,1% no DSN e uma diminuição de 13,7% para 9,6% no DSS no período consultado (Tabela 3).

5. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a variação no conhecimento e na percepção de AE e EC de profissionais de saúde, educação e assistência, após uma intervenção educativa baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira, realizada em Campinas (SP), bem como a variação no registro dos indicadores do SISVAN para o monitoramento do estado nutricional de crianças de 2 a 5 anos acompanhadas nos serviços de saúde de atuação dos profissionais. A intervenção educativa demonstrou-se positiva em melhorar a percepção de AE e EC dos participantes.

TRAMONTT e JAIME (2020) realizaram um estudo semelhante que avaliou a variação dos mesmos indicadores de impacto após uma intervenção educativa com profissionais de saúde atuantes na APS, que demonstrou aumento no conhecimento e autoeficácia dos participantes do GI em 59 e 52,8%, respectivamente. Nenhum efeito foi observado sobre a eficácia coletiva, o que foi atribuído ao fato de que o grupo demonstrou altos níveis desse indicador no início do estudo.

Bandura (citado por REIS e JAIME, 2019) aponta em sua Teoria Social Cognitiva (TSC) que o conhecimento é essencial para que hajam mudanças comportamentais em direção à promoção da saúde, de forma que a ausência de conhecimento posicione os indivíduos em situações em que não há razões para que ocorra uma mudança. Além do conhecimento, a TSC destaca que a percepção de autoeficácia e eficácia coletiva são de suma importância (REIS e JAIME, 2019); estas podem ser compreendidas como a confiança ou crença na capacidade de um indivíduo ou grupo, respectivamente, desenvolver e executar ações necessárias para alcançar determinados resultados ou mudanças (TRAMONTT e JAIME, 2020), sendo entendida, neste estudo, como a capacidade dos profissionais para promover ações de educação alimentar e nutricional que sejam orientadas pelo GAPB e direcionadas à prevenção da obesidade infantil.

A educação alimentar e nutricional (EAN) está no escopo de estratégias relacionadas à promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) e pode ser compreendida, de acordo com o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas, como:

Um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a

indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar (BRASIL, 2012, p. 23).

Enquanto campo de prática intersetorial, a EAN pretende a articulação e corresponsabilização de diferentes setores governamentais para o desenvolvimento de ações que visem a garantia da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2012). Para tanto, é necessário que outras categorias profissionais, além do profissional nutricionista, tenham acesso à qualificação para atuarem na agenda de alimentação e nutrição do SUS, como indicado pela diretriz “Qualificação da Força de Trabalho” da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2013b), por meio de programas de formação e educação continuada que abordem a temática. Frente ao atual cenário epidemiológico do país, ações para o manejo da obesidade são prioritárias.

Considerando que o propósito e o processamento de alimentos relacionam-se à atual epidemia de obesidade, o Brasil tornou-se o primeiro país a adotar em suas diretrizes nacionais de alimentação e nutrição uma classificação de alimentos que baseia-se no nível de processamento (BORTOLINI et al., 2019). Nesse sentido, o Guia Alimentar para a População Brasileira configura-se como uma ferramenta para promoção de práticas alimentares saudáveis e desenvolvimento de ações de prevenção à obesidade infantil, no âmbito individual e coletivo, no setor saúde e em outros setores (BORTOLINI et al., 2019; BRASIL, 2014).

Nenhum efeito da intervenção educativa foi observado sobre o conhecimento dos participantes sobre o GAPB. Um estudo transversal realizado com profissionais da APS demonstrou um percentual de acertos de 65,75% na escala autoaplicável de conhecimento (BUDNIK, 2022). Nota-se que os profissionais do município de Campinas já apresentavam uma pontuação alta na escala: um percentual de acertos igual a 87,43% no GI e de 84% no GC, o que pode ter dificultado a demonstração de efeito sobre esse resultado, visto que a escala é considerada precisa apenas para avaliar profissionais com conhecimento abaixo da média, tendo sua sugestão de uso direcionada ao diagnóstico de profissionais que requerem educação permanente sobre a PAAS (REIS, 2019). O achado também pode ser explicado pelo conhecimento prévio do GAPB relatado pela maioria dos participantes.

Cabe ressaltar que 27,28% do GI era composto por nutricionistas. REIS e JAIME (2019), em estudo de validação de constructo das escalas autoaplicáveis, concluíram que ser nutricionista associou-se a possuir maior conhecimento sobre o GAPB, o que sugere, segundo

as autoras, que nutricionistas sejam os profissionais que mais acessam as recomendações e diretrizes da publicação, de forma autônoma ou por meio de programas de formação que visem a qualificação para desenvolvimento de ações de PAAS. O mesmo não foi observado no GC, composto por apenas um profissional dessa categoria.

Apesar de possuírem um conhecimento elevado sobre o conteúdo do GAPB, os profissionais não demonstravam confiança em suas capacidades e na capacidade de suas equipes para promoverem ações de alimentação e nutrição que fossem orientadas pelo documento, o que apresentou uma melhora significativa no grupo que recebeu a intervenção educativa. O conhecimento sobre o assunto - essencial para que o indivíduo execute com êxito uma ação específica -, por si só, não é capaz de gerar mudanças de comportamento, visto que saber determinado conteúdo não representa a incorporação do mesmo à rotina de trabalho, visto que esta é atravessada por diversos fatores, como volume de informações, tempo disponível e acesso a recursos (TRAMONTT et al., 2023). Em estudo conduzido por TRAMONTT et al. (2023), o conhecimento elevado dos participantes não foi um fator determinante para mudanças efetivas em suas práticas profissionais; contudo, níveis elevados de AE demonstraram estar correlacionados com a adoção de novas práticas. Nesse sentido, os resultados obtidos neste estudo são positivos ao potencializarem a adoção de práticas profissionais que englobem a PAAS.

Compreendida entre os cuidados relativos à alimentação e nutrição, a vigilância alimentar e nutricional (VAN) é definida, de acordo com a PNAN, como uma “descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes” (BRASIL, 2013b, p. 35). O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é responsável por gerenciar as operações da VAN, através do monitoramento do padrão alimentar e estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todos os cursos da vida (BRASIL, 2013b). A intervenção educativa aplicada visava conscientizar sobre a importância da coleta e registro dos dados referentes ao consumo alimentar e estado nutricional das crianças de 2 a 5 anos, com intuito de aumentar a cobertura do SISVAN e qualificar a VAN no município. Os resultados demonstraram aumento no número de registros dos indicadores investigados, o que permite que os profissionais tenham mais informações para o diagnóstico de condições e agravos alimentares e nutricionais, como a obesidade infantil, e para o planejamento de ações que visem à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2013b). No entanto, a expansão foi observada em ambos os Distritos de Saúde, sendo impossível associá-la à intervenção desenvolvida. Destaca-se que o mês que antecede a aplicação da intervenção é janeiro, reconhecido como

um período de férias, o que pode ter contribuído para que o número de registros no sistema nesse mês fosse menor que o habitual e levado a uma percepção errônea de expansão da cobertura nos Distritos.

O padrão de distribuição do número de crianças nos indicadores não apresentou grandes mudanças, mas houve um aumento no percentual de crianças com excesso de peso no DSN. A expansão da cobertura para mais uma unidade do Distrito pode ter favorecido esse resultado. No entanto, evidencia-se que para observar mudanças significativas nos indicadores do estado nutricional das crianças acompanhadas pelos serviços seria necessário um tempo de acompanhamento maior do que o realizado.

A validade dos resultados encontrados é apoiada pelo protocolo utilizado para a aplicação da intervenção educativa e pelo método escolhido para a verificação do conhecimento e da percepção de autoeficácia e eficácia coletiva, ambos desenvolvidos e validados em múltiplas etapas.

Em estudos de intervenção é importante que haja randomização para diminuir as possíveis diferenças, visto que estas podem impactar diretamente os desfechos avaliados (SANTIAGO JUNIOR et al., 2021). Contudo, para este estudo, optou-se por uma abordagem que mimetize as condições encontradas nos serviços de saúde do município de Campinas, de modo que a amostra dos profissionais utilizada foi propositiva. Os grupos demonstraram ser estatisticamente diferentes em relação à idade, tempo de formação e atuação dos profissionais no município de Campinas, o que limita a comparação entre os grupos. Os profissionais do GI eram mais jovens, com menor tempo de formação e atuação em suas áreas, o que pode ter influenciado os resultados referentes à AE e EC.

Outro fator que pode levar ao risco de viés na estimativa do efeito da intervenção são os dados faltantes, que podem ser causados pela perda de seguimento dos participantes da pesquisa ou outras razões (SANTIAGO JUNIOR et al., 2021). A metodologia utilizada favoreceu a ausência de dados, visto que as escalas foram aplicadas por meio de formulários virtuais e independentes, de forma que era possível que os profissionais não respondessem todos eles. Ainda, o tamanho final da amostra é um fator limitante do estudo, pois dificulta a reprodutibilidade e extrapolação dos dados. Ressalta-se que a intervenção educativa foi iniciada no contexto da pandemia de Covid-19, na qual os profissionais de saúde enfrentaram grandes jornadas de trabalho e tiveram alterações drásticas no seu modo de viver (FIOCRUZ, 2021), o que pode ter contribuído para a baixa adesão.

Ademais, a aplicação prévia dos questionários pode ter influenciado de maneira positiva os resultados da segunda aplicação, ao conscientizar os profissionais sobre os temas

investigados, levando-os a buscar informações e discutir os tópicos abordados com mais frequência em suas rotinas, ou ambos (TRAMONTT e JAIME, 2020). Contudo, como o aumento significativo no T1 não foi observado no GC, é possível inferir que os resultados sejam decorrentes da intervenção.

Tendo em vista que a intervenção educativa demonstrou ser positiva ao melhorar a percepção de AE e EC dos participantes, os resultados apontam para a importância da capacitação e qualificação de profissionais atuantes em equipes intersetoriais quanto ao conteúdo e às formas de implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira em ações que visem à prevenção da obesidade infantil. Para tanto, é necessário superar a concepção histórica de que os cuidados relativos à alimentação e nutrição são responsabilidade apenas de nutricionistas, estando eles(as) na equipe de referência ou na equipe de apoio especializado (BRASIL, 2022a).

Ainda que o nutricionista seja o profissional com formação técnica-especializada em alimentação e nutrição, toda equipe precisa “desenvolver capacidade de comunicação sobre alimentação para praticar um diálogo de escuta qualificada e sem julgamentos, sensível às diferentes formas de saberes e práticas, com reconhecimento das singularidades das experiências das pessoas para construção compartilhada de melhores formas de enfrentar dificuldades e sofrimentos relacionados à alimentação” (BRASIL, 2022a, p. 14). A produção de um cuidado integral demanda que os profissionais, além de realizarem ações de seus próprios núcleos, com ferramentas e técnicas específicas, executem ações comuns, nas quais integram-se saberes provenientes de campos distintos, como o da alimentação e nutrição (CAMPOS, 2000; BRASIL, 2022a).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, institui incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), definidas como “equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2023b). As eMulti são classificadas em três modalidades - estratégica, complementar e ampliada -, sendo o nutricionista entendido como categoria profissional fixa em todas elas. Incumbe às equipes o apoio matricial e as práticas intersetoriais.

Para além do setor saúde, o Plano Brasil Sem Fome, lançado pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome em 2023, é um instrumento que visa o enfrentamento das diferentes formas de insegurança alimentar e

nutricional (INSAN), como a obesidade, por meio da garantia do direito humano à alimentação adequada (DHAA). Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN, de 15 de setembro de 2006, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (BRASIL, 2006).

MÜLLER et al. (2005) afirma que "é improvável que intervenções isoladas em uma única área resolvam o problema da obesidade infantil". Nesse panorama, o Plano Brasil Sem Fome baseia-se na integração em nível local entre as unidades do SUS, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) para a identificação, atendimento e encaminhamento das situações de INSAN e engloba entre suas ações e metas: a) a capacitação dos profissionais das redes SUS, SUAS e SISAN para organização da oferta de ações integradas em nível local até o final de 2024; b) a difusão do GAPB e do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos com ações de comunicação em saúde e apoio ao desenvolvimento de práticas de EAN orientadas pela educação popular na APS e c) estratégia intersetorial de prevenção da obesidade (BRASIL, 2023a). Portanto, a intervenção educativa proposta por este estudo está em consonância com as publicações recentes e contribui para que sejam efetivadas.

6. CONCLUSÕES

A intervenção educativa demonstrou ser eficaz no aumento da percepção de AE e EC dos profissionais para promoverem ações de EAN que sejam orientadas pelo GAPB e direcionadas à prevenção da obesidade infantil. Ainda que não possa ser associado à intervenção desenvolvida, também foi verificado o aumento da cobertura de indicadores de monitoramento do estado nutricional de crianças de 2 a 5 anos no SISVAN, o que permite que os profissionais do município tenham mais informações para o diagnóstico de condições e agravos alimentares e nutricionais, como a obesidade infantil, e para o planejamento de ações que visem à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2013b).

Os resultados apontam para a importância da capacitação e qualificação de trabalhadores(as) de diferentes categorias profissionais quanto ao conteúdo e às formas de implementação do GAPB e concordam com as publicações recentes que reforçam a necessidade de práticas intersetoriais para a garantia da integralidade do cuidado; assim, sugere-se que sejam investidos esforços na capacitação e qualificação de equipes intersetoriais para o desenvolvimento de ações que visem à prevenção da obesidade infantil.

7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO

À face do exposto, cabe ao nutricionista atuar como matriciador, visando potencializar as ações de alimentação e nutrição, por meio do auxílio aos trabalhadores da equipe em que atua a superarem as dificuldades que enfrentam com a implementação do GAPB e da definição de uma agenda integrada de organização da atenção nutricional, a partir das necessidades das equipes e dos indivíduos, famílias e comunidades dos territórios de atuação (REIS e JAIME, 2019; BRASIL, 2013b).

REFERÊNCIAS

Bortolini GA, Moura ALP, Lima AMC, Moreira HOM, Medeiros O, Diefenthaler ICM, et al. Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e59.

Brasil. Casa Civil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de 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. [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União. 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo: implementando o guia alimentar para a população brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade infantil afeta 3,1 milhões de crianças menores de 10 anos no Brasil [internet]; 2021 [atualizado em 03 jun 2021; acesso em 24 abr 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/obesidade-infantil-afeta-3-1-milhoes-de-criancas-menores-de-10-anos-no-brasil>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2022a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. PROTEJA - Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: orientações técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2022b.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Plano Brasil Sem Fome. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; 2023a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União. 2023b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>

Budnik ECG. Conhecimento e utilização do Guia Alimentar para a População Brasileira por profissionais de saúde de uma cidade do interior do Paraná [Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Nutrição]. Guarapuava; Centro Universitário Campo Real; 2022.

Campos GW de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219–30.

Canella DS, Levy RB, Martins AP, Claro RM, Moubarac JC, Baraldi LG, Cannon G, Monteiro CA. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). *PLoS One*. 2014;9(3):e92752.

Fiocruz, Leonel F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde [internet]; 2021 [acesso em 13 set 2023]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude#:~:text=De%20acordo%20com%20os%20resultados,vida%20de%2095%25%20desses%20trabalhadores>

Malta DC, Andrade SC, Claro RM, Bernal RTI, Monteiro CA. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(Supl 1):267-76.

Müller MJ, Danielzik S, Pust S. School- and family-based interventions to prevent overweight in children. *Proc Nutr Soc*. 2005;64(2):249-54.

Organização Pan-Americana de Saúde. Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. Washington (DC); 2014.

Reis LC. Tecnologias de apoio à implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira na Atenção Básica [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2019.

Reis LC dos, Jaime PC. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do guia alimentar na atenção básica. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2019;14 art. e3914:1-20.

Santiago Junior JF, Lemos CAA, Batista VES, Peralta-Mamani M, Silva BM da, Honório, HM. Tipos de vieses em ensaios clínicos randomizados (ECR). In: Canto GL, Stefani CM, Massignan C (org.). Risco de viés em revisões sistemáticas: guia prático. Florianópolis: Centro Brasileiro de Pesquisas Baseadas em Evidências – COBE UFSC; 2021 [acesso em 5 set 2023]. Cap. 2. Disponível em: <https://guiariscodieviescobe.paginas.ufsc.br/capitulo-2-tipos-de-vieses-em-ensaios-clinicos-randomizados-ecr/>.

Silveira JAC, Colugnati FAB, Cocetti M, Taddei JAAC. Secular trends and factors associated with overweight among Brazilian preschool children: PNSN-1989, PNDS-1996, and 2006/07. *J Pediatr*. 2014;90(2):258–66.

Tramontt CR. Impacto de uma intervenção educativa para Implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira na atenção básica em saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2020.

Tramontt CR, Baraldi LG, Maia TM, Jaime PC. Conhecimento, autoeficácia e práticas profissionais relacionadas ao Guia Alimentar para a população brasileira na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Colet.*, 2023; 31(3):e31030215.

Tramontt CR., Jaime PC. Improving knowledge, self-efficacy and collective efficacy regarding the Brazilian dietary guidelines in primary health care professionals: a community controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):214.

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva, WHO; 2000.

World Health Organization. Overweight and obesity [internet]; 2021 [acesso em 24 maio 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>