

Relatório à Sociedade

# Cuidado à obesidade na atenção básica: o que os dados do PMAQ-AB nos revelam?

## Introdução

Ao longo das últimas décadas, a obesidade tornou-se um problema de saúde pública em todo mundo [1]. Esse problema vem crescendo em proporções epidêmicas, sendo que, em 2017, mais de 4 milhões de pessoas morreram no mundo, de acordo com a carga global de doenças [2]. No Brasil, de acordo com dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 2021, inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde, verificou-se que a frequência do excesso de peso foi de 57,2% na população adulta (18 anos ou mais) residente em domicílios com linha de telefone fixo; enquanto a frequência de adultos obesos foi de 22,4% [3]. A obesidade também é fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, como hipertensão, diabetes, doença renal crônica, doenças cardiovasculares, vários tipos de cânceres, entre outras [4]. Estima-se que 1,86% dos custos hospitalares e ambulatoriais no SUS sejam atribuíveis à obesidade, totalizando aproximadamente R\$ 500 milhões em 2011 [5].

A atenção básica à saúde é responsável por prover ações e serviços individuais, familiares e comunitários, levando em consideração os seguintes atributos: i) atendimento de primeiro contato; ii) cuidado longitudinal; iii) atenção integral; e iv) coordenação do cuidado quando há necessidade de serviços especializados [6]. Os cuidados primários são implementados principalmente por meio das Equipes de Saúde da Família (eSF), compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essas equipes atuam em parceria com as Equipes de Saúde Bucal (eSB) e os

### Principais mensagens do relatório



A obesidade é um dos principais problemas de saúde da atualidade, sendo causa para o desenvolvimento de dezenas de outras doenças. Assim, combatê-la também produz efeitos indiretos em outras doenças para as quais a obesidade é fator de risco

A atenção básica é fundamental para reduzir os impactos negativos da obesidade, seja pelo acompanhamento e tratamento longitudinal das pessoas com obesidade seja pela oferta de cuidados primários multidisciplinar, incluindo apoio matricial



Houve aumento na oferta de ações voltadas às pessoas com obesidade nas equipes de saúde participantes do PMAQ-AB entre os ciclos 2 e 3 do programa, sendo o incremento mais pronunciado nas equipes de saúde localizadas em municípios com menor desenvolvimento humano

Os municípios classificados como intermediário remoto obtiveram resultados abaixo da média das demais tipologias



Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os NASF permitem a contratação de outros trabalhadores não contemplados nas eSF e eSB, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, educadores físicos, pediatras, ginecologistas, farmacêuticos, assistentes sociais e sanitaristas. Estudos apontam que a atenção básica abrange cerca de 80% a 90% das demandas de saúde da população [6], incluindo intervenções de promoção, prevenção e controle de doenças crônicas como a obesidade.

Em 2011, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade dos cuidados primários de saúde no país, de forma a promover um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente [7]. Por meio do PMAQ-AB, o

Ministério da Saúde concedeu recursos adicionais aos municípios, condicionado ao desempenho das equipes de saúde. O desempenho era mensurado por meio de autoavaliação das equipes de saúde, indicadores pactuados e avaliação externa conduzida in loco em todas as equipes participantes do programa, incluindo centenas de indicadores de estrutura, processo e resultado. O PMAQ-AB foi implementado ao longo de três ciclos: de novembro de 2011 a março de 2013 (ciclo 1); de abril de 2013 a setembro de 2015 (ciclo 2); e de outubro de 2015 a dezembro de 2019 (ciclo 3). Durante a sua vigência, foram investidos R\$ 12,1 bilhões [8].

O objetivo deste relatório foi investigar a oferta de ações de saúde relacionadas à obesidade nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, segundo questões socioeconômicas (índice de desenvolvimento humano) e perfil dos municípios (tipologia do IBGE).

## Notas metodológicas

Trata-se de um estudo descritivo, com base em dados secundários provenientes PMAQ-AB referentes ao Módulo II (entrevista com o profissional). Foram incluídas todas as eSF que participaram dos ciclos 2 e 3 do programa, com dados disponíveis para as questões relacionadas à atenção à pessoa com obesidade, a saber:

**1. Realiza o acompanhamento deste usuário na Unidade Básica de Saúde (UBS)?**

**2. Oferta ações voltadas à atividade física e alimentação saudável?**

**3. Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS?**

**4. Encaminha para serviço especializado?**

A identificação das eSF nos ciclos 2 e 3 foi realizada por meio do Identificador Nacional de Equipe (INE). Ademais, os dados sobre as ações voltadas à obesidade foram relacionados com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), no intuito de verificar se há maior proporção de oferta de serviços em municípios

com maior desenvolvimento humano. Para tal, as eSF foram estratificadas por decis do IDH-M, sendo o decil 1 o grupo de municípios com IDH-M mais baixos e o decil 10 o grupo de municípios com o IDH-M mais altos. Os dados do IDH-M foram coletados no sítio eletrônico do Atlas Brasil, com base nas informações do Censo de 2010. Outro dado utilizado foi referente à tipologia dos municípios disponibilizados no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para fazer uma estratificação por tipologia (intermediário adjacente, intermediário remoto, rural adjacente, rural remoto e urbano).

Como medida-síntese, foi criado o índice de ações voltadas às pessoas com obesidade ofertadas pelas eSF, calculado pela soma das quatro variáveis consideradas neste relatório (descritas acima). Cada variável poderia assumir o valor 1 (ação realizada pela eSF) ou zero (não realizada pela eSF). Dessa forma, o índice poderia resultar em valores entre zero e 4, sendo que a eSF poderia realizar nenhuma, uma, duas, três ou quatro ações às pessoas com obesidade. O índice foi calculado para cada eSF e, posteriormente, agregado em unidade federativa para fins de visualização em mapa.

No ciclo 3, as informações relacionais à atividade física e à alimentação saudável foram perguntadas separadamente, em itens próprios. Assim, para fins de comparação com o ciclo 2, estas foram agrupadas e a média das duas respostas foi calculada.

## Resultados

A Figura 1 mostra o processo de seleção das eSF que participaram do PMAQ-AB nos ciclos 2 e 3 e com dados disponíveis sobre questões relacionadas à obesidade. Ao todo, 26.791 eSF atenderam aos critérios de elegibilidade, localizadas em 4.813 municípios brasileiros (86,4% do total de municípios).

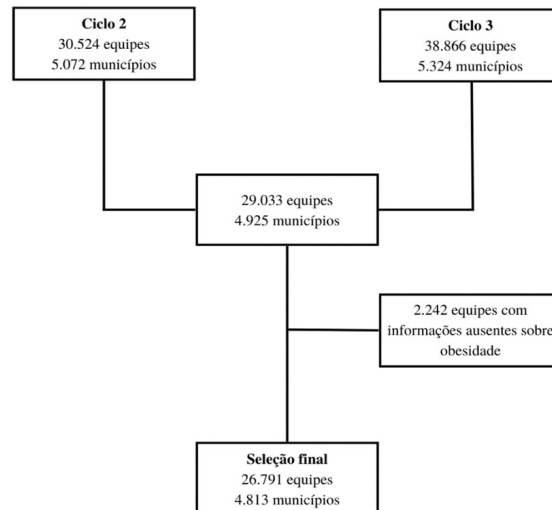


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção das Equipes Saúde da Família que participaram do PMAQ-AB nos ciclos 2 e 3, Brasil, 2013-2019.

A Figura 2-A mostra um aumento na proporção de eSF que relataram acompanhar pessoas com obesidade entre o ciclo 2 e 3 do programa, atingindo pelo menos 80% das equipes em todos os níveis de IDH-M no ciclo 3. Visualmente, os dados do ciclo 3 sugerem que não houve uma relação positiva entre proporção de acompanhamento e IDH-M; ou seja, aparentemente o IDH-M dos municípios não influenciou o acompanhamento de pessoas com obesidade nas UBS, diferentemente do ciclo 2, quando a proporção de acompanhamento de pessoas com obesidade foi maior nos municípios com maior IDH-M (48,20% no decil 1 vs. 65,12% no decil 10) (Tabela 1). Ao fazer a diferença da proporção entre o ciclo 2 e 3, observa-se que o maior incremento ocorreu nos municípios com menor IDH-M, sugerindo que o programa beneficiou mais as equipes localizadas em municípios com menor desenvolvimento humano. Por exemplo, houve um incremento de 40 pontos percentuais na proporção de acompanhamento de pessoas com obesidade no decil 1, ao passo que esse incremento foi de 22 pontos percentuais no decil 10.

Na Figura 2-B, observa-se que todas as tipologias dos municípios apresentaram um incremento na proporção de acompanhamento de pessoas com obesidade entre o ciclo 2 e 3 do PMAQ-AB. De modo geral, apenas os municípios intermediários remotos tiveram resultados aquém das demais tipologias.

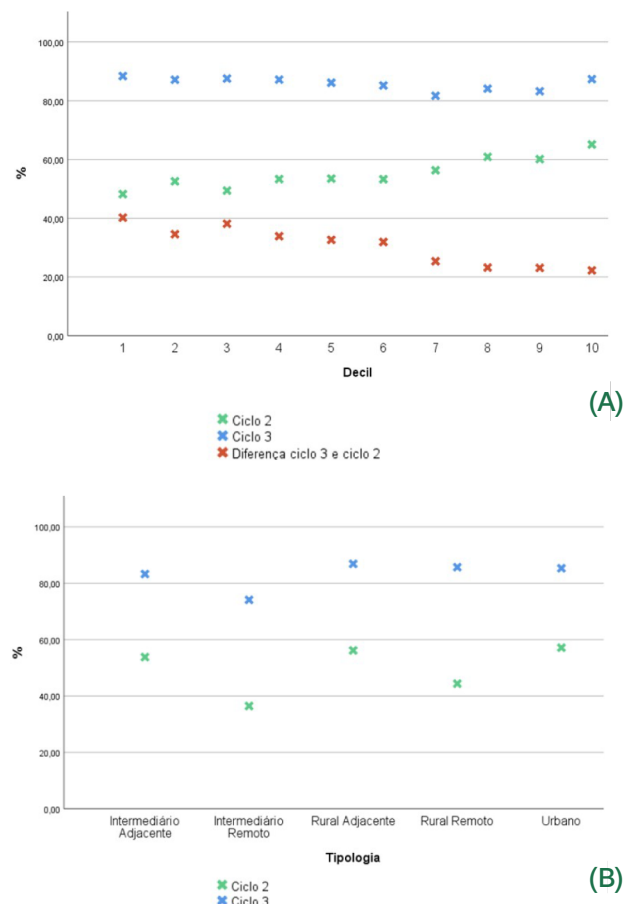
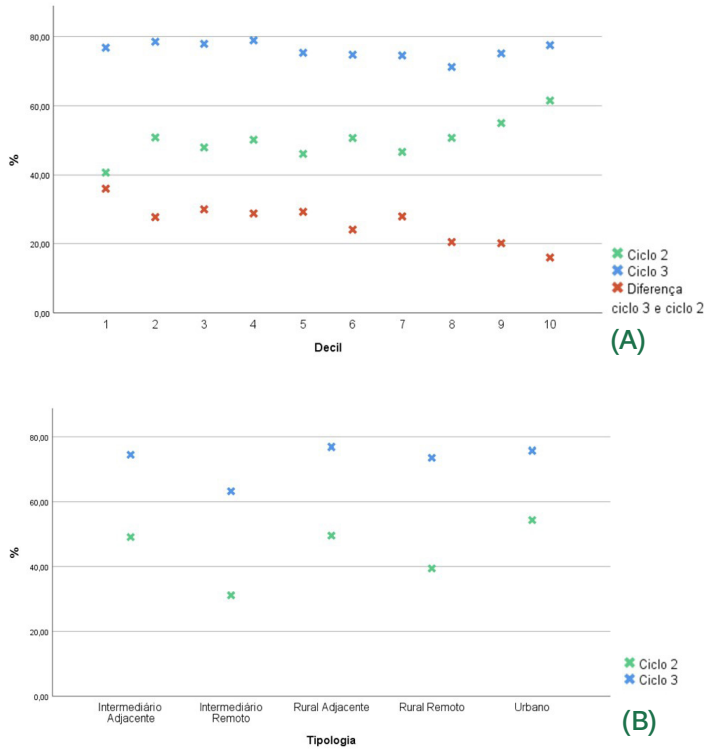
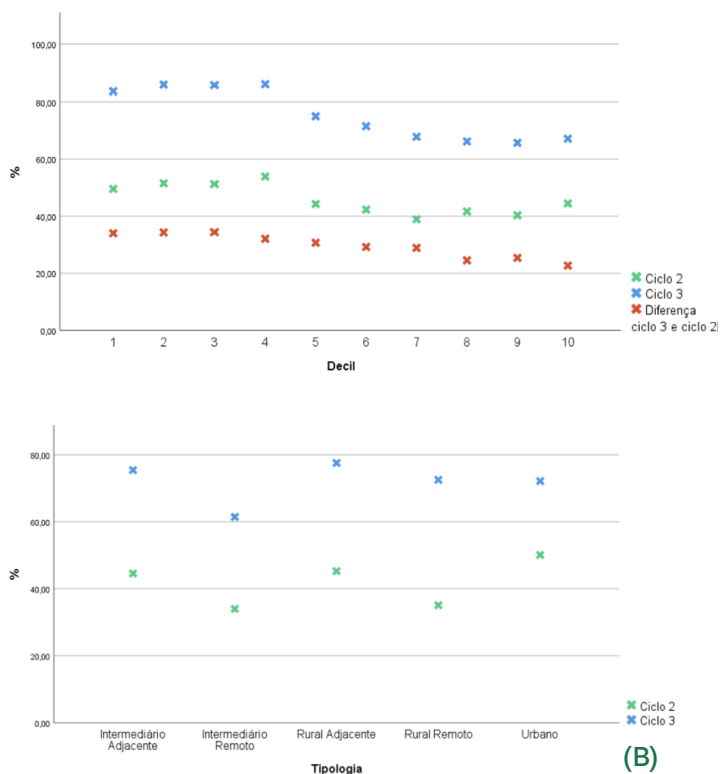


Figura 2: Proporção das Equipes Saúde da Família (eSF) que realiza acompanhamento de pessoas com obesidade em Unidades Básicas de Saúde (UBS) por decil de desenvolvimento humano (2-A) e tipologia do município (2-B), Brasil, ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.

Outra variável relevante para o combate à obesidade é a oferta de ações voltadas à atividade física e à alimentação saudável, pois podem mudar o comportamento e promover a saúde da população. Foram verificados avanços nessa direção (Figura 3-A). Ao comparar os resultados do ciclo 3 em relação ao ciclo 2 do PMAQ-AB, observa-se um aumento da proporção de eSF que relataram ofertar ações de promoção da saúde em todos os estratos do IDH-M, sendo o incremento mais pronunciado nas eSF localizadas em municípios com menor IDH-M. O incremento na proporção da oferta dessas ações foi 2,25 vezes maior no decil 1 (36,06 pontos percentuais) em relação ao decil 10 (15,98 pontos percentuais) (Tabela 1). Os resultados sugerem que o PMAQ-AB atuou de forma a reduzir as desigualdades em desenvolvimento humano na oferta de ações voltadas à atividade física e à alimentação saudável, que é um resultado almejado em políticas públicas. Em termos da tipologia dos municípios, também foi verificado proporções menores na oferta dessas ações nos municípios classificados como intermediários remotos, embora tenham melhorado no ciclo 3 em comparação ao ciclo 2 (Figura 3-B).



**Figura 3:** Proporção das Equipes Saúde da Família que oferta ações voltadas à atividade física e à alimentação saudável por decil de desenvolvimento humano (3-A) e tipologia do município (3-B), Brasil, ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.

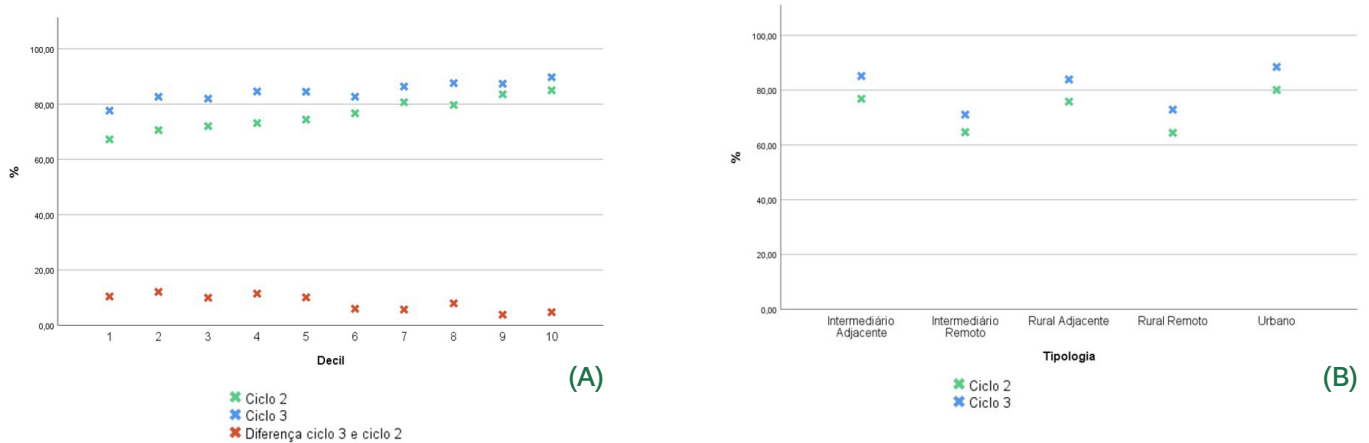


**Figura 4:** Proporção das Equipes Saúde da Família (eSF) que aciona equipe de apoio matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento de pessoas com obesidade nas Unidades Básicas de Saúde por decil de desenvolvimento humano (4-A) e tipologia do município (4-B), Brasil, ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.

O apoio matricial às eSF é fundamental para fortalecer a integralidade do cuidado e o vínculo com a atenção básica. No caso da obesidade, o trabalho conjunto da eSF com nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e outros profissionais da saúde podem colaborar para ações mais efetivas no combate à obesidade. O NASF é a principal estratégia de apoio matricial na atenção básica. Diferentemente das demais variáveis analisadas neste relatório, houve maior proporção de eSF que relataram acionar apoio matricial nos decis mais baixos do IDH-M (decis 1 a 4) nos dois ciclos do PMAQ-AB. Isto sinaliza que já no ciclo 2 havia uma tendência de as eSF em municípios menos desenvolvidos usarem apoio multiprofissional para o acompanhamento das pessoas com obesidade nas UBS (Figura 4-A). A ampliação desse serviço foi 1,49 vez maior no decil 1 (34 pontos percentuais) se comparado ao decil 10 (22,69 pontos percentuais) (Tabela 1). Com os resultados obtidos da diferença, observa-se maior incremento no acompanhamento de pessoas com obesidade nos municípios menos desenvolvidos. Os municípios intermediários remotos apresentaram menor proporção de eSF que relataram acionar o apoio matricial, seguidos dos rurais remotos (Figura 4-B).

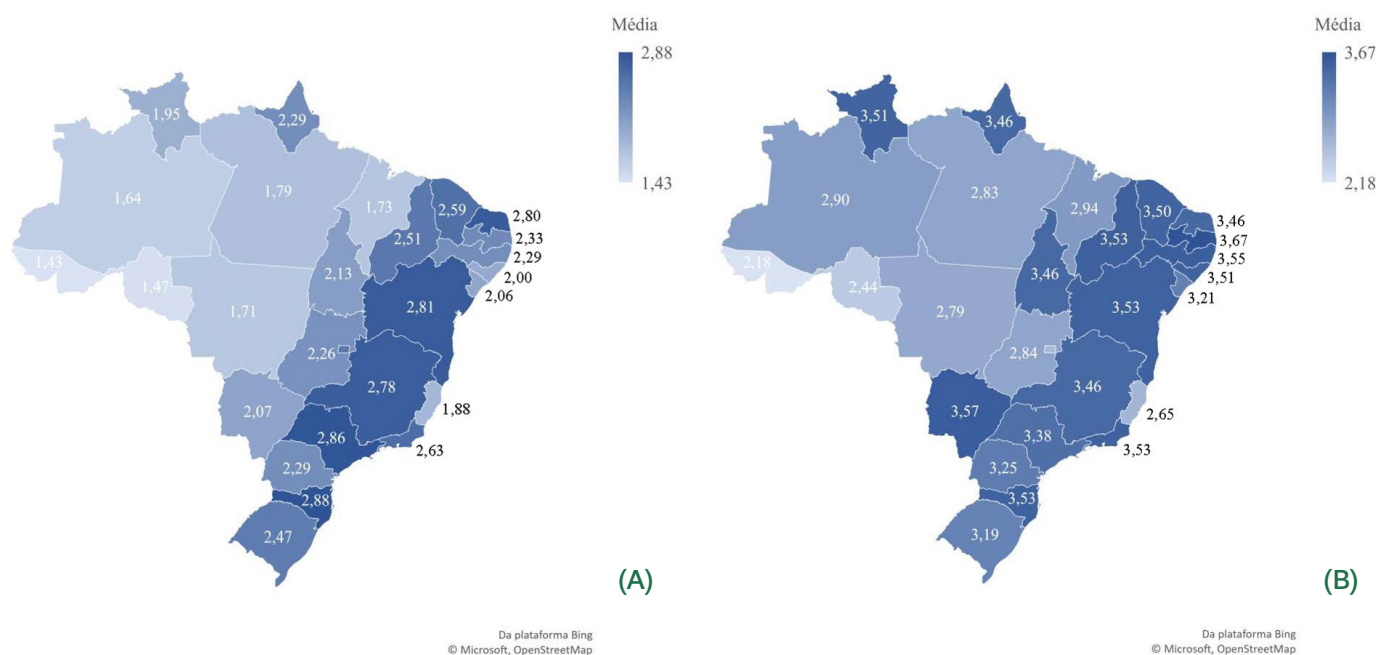
A atenção básica também cumpre um papel relevante no referenciamento de usuários a serviços de média e alta complexidade, quando estes se fazem necessários. No caso da obesidade, observou-se um discreto aumento na proporção de encaminhamentos entre os ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, verificado em todos os estratos do IDH-M (Figura 5-A).

Embora tenha se observado uma maior magnitude do aumento da proporção de encaminhamentos nos estratos de menor desenvolvimento humano, ainda permanece certa desigualdade nessa dimensão, visto que a proporção de encaminhamentos foi de 77,65% no decil 1 e de 89,73% no decil 10 no ciclo 3 do programa (Tabela 1). Quanto ao tipo de município, intermediário remoto e rural remoto apresentaram menor proporção de encaminhamentos aos serviços especializados (Figura 5-B).



**Figura 5:** Proporção das Equipes Saúde da Família (eSF) que encaminha as pessoas com obesidade para serviço especializado por decil de desenvolvimento humano (5-A) e tipologia do município (5-B), Brasil, ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.

A Figura 6 mostra uma medida-síntese das ações realizadas pelas eSF às pessoas com obesidade na atenção básica, conferindo um valor médio para cada uma das unidades federativas brasileiras. Identificou-se um aumento na oferta dessas ações no país, aumentando de 2,50 para 3,36 nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, respectivamente. Em termos regionais, as eSF que mais ofertaram ações ao combate à obesidade estavam localizadas em estados do Sudeste e Sul, e alguns estados do Nordeste. Já no ciclo 3 do programa, verifica-se um maior predomínio das eSF nos estados do Nordeste e Sudeste.



**Figura 6:** Índice de ações voltadas às pessoas com obesidade ofertadas pelas Equipes Saúde da Família (eSF) no âmbito da atenção básica do SUS, Brasil, ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB.

**Tabela 1 - Síntese das proporções de eSF que relatara realizar ações às pessoas com obesidade, estratificadas por decil do IDH-M, Brasil, ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB**

Decil	Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS			Oferta ações voltadas à atividade física e alimentação saudável			Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS			Encaminha para serviço especializado		
	Ciclo 2	Ciclo 3	Diferença ciclo 3 e ciclo 2	Ciclo 2	Ciclo 3	Diferença ciclo 3 e ciclo 2	Ciclo 2	Ciclo 3	Diferença ciclo 3 e ciclo 2	Ciclo 2	Ciclo 3	Diferença ciclo 3 e ciclo 2
1	48,20	88,40	40,20	40,71	76,76	36,06	49,54	83,54	34,00	67,24	77,65	10,41
2	52,58	87,15	34,56	50,85	78,49	27,64	51,52	85,82	34,30	70,60	82,66	12,07
3	49,43	87,56	38,13	47,97	77,86	29,89	51,24	85,64	34,40	72,04	81,99	9,95
4	53,32	87,20	33,88	50,18	78,89	28,71	53,89	85,96	32,07	73,14	84,59	11,45
5	53,49	86,14	32,65	46,11	75,29	29,18	44,25	74,96	30,70	74,41	84,49	10,08
6	53,28	85,20	31,92	50,69	74,73	24,03	42,29	71,49	29,20	76,69	82,67	5,97
7	56,34	81,69	25,35	46,67	74,52	27,85	38,92	67,81	28,89	80,69	86,37	5,67
8	60,90	84,12	23,22	50,73	71,19	20,45	41,65	66,17	24,53	79,70	87,62	7,92
9	60,12	83,23	23,10	54,99	75,11	20,11	40,30	65,69	25,39	83,56	87,38	3,82
10	65,12	87,36	22,24	61,50	77,49	15,98	44,44	67,12	22,69	85,01	89,73	4,73

## Considerações finais

Nossos resultados sugerem um aumento na proporção de equipes de saúde da família que ofertaram ações às pessoas com obesidade entre os ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, sendo o maior incremento verificado nas equipes localizadas em municípios de menor desenvolvimento humano. Das quatro ações às pessoas com obesidade no âmbito da atenção básica, a oferta média pelas equipes de saúde foi de 2,50 para 3,36 nos ciclos 2 e 3 do PMAQ-AB, respectivamente. No entanto, verificamos desigualdades acentuadas entre as unidades federativas, com menor oferta dessas ações no Norte e no Centro-Oeste nos dois ciclos do programa. No ciclo 2 do PMAQ-AB, havia 1.048 eSF que não ofertaram nenhuma das ações analisadas neste relatório; esse número caiu para 53 equipes no ciclo 3.

Outros estudos abordaram aspectos relacionados à obesidade na atenção básica com dados do PMAQ-AB, porém restritos ao ciclo 2 do programa. Brandão et al. (2020) analisaram a estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na atenção básica no ciclo 2 do programa, encontrando maior proporção de equipes de saúde com disponibilidade de infraestrutura para o cuidado à obesidade, mas menor proporção na adequação do processo de trabalho [9]. Lopes et al (2021) mostraram que mais 80% dos usuários avaliaram com bons ou muito bons os cuidados recebidos nas regiões

Sul, Sudeste e Centro-Oeste, sendo o maior percentual de regular, ruim e muito ruim nas regiões Norte e Nordeste [10].

Nossos resultados devem ser interpretados com cautela, pois apresentam algumas limitações. Primeiro, trata-se de uma análise descritiva, que não nos permite afirmar relações de causalidade. Outros fatores, além do PMAQ-AB, podem ter contribuído para o aumento da oferta de ações às pessoas com obesidade, os quais não foram investigados neste estudo. Segundo, nossa análise restringiu-se às equipes de saúde que participaram nos dois últimos ciclos do PMAQ-AB; assim, não representam a totalidade das equipes participantes do PMAQ-AB. Terceiro, os dados foram autorrelatados pelos profissionais de saúde quando da avaliação externa do PMAQ-AB, e imprecisões nas respostas podem ter surgido. Quarto, as quatro questões sobre as ações às pessoas com obesidade eram respondidas de forma dicotômica (sim ou não), o que não permite inferir sobre a intensidade da oferta dessas ações (se foi realizada para todas as pessoas elegíveis ou somente para uma pequena parte destas), bem como se foram executadas com qualidade, em tempo oportuno e com regularidade. Por fim, outras ações voltadas às pessoas com obesidade podem ter sido realizadas pelas equipes de saúde, mas que não estavam incluídas na avaliação externa do PMAQ-AB.



## Referências

---

1. Mayoral LP, Andrade GM, Mayoral EP, Huerta TH, Canseco SP, Rodal Canales FJ, Cabrera-Fuentes HA, Cruz MM, Pérez Santiago AD, Alpuche JJ, Zenteno E, Ruíz HM, Cruz RM, Jeronimo JH, Perez-Campos E. Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity. *Indian J Med Res.* 2020 Jan;151(1):11-21. doi: 10.4103/ijmr.IJMR\_1768\_17. PMID: 32134010; PMCID: PMC7055173.
2. Who, World Health Organization. Obesity [online]. WHO, 2022. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1)
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
4. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2009; 9:88. doi: 10.1186/1471-2458-9-88.
5. de Oliveira ML, Santos LMP, da Silva EN (2015) Direct Healthcare Cost of Obesity in Brazil: An Application of the Cost-of-Illness Method from the Perspective of the Public Health System in 2011. *PLoS ONE* 10(4): e0121160. doi:10.1371/journal.pone.0121160
6. Opas, Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção Primária à Saúde [online]. OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasil, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645\\_01\\_10\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html)
8. Dantas Gurgel G Junior, Kristensen SR, da Silva EN, Gomes LB, Barreto JOM, Kovacs RJ, Sampaio J, Bezerra AFB, de Brito E Silva KS, Shimizu HE, de Sousa ANA, Fardousi N, Borghi J, Powell-Jackson T. Pay-for-performance for primary health care in Brazil: A comparison with England's Quality Outcomes Framework and lessons for the future. *Health Policy.* 2023 Feb;128:62-68. doi: 10.1016/j.healthpol.2022.11.004. Epub 2022 Nov 19.
9. Brandão, A. L. et al.. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. *Saúde em Debate*, v. 44, n. Saúde debate, 2020 44(126), jul. 2020.
10. Lopes MS, Freitas PP de, Carvalho MCR de, Ferreira NL, Menezes MC de, Lopes ACS. O manejo da obesidade na atenção primária à saúde no Brasil é adequado?. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(Cad. Saúde Pública, 2021 37 suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00051620>

## Glossário

### Tipologia do IBGE para os municípios brasileiros

A classificação dos municípios em rural, intermediário e urbano leva em consideração três critérios: a densidade demográfica, a localização em relação aos principais centros urbanos e o tamanho da população. A essa classificação, foi adicionada a classificação adjacente e remoto, construída com base no tempo de deslocamento para a metrópole, capital regional e centro sub-regional. Municípios que estão a uma distância relativa acima da média nacional foram classificados como remotos. Já municípios que estão a uma distância igual ou inferior à média nacional foram classificados como adjacentes.

### Tratamento longitudinal

Corresponde ao contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, que permite a oferta de uma atenção integral à saúde da população.

### Apoio matricial

Representa um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada (horizontal), criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, buscando maior efetividade à intervenção de saúde.

### Universidade de Brasília – UnB

Márcia Abrahão Moura

*Reitora*

Enrique Huelva Unternbäumen

*Vice-reitor*

### Faculdade de Ceilândia – FCE

João Paulo Chierogato Matheus

*Diretor*

Laura Davison Mangilli Toni

*Vice-diretora*

### Curso de Saúde Coletiva – SC

Pedro de Andrade Calil Jabur

*Coordenador*

Sérgio Ricardo Schierholt

*Coordenador-adjunto*

### Laboratório de Análise de Dados e Evidências em Saúde Coletiva – LADESC

Everton Nunes da Silva

*Coordenador*

Antonia de Jesus Angulo Tuesta

*Coordenadora-adjunta*

As análises e opiniões expressas neste relatório são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo necessariamente a opinião institucional da UnB, FCE, SC ou LADESC.

### Autores do relatório

Pedro Henrique Alves Santos

*Mestrando em Ciências e Tecnologias em Saúde da FCE/UnB*

Daniely Gisele Ferreira da Silva

*Graduanda em Saúde Coletiva da FCE/UnB*

Mateus Da Silva Souza Brito

*Graduando em Saúde Coletiva da FCE/UnB*

Sara Saboia do Nascimento

*Graduanda em Saúde Coletiva da FCE/UnB*

Thiago Monteiro da Silva

*Graduando em Saúde Coletiva da FCE/UnB*

Everton Nunes da Silva

*Docente em Saúde Coletiva da FCE/UnB*

### Editor Científico

Everton Nunes da Silva

*Docente em Saúde Coletiva da FCE/UnB*

### Editores Executivos

Antonia de Jesus Angulo Tuesta

*Docente em Saúde Coletiva da FCE/UnB*

### Comitê Editorial

Breitner Luiz Tavares

*Docente em Saúde Coletiva da FCE/UnB*

Carla Pintas Marques

*Docente em Saúde Coletiva da FCE/UnB*

Flávia Reis de Andrade

*Docente em Saúde Coletiva da FCE/UnB*

### Bibliotecário

Francisco Rafael A. Santos

*Bibliotecários da FCE/UnB*

### Projeto gráfico e diagramação

Augusto Alves Santos

*Graduando em Audiovisual da FAC/UnB*



LADESC