

✉ Erika Cardoso dos Reis¹
✉ Carla Moronari de Oliveira
Aprelini³
✉ Tatielle Rocha de Jesus²
✉ Carolina Perim de Faria²
✉ Oscar Geovanny Enríquez-
Martínez³
✉ Maria del Carmen Bisi Molina^{1,3}

¹Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Nutrição, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Educação Integrada em Saúde, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

³Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Correspondência
Erika Cardoso dos Reis
erika.careis@gmail.com

Condições para ações de cuidado da obesidade na atenção primária à saúde no estado do Espírito Santo

Conditions for obesity care actions in primary health care in Espírito Santo state

Resumo

Introdução. A obesidade é uma doença multifatorial com proporções epidêmicas que tem sido frequentemente descrita como fator de risco para outras comorbidades. Portanto, é importante identificar que condições e ações estão sendo realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) para o cuidado dos indivíduos com a doença. **Objetiva.** Descrever e discutir as condições e ações de prevenção e cuidado da obesidade disponíveis na APS do estado do Espírito Santo (ES). **Métodos.** Estudo observacional descritivo baseado no PMAQ-AB - 3º ciclo. Foram avaliados os módulos I, II e IV, considerando as variáveis relacionadas ao número de profissionais e equipamentos, desenvolvimento de ações de cuidado da obesidade e de atenção nutricional. Foram realizados testes de qui-quadrado para verificar diferenças entre as regiões. **Resultados.** 93,6% dos municípios participaram do estudo. Observou-se carência de nutricionistas e educadores físicos em toda a rede. Na Região Norte, o nutricionista está presente em 21% das unidades e não há educadores físicos. Foi baixo o quantitativo de equipamentos e materiais disponíveis. Quase metade das unidades de saúde do estado não tinha balança (200 kg) e caderneta do adolescente. Na Região Sul, 54% das unidades não apresentavam aparelho de pressão com braçadeira para pessoas adultas obesas. Apenas 10% dos profissionais referiram ofertar práticas integrativas e complementares (10%) e a metade não tinha conhecimento do Programa Academia da Saúde. **Conclusão.** As ações desenvolvidas pelas equipes da APS relacionadas a promoção da saúde, atenção nutricional, prevenção e cuidado da obesidade, além dos equipamentos e estruturas disponíveis, não são suficientes para o enfrentamento da obesidade no ES.

Palavras-chave Obesidade. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde.

Abstract

Introduction. Obesity is a multifactorial disease with epidemic proportions frequently described as a risk factor for other comorbidities. Therefore, it is important to identify which conditions and actions are being carried out within the scope of Primary Health Care for the care of individuals with this disease. **Objective.** To describe and discuss conditions and actions for the prevention and care of obesity available in Primary Health Care (PHC) in the Espírito Santo state (ES). **Methods.** Observational descriptive

study based on the PMAQ-AB - 3rd cycle. Modules I, II, and IV were evaluated considering variables related to the number of professionals and equipment, development of obesity care, and nutritional care actions. Chi-square tests were performed to investigate differences between regions. **Results:** 93.6% of the municipalities participated in the study. There was a shortage of nutritionists and physical educators across the system; in the northern region, nutritionists are present in 21% of the units and there are no physical educators. The number of equipment and materials available was low: 45% of the units in the state did not have a scale (200 kg) and half of them reported not having teenager health records. In the southern region, 54% of the units did not have a pressure measuring device with an armband suitable for obese adults. Only 10% of professionals reported offering integrative and complementary practices and half of them were unaware of the Healthy Program. **Conclusion.** The actions developed by PHC teams related to health promotion, nutritional care, and obesity prevention and care are not sufficient to cope with obesity in ES, and neither are the equipment and structures available.

Keywords: Obesity. Unified Health System. Primary Health Care. Health Care.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial com proporções epidêmicas que tem sido frequentemente descrita como fator de risco para outras comorbidades.¹ Além disso, acomete diferentes faixas etárias, níveis socioeconômicos e gêneros,² sendo considerada uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo.³ Em 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 12.438 internações por obesidade, o que representou um impacto de R\$ 64,3 milhões.^{4,5}

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) são preconizadas, pelo Ministério da Saúde, ações de promoção à saúde e prevenção da obesidade. Dentre elas, citam-se a avaliação antropométrica, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar para atendimento integral e humanizado dos indivíduos, o apoio ao autocuidado, o incentivo às práticas corporais, atividade física e alimentação saudável e adequada, a formação de grupos de apoio e educação em saúde, dentre outros.⁶ Ações neste nível de atenção são muito importantes, pois a APS é o principal meio de acesso ao sistema de saúde para a população brasileira, além de apresentar maior proximidade com a comunidade, o que propicia o desenvolvimento de estratégias.^{7,8} Ademais, funciona como eixo estruturante de um sistema de saúde efetivo que pode auxiliar na redução dos custos com a alta complexidade, minimizar as iniquidades no acesso e aumentar a eficiência do serviço prestado, reforçando seu papel no enfrentamento de problemas de saúde,⁹ em especial das condições crônicas, como a obesidade. Sendo assim, ações para prevenção e cuidado da maioria dos indivíduos com excesso de peso podem e devem ser realizadas no âmbito da APS, por meio de estratégias efetivas, abordagens inovadoras adequadas ao contexto e atenção integral ao usuário.¹⁰

No Brasil, apesar dos avanços alcançados em relação ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde, ainda há muitos desafios a serem vencidos. Na busca por aprimorar as ações e serviços, iniciativas governamentais foram implementadas, dentre elas o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).^{11,12} Esse programa foi criado em 2011 com o intuito de conduzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde ofertados nas unidades básicas de saúde (UBS) e incentivar equipes e gestores para o alcance desses resultados.¹³

O PMAQ possibilita a avaliação da estrutura (física e recursos humanos) disponível para a realização das ações e serviços de saúde, bem como registra as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde da APS direcionadas para as diferentes fases da vida e condições de saúde.¹³

Visto que os serviços de saúde precisam ter capacidade instalada para atender adequadamente ao público com obesidade e que o cuidado em saúde de qualidade pode auxiliar no alcance de melhores desfechos de saúde,⁸ o presente artigo tem por objetivo descrever e discutir as condições e ações de prevenção e de cuidado da obesidade, desenvolvidas na APS das diferentes regiões do Espírito Santo (ES).

MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo transversal baseado nos dados de domínio público provenientes do inquérito de avaliação externa - PMAQ-AB - 3º ciclo, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior do país.¹²

Quatro equipes, com quatro entrevistadores e um supervisor em cada, realizaram a coleta dos dados no estado do ES entre os meses de julho a novembro de 2017, nos 74 municípios que aderiram ao PMAQ. As equipes foram treinadas e monitoradas durante a fase de coleta das informações.^{11,12}

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento disponibilizado pela equipe técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e foi dividida em seis módulos: no Módulo I (UBS) foram avaliadas as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS; o Módulo II (Equipe) buscou informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do cuidado com o usuário; o Módulo III (Usuário) verificou a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização; o Módulo IV (NASF) buscou informações sobre o processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); os Módulos V e VI buscaram investigar a estrutura e o processo de trabalho da Saúde Bucal, tanto relacionado à estrutura da UBS quanto à equipe.^{11,13}

No presente estudo, foram selecionadas variáveis relacionadas à quantidade de profissionais e equipamentos, desenvolvimento de ações de cuidado da obesidade e de atenção nutricional. Portanto, foram analisados os módulos I, II e IV, cujo foco são parâmetros relacionados ao número de profissionais na equipe (excluindo NASF); quantidade de equipamentos e materiais; material impresso e insumos para atenção à saúde; e atenção à pessoa com diagnóstico de obesidade (UBS e NASF).

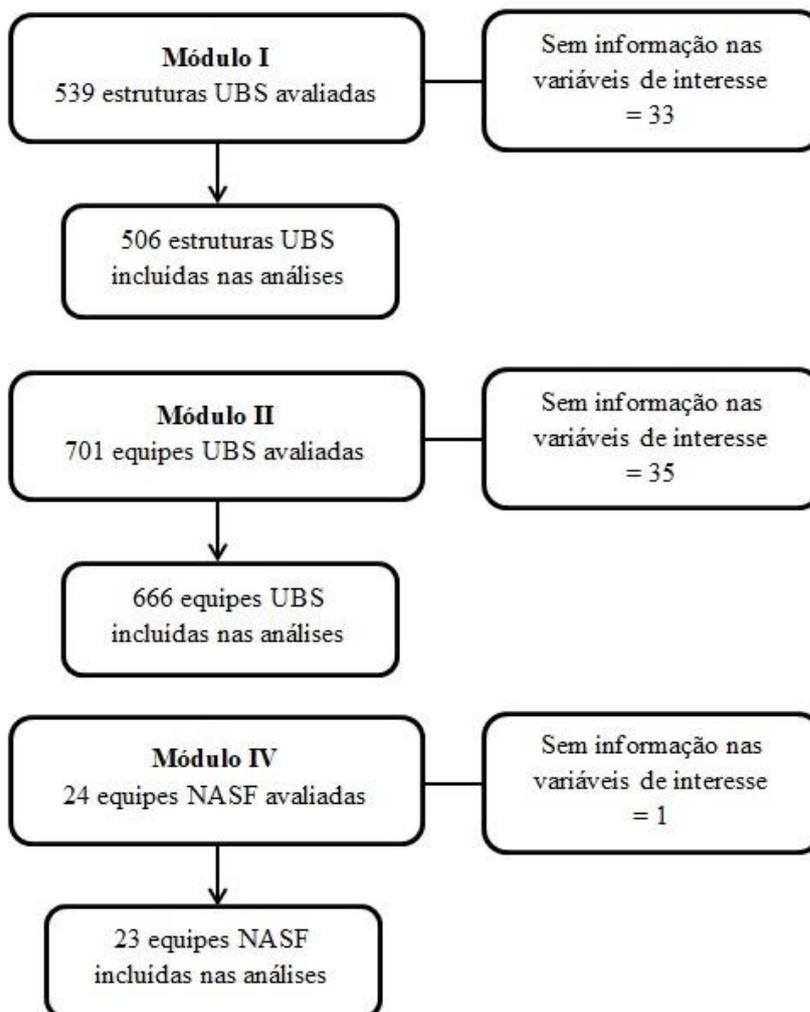
Os dados foram sistematizados e analisados no programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Foi realizado o teste de Qui-quadrado de Pearson para verificação de possíveis diferenças entre a distribuição dos dados categóricos de acordo com as regiões de saúde do estado (Norte, Central, Metropolitana e Sul) conforme Plano Diretor de Regionalização,¹⁴ adotando-se nível de significância de 5%.

As informações utilizadas na pesquisa foram extraídas de plataforma de domínio público, não necessitando, assim, de apreciação e aprovação por parte de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).

RESULTADOS

Dos 78 municípios do ES, 74 (94,9%) participaram do 3º ciclo do PMAQ-AB (dados não apresentados em tabela). O Módulo I avaliou a estrutura de 506 UBS; o Módulo II, 666 equipes de UBS; e o Módulo IV, 23 equipes do NASF (figura 1).

Figura 1. Estrutura e equipes das unidades de saúde e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família incluídos nas análises, PMAQ - 3º ciclo (2017)



A tabela 1 indica a quantidade de profissionais, equipamentos e materiais utilizados nas unidades de saúde para prevenção e cuidado da obesidade por região do ES em 2017. Quando analisada a quantidade de nutricionistas e de educadores físicos por equipe de UBS, pode-se observar, em todas as regiões de saúde, que não há nutricionista na maioria das equipes (71,0%) e o quantitativo difere significativamente entre as regiões de saúde ($p=0,04$). Na região Norte, o nutricionista está presente em apenas 20,8%, e em nenhuma região de saúde do ES foram encontrados mais que dois nutricionistas por equipe. A maioria das equipes do ES também não apresentam educadores físicos em sua composição e estes são distribuídos irregularmente ($p<0,001$); destaca-se a região Norte, onde não há educador físico em nenhuma equipe. A região Metropolitana possui mais profissionais dessa área, 12,7% das equipes apresentavam mais de dois educadores físicos.

Com relação à quantidade de equipamentos e materiais que se encontram disponíveis nas UBS, mais da metade das unidades de saúde das regiões Central (50,8%) e Sul (53,8%) não apresentam

aparelhos de pressão com braçadeira para adultos com obesidade em condições de uso. Na região Metropolitana, apenas 21,1% das unidades possuem mais que dois desses aparelhos em boas condições, dados estes com diferença significativa entre as regiões ($p=0,03$). A disponibilidade de balanças antropométricas (150,0 kg) foi mais baixa nas regiões Norte e Sul, onde 35,1% e 33,8%, respectivamente, não possuíam nenhuma balança em condições de uso. Com relação às balanças de 200 kg ($p<0,001$), 46,2% das unidades de saúde da região Central, 49,3% da Metropolitana e 46,9% da Sul não possuíam esse equipamento. No que se refere aos glicosímetros em condições de uso, entre 45,6 e 79,6% das unidades de saúde das regiões apresentaram mais que dois aparelhos disponíveis para a população ($p<0,001$).

Em respeito à prevenção e ao cuidado da obesidade entre a população infantil, observa-se que em torno de 80,0% das unidades de saúde, nas regiões Central, Metropolitana e Sul apresentam apenas uma balança infantil em condição de uso. Nas regiões Norte e Central, 8,1% e 7,7%, respectivamente, das unidades de saúde não apresentam esses equipamentos ($p<0,001$). As regiões Central, Metropolitana e Sul apresentaram entre 8,5% e 10,6% de unidades que não possuíam régua antropométrica infantil em condição de uso ($p=0,017$).

Com relação à disponibilidade de cadernetas de saúde nas unidades (tabela 1), observa-se que na região Sul, 59,4% das unidades de saúde não apresentam a caderneta de saúde do adolescente ($p=0,001$); e na região Norte, 62,2% das unidades não apresentam a caderneta de saúde para idosos ($p=0,001$). As cadernetas de saúde da gestante e da criança foram as mais disponíveis nas unidades de saúde.

Tabela 1. Quantidade de profissionais, equipamentos e materiais em UBS utilizados na prevenção e cuidado da obesidade por região do Espírito Santo, PMAQ - 3º ciclo (2017).

Variáveis	Região					p-valor ^a
	Norte	Central	Metropolitana	Sul	ES	
Número de profissionais na equipe (excluindo NASF)	n = 24	n = 53	n = 79	n = 61	n = 217	
Nutricionista						
0	19 (79,2)	30 (56,6)	62 (78,5)	43 (70,5)	154 (71,0)	0,041
1	5 (20,8)	23 (43,4)	17 (21,5)	18 (29,5)	63 (29,0)	
≥ 2	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Educador Físico						
0	24 (100,0)	50 (94,3)	51 (64,6)	59 (96,7)	184 (84,8)	<0,001
1	0 (0,0)	3 (5,7)	18 (22,8)	2 (3,3)	23 (10,6)	
≥ 2	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (12,7)	0 (0,0)	10 (4,6)	
Número de equipamentos e materiais	n = 74	n = 130	n = 142	n = 160	n = 506	
Aparelho de pressão com braçadeira para adultos com obesidade em condições de uso						
0	35 (47,3)	66 (50,8)	59 (41,5)	86 (53,8)	246 (48,6)	0,028
1	27 (36,5)	47 (36,2)	53 (37,3)	63 (39,4)	190 (37,5)	
≥ 2	12 (16,2)	17 (13,1)	30 (21,1)	11 (6,9)	70 (13,8)	
Balança antropométrica de 150 kg em condições de uso						
0	26 (35,1)	36 (27,7)	32 (22,5)	54 (33,8)	148 (29,2)	0,249
1	32 (43,2)	58 (44,6)	65 (45,8)	71 (44,4)	226 (44,7)	
≥ 2	16 (21,6)	36 (27,7)	45 (31,7)	35 (21,9)	132 (26,1)	
Balança antropométrica de 200 kg em condições de uso						
0	25 (33,8)	60 (46,2)	70 (49,3)	75 (46,9)	230 (45,5)	<0,001
1	36 (48,6)	57 (43,8)	31 (21,8)	63 (39,4)	187 (37,0)	
≥ 2	13 (17,6)	13 (10,0)	41 (28,9)	22 (13,8)	89 (17,6)	
Balança infantil em condições de uso						
0	6 (8,1)	10 (7,7)	3 (2,1)	4 (2,5)	23 (4,5)	<0,001
1	44 (59,5)	101 (77,7)	109 (76,8)	137 (85,6)	391 (77,3)	
≥ 2	24 (32,4)	19 (14,6)	30 (21,1)	19 (11,9)	92 (18,2)	

Tabela 1. Quantidade de profissionais, equipamentos e materiais em UBS utilizados na prevenção e cuidado da obesidade por região do Espírito Santo, PMAQ - 3º ciclo (2017),(Cont).

Variáveis	Região					p-valor ^a
	Norte	Central	Metropolitana	Sul	ES	
Régua antropométrica adulto em condições de uso						
0	5 (6,8)	5 (3,8)	6 (4,2)	3 (1,9)	19 (3,8)	0,270
1	37 (50,0)	80 (61,5)	76 (51,4)	84 (52,5)	274 (54,2)	
≥ 2	32 (43,2)	45 (34,6)	63 (44,4)	73 (45,6)	213 (42,1)	
Régua antropométrica infantis em condições de uso						
0	0 (0,0)	11 (8,5)	12 (8,5)	17 (10,6)	40 (7,9)	0,017
1	51 (68,9)	94 (72,3)	85 (59,9)	109 (68,1)	339 (67,0)	
≥ 2	23 (31,1)	25 (19,2)	45 (31,7)	34 (21,2)	127 (25,1)	
Glicosímetro em condições de uso						
0	2 (2,7)	1 (0,8)	1 (0,7)	8 (5,0)	12 (2,4)	<0,001
1	37 (50,0)	55 (42,3)	28 (19,7)	79 (49,4)	199 (39,3)	
≥ 2	35 (47,3)	74 (56,9)	113 (79,6)	73 (45,6)	295 (58,3)	
Trena/fita antropométrica em condições de uso						
0	5 (6,8)	6 (4,6)	12 (8,5)	18 (11,2)	41 (8,1)	0,062
1	22 (29,7)	38 (29,2)	23 (16,2)	35 (21,9)	118 (23,3)	
≥ 2	47 (63,5)	86 (66,2)	107 (75,4)	107 (66,9)	347 (68,6)	
Material impresso e insumos para atenção à saúde	n= 74	n= 130	n= 142	n= 160	n= 506	
Caderneta de Saúde da Criança sempre disponível Sim	48 (64,9)	78 (60,0)	82 (57,7)	85 (53,1)	293 (57,9)	0,361
Caderneta da Gestante sempre disponível Sim	64 (86,5)	129 (99,2)	125 (88,0)	134 (83,8)	452 (89,3)	<0,001
Caderneta do Adolescente sempre disponível Sim	38 (51,4)	63 (48,5)	89 (63,4)	65 (40,6)	256 (50,6)	0,001
Caderneta do Idoso ou equivalente sempre disponível Sim	28 (37,8)	76 (58,5)	81 (57,0)	107 (66,9)	292 (57,7)	0,001

^aQui-quadrado. Os valores são n (%). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB; Unidade Básica de Saúde, UBS.

A tabela 2 indica as ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade desenvolvidas nas UBS. Com relação ao cuidado de crianças, observa-se que na região Norte, 6,0% das equipes não registravam o crescimento e desenvolvimento e o estado nutricional das crianças ($p=0,02$). Já na região Sul, 8,5% dos profissionais responderam que não registravam o estado nutricional, com diferença significativa entre as regiões ($p=0,004$).

Acerca das questões referentes ao cuidado da população geral, 97,0% dos profissionais perceberam que são desenvolvidas ações voltadas para a promoção à saúde no estado. Das ações, 41,7% das equipes da região Central e 40,7% da Metropolitana não realizam momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território; resposta afirmativa foi relatada em maior proporção por profissionais da região Sul (71,8%; $p=0,03$).

Ainda sobre ações voltadas à promoção à saúde, a utilização do *Guia Alimentar para a População Brasileira* foi mais baixa na região Metropolitana, onde 61,6% dos profissionais responderam utilizar o documento como base para realização das ações ($p<0,001$). Em relação às práticas integrativas e complementares para os usuários do território, apenas 6,0 e 4,5% dos profissionais das regiões Norte e Central, respectivamente, informaram oferecer esta ação ($p=0,007$), sendo 9,8% no estado.

A maioria das equipes não tem conhecimento da existência do Programa Academia da Saúde em seus municípios, com exceção da região Metropolitana (62,0%; $p<0,001$). Além disso, 74,0% dos profissionais não souberam dizer se existia um polo do programa em seu território de atuação, sendo 85,5% entre profissionais da região Norte e 85,2% da região Sul ($p<0,001$). Sobre o Programa Saúde na Escola, a maioria dos profissionais respondeu que participa do mesmo (84,3%), e destes, 69,7% relataram planejar as ações nas escolas conjuntamente com os profissionais da educação, com destaque para a região metropolitana (77,7%) ($p=0,03$).

Tabela 2. Ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade desenvolvidas por profissionais da saúde das UBS, por região do Espírito Santo - PMAQ - 3º ciclo (2017).

Variáveis	Região					p-valor ^a
	Norte	Central	Metropolitana	Sul	ES	
Registro do acompanhamento de crianças:	n = 83	n = 157	n = 237	n = 189	n = 666	
- Crescimento e desenvolvimento	78 (94,0)	153 (97,5)	235 (99,2)	179 (94,7)	645 (96,8)	0,024
- Estado nutricional	78 (94,0)	154 (98,1)	232 (97,9)	173 (91,5)	637 (95,6)	0,004
Desenvolvimento de ações:	n = 83	n = 157	n = 237	n = 189	n = 666	
- Promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até 6 meses	80 (96,4)	156 (99,4)	227 (95,8)	183 (96,8)	646 (97,0)	0,226
- Estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos 6 meses	80 (96,4)	153 (97,5)	226 (95,4)	179 (94,7)	638 (95,8)	0,613
- Promoção da saúde	79 (95,2)	156 (99,4)	229 (96,6)	182 (96,3)	646 (97,0)	0,222
Ações de promoção da saúde:	n = 76	n = 156	n = 226	n = 181	n = 639	
- Apoio ao autocuidado	74 (97,4)	149 (95,5)	207 (91,6)	175 (96,7)	605 (94,7)	0,071
- Organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território	50 (65,8)	91 (58,3)	134 (59,3)	130 (71,8)	405 (63,4)	0,028
Utilização do novo "Guia Alimentar para a População Brasileira"	n = 83	n = 157	n = 237	n = 189	n = 666	
	64 (77,1)	114 (72,6)	146 (61,6)	155 (82,0)	479 (71,9)	<0,001
Conhecimento do PAS no município	n = 83	n = 157	n = 237	n = 189	n = 666	
	31 (37,3)	71 (45,2)	147 (62,0)	85 (45,0)	334 (50,2)	<0,001
Conhecimento do polo do PAS no seu território	n = 83	n = 157	n = 237	n = 189	n = 666	
	12 (14,5)	43 (27,4)	90 (38,0)	28 (14,8)	173 (26,0)	<0,001
Desenvolvimento de ações conjuntas com os profissionais do polo do PAS	n = 12	n = 43	n = 90	n = 28	n = 173	
	5 (41,7)	24 (55,8)	60 (66,7)	18 (64,3)	107 (61,8)	0,297
Ações desenvolvidas com os profissionais do PAS:	n = 5	n = 24	n = 59	n = 18	n = 106	
- Práticas corporais e Atividade Física	4 (80,0)	19 (79,2)	47 (79,7)	15 (83,3)	85 (80,2)	0,987
- Encaminhamento de usuários para as atividades do polo	3 (60,0)	18 (75,0)	52 (88,1)	17 (94,4)	90 (84,9)	0,111

Tabela 2. Ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade desenvolvidas por profissionais da saúde das UBS, por região do Espírito Santo - PMAQ - 3º ciclo (2017),(Cont).

Variáveis	Região					p-valor ^a
	Norte	Central	Metropolitana	Sul	ES	
Participação da equipe no Programa Saúde na Escola	n = 50 42 (84,0)	n = 106 96 (90,6)	n = 190 154 (81,1)	n = 164 138 (84,1)	n = 510 430 (84,3)	0,198
Planejamento conjunto entre a equipe e profissionais da educação para desenvolvimento de ações na escola	n = 83 57 (68,7)	n = 157 122 (77,7)	n = 237 151 (63,7)	n = 189 134 (70,9)	n = 666 464 (69,7)	0,030
Oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICs)	n = 83 5 (6,0)	n = 157 7 (4,5)	n = 237 34 (14,3)	n = 189 19 (10,1)	n = 666 65 (9,8)	0,007

^aQui-quadrado. Os valores estão em n (%). Referente às respostas afirmativas dos profissionais. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB; Unidade Básica de Saúde, UBS; Programa Academia da Saúde. PAS.

A tabela 3 mostra as ações relacionadas ao cuidado da obesidade desenvolvidas nas UBS. A maioria das equipes (95,2%) realiza avaliação antropométrica nos usuários atendidos. E, após a identificação de usuários com obesidade, a ação mais realizada é o encaminhamento para um serviço especializado (92,3%), seguida do acompanhamento do usuário nas unidades de saúde (78,0%). No NASF, 40,0% e 66,7% dos profissionais, respectivamente, da região Metropolitana e Norte, responderam desenvolver ações para o cuidado da obesidade em conjunto com as equipes da atenção básica.

Das ações desenvolvidas em conjunto, a região Sul foi a que apresentou as menores proporções na coordenação do cuidado de casos complexos (88,9%), desenvolvimento de grupos temáticos e/ou terapêuticos direcionados à população com excesso de peso (55,6%), e estratificação de risco da população com excesso de peso (44,4%); entretanto, os dados não tiveram diferenças estatísticas entre as regiões de saúde.

Na região Norte, 50,0% dos profissionais do NASF responderam que não efetuam a capacitação dos profissionais da AB e não realizam a estratificação de risco da população com excesso de peso. Entretanto, todos os profissionais responderam que prestam assistência terapêutica aos usuários que passaram por procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, ao contrário da região Metropolitana, onde apenas 50,0% responderam realizar essa ação.

Tabela 3. Ações relacionadas ao cuidado da obesidade desenvolvidas por profissionais da saúde das UBS, por região do Espírito Santo PMAQ - 3º ciclo (2017).

Variáveis	Região					p-valor ^a
	Norte	Central	Metropolitana	Sul	ES	
Atenção à pessoa com obesidade - UBS						
Aferição de peso e altura dos usuários atendidos	n = 83 78 (94,0)	n = 157 149 (94,9)	n = 237 224 (94,5)	n = 189 183 (96,8)	n = 666 634 (95,2)	0,651
Após a identificação de usuário com obesidade, a equipe realiza alguma ação	n = 78 76 (97,4)	n = 149 144 (96,6)	n = 224 208 (92,9)	n = 183 181 (98,9)	n = 634 609 (96,1)	0,015
Ações que a equipe realiza: n = 609						
- Acompanhamento do usuário na UBS	52 (68,4)	105 (72,9)	178 (85,6)	140 (77,3)	475 (78,0)	0,004
- Oferta ações voltadas à atividade física	24 (31,6)	55 (38,2)	102 (49,0)	68 (37,6)	249 (40,9)	0,021
- Oferta ações voltadas à alimentação saudável	43 (56,6)	92 (63,9)	147 (70,7)	112 (61,9)	394 (64,7)	0,106
- Aciona equipe de Apoio Matricial para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	27 (35,5)	55 (38,2)	85 (40,9)	87 (48,1)	254 (41,7)	0,172
- Encaminha para serviço especializado	65 (85,5)	133 (92,4)	193 (92,8)	171 (94,5)	562 (92,3)	0,104
- Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	23 (30,3)	41 (28,5)	70 (33,7)	53 (29,3)	187 (30,7)	0,713
Atenção à pessoa com obesidade - NASF						
NASF desenvolve junto às equipes de AB ações para o manejo da obesidade	n = 3 2 (66,7)	n = 4 4 (100,0)	n = 5 2 (40,0)	n = 11 9 (81,8)	n = 23 17 (73,9)	0,184
Ações realizadas:						
- Assistência terapêutica a indivíduos que apresentam IMC entre 25-40 kg/m ²	n = 2 2 (100,0)	n = 4 4 (100,0)	n = 2 2 (100,0)	n = 9 9 (100,0)	n = 17 17 (100,0)	-
- Participação na coordenação do cuidado da obesidade nos casos complexos	2 (100,0)	4 (100,0)	2 (100,0)	8 (88,9)	16 (94,1)	0,815
- Desenvolvimento de grupos temáticos/terapêuticos direcionados ao público com excesso de peso	2 (100,0)	4 (100,0)	2 (100,0)	5 (55,6)	13 (76,5)	0,199
- Qualificação de profissionais da AB para o cuidado do usuário com excesso de peso	1 (50,0)	4 (100,0)	2 (100,0)	5 (55,6)	12 (70,6)	0,274
- Estratificação de risco da população com excesso de peso	1 (50,0)	4 (100,0)	2 (100,0)	4 (44,4)	11 (64,7)	0,166
- Assistência terapêutica aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade	2 (100,0)	3 (75,0)	1 (50,0)	7 (77,8)	13 (76,5)	0,704

^aQui-quadrado. Os valores estão em %. Referente às respostas afirmativas dos profissionais. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB; Unidade Básica de Saúde, UBS; Núcleo de Apoio à Saúde da Família, NASF; Atenção Básica, AB.

A tabela 4 apresenta o papel do NASF nas ações de atenção nutricional (AN). As regiões Central e Sul apresentaram melhores resultados, e a região Metropolitana apresentou o pior, com 20,0% das equipes do NASF informando o desenvolvimento ações de AN em conjunto com as equipes de AB ($p=0,04$).

Na região Norte, 66,7% dos profissionais do NASF afirmaram desenvolver ações de AN junto à atenção básica e, destes, nenhum alegou promover a articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis, como feiras de alimentos agroecológicos e hortas comunitárias. Ainda na região Norte, todos os profissionais afirmaram promover ações que fomentam práticas alimentares saudáveis de acordo com o *Guia Alimentar*; entretanto, apenas 50,0% declararam a participação nas outras ações questionadas.

Na região Sul, foi baixo o percentual de respostas afirmativas em relação à qualificação dos profissionais da AB (44,4%), realização de análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território (55,6%), promoção da articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis (22,2%), e na promoção de oficinas culinárias (33,3%).

Tabela 4. Desenvolvimento de ações de Atenção Nutricional entre equipes NASF e AB, por região do Espírito Santo - PMAQ - 3º ciclo (2017).

Variáveis	Região				Total	p-valor ^a
	Norte	Central	Metropolitana	Sul		
NASF desenvolve ações de atenção nutricional com as Equipes de AB	n=3 2 (66,7)	n=4 4 (100,0)	n=5 1 (20,0)	n=11 9 (81,8)	n=23 16 (69,6)	0,039
Ações realizadas:	n=2	n=4	n=1	n=9	n=16	
- Qualificação de profissionais da AB na coleta e análise dos marcadores de consumo	1 (50,0)	2 (50,0)	1 (100,0)	4 (44,4)	8 (50,0)	0,774
- Análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território	1 (50,0)	4 (100,0)	1 (100,0)	5 (55,6)	11 (68,8)	0,344
- Utilização de metodologias e/ou ferramentas com ênfase em práticas alimentares saudáveis	1 (50,0)	3 (75,0)	1 (100,0)	9 (100,0)	14 (87,5)	0,206
- Promoção de ações que fomentam práticas alimentares saudáveis	2 (100,0)	3 (75,0)	1 (100,0)	9 (100,0)	15 (93,8)	0,362
- Promoção e articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis	0 (0,0)	2 (50,0)	1 (100,0)	2 (22,2)	5 (31,2)	0,250
- Promoção de oficinas culinárias	1 (50,0)	1 (25,0)	1 (100,0)	3 (33,3)	6 (37,5)	0,545
- Qualificação dos profissionais da AB para a coleta e registro dos dados antropométricos.	1 (50,0)	2 (50,0)	1 (100,0)	8 (88,9)	12 (75,0)	0,353

^aQui-quadrado. Os valores estão em %. Referente às respostas afirmativas dos profissionais. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB; Unidade Básica de Saúde, UBS; Núcleo de Apoio à Saúde da Família, NASF; Atenção Básica, AB.

DISCUSSÃO

O presente estudo constatou lacunas no que diz respeito às condições para a produção de ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção e cuidado da obesidade, como carência de profissionais da educação física e nutricionistas nas equipes, ausência de aparelhos de pressão com braçadeiras para adultos com obesidade e balança antropométrica de 200 kg em condições de uso nas unidades, baixo conhecimento e desenvolvimento de ações no polo do PAS, baixa oferta de Práticas Integrativas e Complementares e de ações voltadas à atividade física, além de limitada formação de grupos de educação em saúde.

Ao analisar as regiões separadamente, a Metropolitana foi a que apresentou os melhores indicadores. Esta região é a mais populosa, com 2.277.458 habitantes dos 4.064.052 da população total estimada (IBGE referência 2020) e a que recebe maiores financiamentos em saúde. Em relação à descentralização dos recursos, 43,1% dos estabelecimentos da região Metropolitana são geridos pelos municípios (Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) / Ministério da Saúde - referência dezembro/2017 – considerando todos os estabelecimentos). Em 2017, o ES possuía 882 UBS cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, das quais 32,6% estavam presentes na região Metropolitana, 25,6% na Sul, 23,6% na Central e 18,1% na Norte. E das 895 equipes, 40% pertenciam à região Metropolitana, contra 13,9% da Norte. Com relação ao NASF, das 35 equipes, 37,1% estavam presentes na região Sul e 14,3% na Central (Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) / Ministério da Saúde - referência dezembro/2017). Apenas 55,6% da população da região Metropolitana é coberta pela AB, valor que chega a 91,5% na região Sul (e-Gestor AB referência dezembro/2017).

Com relação ao quantitativo de profissionais, as equipes das UBS eram formadas por 3.372 profissionais da saúde, dos quais um terço de cada eram médicos, enfermeiros e outros profissionais; e dentre estes últimos, 1,9% era de nutricionistas (Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) / Ministério da Saúde - referência dezembro/2017).

Pôde-se observar, com o presente trabalho, que existe uma carência de nutricionistas e educadores físicos na APS em todo o estado. Para garantir apoio terapêutico aos casos de obesidade, é essencial que as unidades ofereçam atenção nutricional individualizada, educação contínua de profissionais, ações de alimentação e nutrição, além de atividade física, de forma a auxiliar os indivíduos na manutenção e/ou na recuperação do peso ideal, incentivando, ainda, a adoção de modos de vida saudáveis.⁶ Para atingir tais objetivos, é imprescindível o trabalho de uma equipe multiprofissional.

Estudo sobre a experiência de um serviço ambulatorial multiprofissional e interdisciplinar realizado em 2019 identificou que o trabalho em grupo (composto por assistente social, médico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo) é uma importante estratégia para o cuidado do indivíduo com obesidade, visto que acarreta melhoria na adesão ao tratamento, respeita as singularidades do sujeito e incentiva a mudança de hábitos dos indivíduos e seus familiares.¹⁵ Além do mais, o trabalho interprofissional contribui para alcançar o princípio da integralidade do SUS, devido à possibilidade de um cuidado mais efetivo em saúde, em virtude da aproximação dos profissionais e das realidades da comunidade.^{16,17}

Considerando a alimentação saudável e a prática de atividade física como pontos fundamentais para a alteração comportamental e a integralidade do cuidado, o nutricionista e o educador físico são profissionais capacitados para atuação na atenção primária dentro das comunidades. Sua presença, junto a outros profissionais da saúde, permite a construção de olhares ampliados sobre indivíduos e territórios que podem subsidiar a promoção da saúde na população.^{18,19} Sendo assim, deve-se garantir intervenção multiprofissional definindo as atribuições específicas de atuação na APS, com a finalidade de atingir a problemática da obesidade.

A falta de nutricionistas e educadores físicos evidencia uma fraqueza dentro do sistema de atenção que, muitas vezes, colabora para a inversão de papéis em detrimento da capacidade técnica.²⁰

Ficou evidenciada a escassez de equipamentos que auxiliam no diagnóstico do estado nutricional em todo o estado, principalmente entre as equipes das regiões Central e Sul. Como estratégia para prevenção e cuidado da pessoa com excesso de peso, é fundamental que haja instrumentos disponíveis e em boas condições de uso, além da capacitação dos profissionais da saúde, para que seja realizada a correta avaliação antropométrica e, conseqüentemente, o diagnóstico, a estratificação de risco e o acompanhamento dos usuários.¹⁸ Vale destacar, também, a baixa disponibilidade de cadernetas de saúde nas unidades, sobretudo as que auxiliam no acompanhamento de adolescentes e idosos nas regiões Sul e Norte, respectivamente. Assim como os equipamentos antropométricos, as cadernetas são importantes instrumentos para avaliação, classificação do estado nutricional e monitoramento dos indivíduos.⁶

A APS, como porta de entrada dos indivíduos ao sistema público de saúde, deve desenvolver ações sobre os condicionantes e os determinantes sociais da saúde, de forma a impactar positivamente sobre a qualidade de vida da população. O acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e do estado nutricional das crianças deve ser tratado com maior atenção pelas equipes das regiões Norte e Sul, visto que a estratégia auxilia na redução da mortalidade infantil e na prevenção de doenças, incluindo a obesidade, na infância e nas demais fases da vida.^{6,21}

É fundamental, também, que sejam institucionalizados momentos de escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território, estratégia pouco utilizada em todo o estado, principalmente pelas regiões Central e Metropolitana (princípio do SUS – participação social). Raimundo & Cadete destacam a importância da escuta, classificando-a como ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral. Para os autores, por meio da escuta é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.²²

Ainda sobre as estratégias para a promoção à saúde e prevenção da obesidade, pode-se observar que o *Guia Alimentar para a População Brasileira* deve ser mais utilizado pelas equipes de saúde, principalmente aquelas da região Metropolitana. Publicado inicialmente em 2006, o guia é um excelente instrumento para auxiliar nas ações de educação alimentar e nutricional no SUS e seu uso frequente contribui para a construção de conhecimento e desenvolvimento de atividades individuais e coletivas que visam incentivar a práticas alimentares saudáveis.²³

Também é baixa a oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nas UBS analisadas em todo o estado, sobretudo nas regiões Norte e Central. Existem evidências científicas que demonstram os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e as PICs na rede, visto que tais práticas promovem saúde considerando, também, fatores sociais, culturais e emocionais dos indivíduos.^{24,25}

O uso das PICs diminui a utilização de medicamentos, auxilia no empoderamento, na busca do autocuidado pelos usuários, na autonomia e participação nas estratégias de tratamento e na satisfação da população, além de promover menores custos ao sistema público de saúde.²⁶ Para que seja incorporado no serviço de saúde, é importante que haja a capacitação dos profissionais; apoio e fomento a estudos e pesquisas que tenham como linha de pesquisa o uso das PICs no âmbito do SUS; além de tornar disponíveis plantas medicinais e fitoterápicos manipulados ou industrializados nas unidades de saúde.²⁵

Dentre as políticas públicas para promoção à saúde da população, o Programa Academia da Saúde funciona como importante estratégia para incorporar os exercícios físicos na rotina da população, além de ser fundamental no plano terapêutico dos indivíduos com excesso de peso⁶. No presente estudo, foi identificada maior proximidade com o programa apenas nas equipes da região Metropolitana. Esse achado era esperado, visto que em 2017 havia somente 15 Academias da Saúde no estado, e destas, 67% estavam na região Metropolitana (DAB/MS referência dezembro/2017).

De modo contrário, houve menor adesão das equipes da região metropolitana efetuando um trabalho conjunto entre os profissionais das UBS e os profissionais da educação do Programa Saúde na Escola. O programa visa justamente articular educação e saúde, e tem como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde dos alunos e suas famílias, funcionando, desse modo, como ação estratégica para a prevenção da obesidade.²⁷ Os dados identificados de participação no programa no estado mostram que a escola continua sendo um importante espaço de promoção de práticas e modos de vida saudáveis, e que tal importância é reconhecida pelas equipes de saúde.

Dentro da linha de cuidado da obesidade, o presente estudo verificou que mais equipes das regiões Norte, Central e Sul sinalizaram a realização de ações específicas após a identificação de indivíduos com obesidade do que equipes da região Metropolitana. Entretanto, ao verificar as ações realizadas, destaca-se a região Norte com menor acompanhamento dos usuários com obesidade nas unidades de saúde e da oferta de ações voltadas à atividade física. As UBS são pontos de atenção à saúde cruciais para a produção singular do cuidado; devido a isso, é importante reorganizar os processos de trabalho e os serviços de saúde, considerando as demandas e necessidades dos usuários de maneira a propiciar um cuidado integral e continuado a esses indivíduos.¹³²⁸ A maioria das UBS do estado encaminha as pessoas com obesidade para os serviços especializados, sendo que a grande parte dos casos de obesidade pode e deve ser solucionada na APS. Tal encaminhamento, sem que haja tentativas de resolução pela APS, promove o aumento de gasto no sistema público de saúde e a saturação da atenção terciária.

Foi observada baixa integração entre os profissionais do NASF e as equipes da AB no desenvolvimento de estratégias para o adequado manejo da obesidade e de ações de AN no estado. Ações interdisciplinares, como o desenvolvimento de grupos terapêuticos para indivíduos com excesso de peso, qualificação dos profissionais da saúde e auxílio na estratificação dos grupos de risco são essenciais para o enfrentamento da obesidade na APS. O apoio matricial potencializa a resolutividade das demandas de saúde, visto que tal interlocução entre diferentes profissionais da saúde promove a ampliação dos saberes e permite melhor oferta do cuidado à saúde.^{6,29}

Documento do Ministério da Saúde (2014) apresentou trabalhos significativos com relação às ações de prevenção e cuidado da obesidade na APS, que permitem um olhar além do modelo biomédico individual e fragmentado, e consideram os determinantes sociais da saúde que interferem na atenção à saúde. Além disso, as estratégias retratadas possibilitam o trabalho colaborativo, interprofissional e interdisciplinar, de forma a considerar de maneira integrativa os indivíduos e seus familiares. Foram identificadas experiências exitosas como a formação de grupos de apoio, espaços e grupos voltados à prática corporal, educação em alimentação e nutrição, trabalho ativo de promoção à saúde com escolares, desenvolvimento de hortas comunitárias, dentre outras ações fundamentais no enfrentamento da obesidade.

Com base nos dados disponibilizados no presente trabalho, é incontestável a necessidade de incorporar planos terapêuticos e estratégias referentes ao acompanhamento dos indivíduos com obesidade na rede de atenção primária do ES, com ações voltadas à alimentação saudável e à atividade física, apoio matricial interdisciplinar, e oferta de grupos de educação em saúde. O estudo identificou também a necessidade de

compor equipes multiprofissionais nas diferentes regiões, incorporar ações intersetoriais, e desenvolver atividades compartilhadas, principalmente com o Programa Academia da Saúde, para que a APS seja resolutiva no controle da obesidade.⁶

Vale ressaltar, como limitação do presente estudo, a ocorrência de viés de memória, em que a informação fornecida pelos profissionais da saúde pode estar distorcida. Não é possível atestar, também, a qualidade das informações coletadas, visto que aos dados são de base secundária. Entretanto, este tipo de estudo é fundamental para a tomada de decisões na saúde pública, pois seus resultados permitem conhecer a dinâmica das unidades e das equipes de saúde, as percepções que os profissionais têm sobre as ações para prevenção e cuidado da obesidade, além de possibilitar a identificação de lacunas na rede.

Os resultados servem como subsídio para que gestores municipais e equipes possam desenvolver ações intra e intersetoriais específicas para cada região do ES que contribuam para melhoria da qualidade na atenção dos usuários com excesso de peso nos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

O processo de cuidado das pessoas com obesidade nas diferentes regiões do ES apresenta importantes limitações com relação à estrutura, o que prejudica fortemente a realização das ações realizadas nos serviços de saúde da APS. Estas limitações devem ser consideradas pelos gestores no planejamento de ações e estratégias específicas para melhorar a qualidade do cuidado ofertado às pessoas com obesidade no estado.

REFERÊNCIAS

1. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(7): 1-12. Doi: 10.1590/0102-311X00006016
2. Hruby A, Hu FB. 2015. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmaco Economics* 2015; 33: 673-8. doi:10.1007/s40273-014-0243-x
3. Spelta F, Fratta Pasini AM, Cazzoletti L, Ferrari M. Body weight and mortality in COPD: focus on the obesity paradox. *Eat Weight Disord.* 2018; 23(1):15-22. doi: 10.1007/s40519-017-0456-z. Epub 2017 Nov 6. PMID: 29110280.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019; 297.
5. Almeida LM, Campos KFC, Randow R, Guerra VA. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde* 2017; 8(1): 114-139.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Obesidade. Cadernos de Atenção Básica, nº38. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 26 (2): 275-284. Doi: 10.5123/S1679-49742017000200005
8. Neves RG, Duro SMS, Muñiz J, Castro TRP, Facchini LA, Tomasi E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad de Saúde Pública* 2018. 34 (4); e00072317. Doi: 10.1590/0102-311X00072317
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000; 34(3): 316-9. doi: 10.1590/S0034-89102000000300018
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização 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* 101 2013; Seção 1.
11. Riquieri MRL, Soares GB, Duarte RCL, Lima EFA. Entre dados, passos e relatos: a experiência da coleta de dados do PMAQ no Espírito Santo. *Rev. Eletr. Gestão & Saúde* 2019; 10(2):246-260. Doi: 10.26512/ges.v10i2.22488
12. Abreu DMX, Pinheiro PC, Queiroz BL, Lopes ÉAS, Machado ATGM, Lima ÂMLD, et al. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2018; 42(1): 67-80. Doi: 10.1590/0103-11042018S105
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011; 44 p. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3183>
14. Secretaria de Estado da Saúde (Espírito Santo). Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR. Secretaria da Saúde do Espírito Santo; 2011.
15. Lordani CRF, Costa MD, Silva LL, Costa JB, Araújo ACF. Experiência de um serviço ambulatorial multiprofissional e interdisciplinar de obesidade e cirurgia bariátrica. *Rev. Bras. Obes. Nutri. Emag.* 2019; 13(82): 934-42.

16. Mallmann FH, Toassi R F C. Educação e trabalho interprofissional em saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil: análise da produção científica de 2010 a 2017. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*. 2019; 13(1): 70-84.
17. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. educ. saúde*. 2020; 18 (s1):e0024678.
18. Mais LA, Domene SMA, Barbosa MB, Taddei JAAC. Formação de hábitos alimentares e promoção da saúde e nutrição: o papel do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Rev. APS*. 2015; 18(2): 248-55.
19. Silva JCA, Silva KS, Neto CM, Silva TCA, Campos AS. Inclusão do educador físico na Atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa. *SANARE* 2018; 17(1): 74-83.
20. Tavares HC, Pereira PA, Parente JS, Ramos JLS, Marques AA, et al. A importância da inserção do nutricionista na unidade básica de saúde: percepção dos profissionais de saúde. *Rev. E-ciênc*. 2016; 4(1):89-98. Doi: 10.19095/rec.v4i1.154
21. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
22. Raimundo JS, Cadete MMM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta paul. enferm*. 2012; 25(spe2): 61-7. Doi: 10.1590/S0103-21002012000900010
23. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
24. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(3):1793-1800. Doi: 10.1590/S1413-81232011000300015
25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso. 2a Ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2015.
26. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde debate* 2019; 43(123): 1205-18. Doi: 10.1590/0103-1104201912318
27. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde na Escola. Cadernos de Atenção Básica, nº24. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: Resultados do laboratório de inovação no manejo da obesidade nas redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10. Brasília: 2014.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, nº39. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Colaboradoras

Reis EC contribuiu com a concepção e delineamento do estudo, interpretação dos dados e redação do artigo. Aprelini CMO contribuiu com o delineamento do estudo; análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Jesus TR contribuiu com a aquisição, análise dos dados e redação do artigo. Enríquez-Martinez OG contribuiu com a redação do artigo. Faria CP e Molina MCB contribuíram com a concepção e delineamento do estudo, interpretação dos dados e redação do artigo. Todos os autores contribuíram com a revisão crítica do conteúdo e aprovação final. Os autores se responsabilizam por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Recebido: 07 de dezembro de 2021

Aceito: 14 de julho de 2022