

A atuação das equipes multiprofissionais no fortalecimento do cuidado das pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil nos anos de 2016 e 2017

The performance of multidisciplinary teams in supporting the care of people with obesity in Primary Health Care in Brazil in 2016 and 2017

Erika Cardoso dos Reis¹, Ana Laura Brandão², Juliana Pereira Casemiro³

Artigo Original

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar a atuação das equipes multiprofissionais na sua interface com as equipes Atenção Primária à Saúde (APS) no fortalecimento do cuidado das pessoas com obesidade, nas regiões e estados do Brasil, a partir do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Isso é feito por meio das informações sobre o processo de trabalho e a organização do cuidado aos usuários. Nos resultados, pode-se identificar uma divisão entre ações realizadas por 90% ou mais das equipes (intervenção em agravos nutricionais, promoção da alimentação saudável e registro de dados antropométrico), consideradas ações mais tradicionais, e outras que são mais recentes na agenda de alimentação e nutrição e demandam atuação intersetorial, realizadas por cerca de metade das equipes (desenvolvimento de linhas de cuidado, realização de hortas e oficinas culinárias). Os melhores resultados são da região nordeste, que possui maior quantitativo de equipes multiprofissionais. Diante dos retrocessos no âmbito da agenda governamental de saúde implementada no período de 2019 a 2022, destaca-se que a defesa da permanência das equipes multiprofissionais é essencial para garantir a integralidade e o fortalecimento do cuidado nutricional às pessoas com obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Obesidade. Equipe Multiprofissional. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

This article aims to analyze the performance of multidisciplinary teams in their interface with PHC teams in supporting the care of people with obesity in the regions and states of Brazil from the 3rd cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), through information about the work process and the organization of care for users. In the results, a division can be identified between actions carried out by 90% or more of the teams (intervention in nutritional problems, promotion of healthy eating, and recording of anthropometric data) and which are considered more traditional and more recent actions. The food and nutrition agenda requires intersectoral action, which is carried out by around half of the teams (development of lines of care, creation of vegetable gardens, and culinary workshops). The best results are from the northeast region, which has the most significant number of multidisciplinary teams. Given the setbacks within the scope of the governmental health agenda implemented from 2019 to 2022, it is highlighted that defending the permanence of interdisciplinary teams is essential to guarantee comprehensiveness and strengthen nutritional care for people with obesity.

KEYWORDS: Primary Health Care. Family Health. Obesity. Patient Care Team. Integrality in Health.

¹ Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)  <https://orcid.org/0000-0003-4459-9345>  erika.careis@gmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)  <https://orcid.org/0000-0002-7148-2268>

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  <https://orcid.org/0000-0001-6940-2479>

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica não transmissível (DCNT), de origem multifatorial e complexa, considerada um grave problema de saúde pública devido às suas proporções epidêmicas¹⁻³.

O cuidado das pessoas com obesidade deve iniciar, preferencialmente, na Atenção Primária à Saúde (APS) através do desenvolvimento de ações de promoção da saúde, que deve acolher, tratar e coordenar o cuidado integral de indivíduos, famílias e da população. Pela sua proximidade com o cotidiano de vida das pessoas, a APS possibilita maior poder de compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde dos territórios⁴⁻⁶. Além disso, este cuidado deve estar pautado em diretrizes clínicas baseadas em evidências e no uso de ferramentas de comprovada efetividade e integração da APS com a atenção especializada para a implementação de uma linha de cuidado (LC) organizada e eficiente⁷.

No escopo das ações da APS, além das realizadas pelas equipes de Saúde da Família (EqSF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), os documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) ressaltam a importância da atuação das equipes multiprofissionais como potencializadoras da resolutividade, ampliando os saberes acerca da complexidade da obesidade e permitindo uma melhor oferta de cuidado através do apoio matricial^{5,8,9}.

A atuação conjunta das equipes da APS com equipes multiprofissionais propicia uma metodologia de trabalho que propõe a superação das limitações impostas pela organização tradicional dos serviços de saúde, ampliando as possibilidades de integração dialógica entre diversas especialidades do campo da saúde¹⁰.

As equipes multiprofissionais na APS, criadas em 2008 e então denominadas como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tiveram sua implantação ampliada e incentivada ao longo dos anos por meio de repasses financeiros do MS aos municípios condicionados a recursos do Piso de Atenção Básica variável¹¹⁻¹³. A partir de 2016, a organização e oferta de ações de saúde foram impactadas pela implementação de medidas que reduziram os recursos para a saúde, como o congelamento de gastos via emenda constitucional nº 95, mudança nos blocos de financiamento do SUS e a defesa de planos privados de saúde populares com baixa cobertura¹⁴⁻¹⁶.

Ainda nesse contexto, foram observadas mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que caracterizaram uma desconfiguração da APS, como a diminuição do número mínimo de agentes comunitários de saúde (ACS) por EqSF, a indicação de maiores incentivos financeiros para formatos de APS anteriores à Estratégia Saúde da Família (ESF) e a alteração na denominação do NASF, que passou a ser chamado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica^{17,18}.

Em 2023, ocorreram mudanças positivas importantes por meio da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio, instituiu as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), equipes compostas por profissionais de diversas áreas de conhecimento e que atuam de forma complementar e integrada às demais equipes da APS. Essa portaria se configura como uma reconstrução e reformulação das equipes multiprofissionais, a partir da instituição e do incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as eMulti, além de definir diretrizes para a reorganização das eMulti em detrimento das equipes NASF¹⁹.

Partindo desse contexto de implementação, enfraquecimento e reconfiguração das equipes multiprofissionais na APS, este artigo objetiva avaliar a atuação dessas equipes quanto às práticas de cuidado direcionadas para usuários com obesidade, nas regiões e estados do Brasil, por meio da avaliação externa do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, baseado na análise de dados secundários do módulo 4 do ciclo 3 do PMAQ-AB, que aborda informações sobre processos de trabalho das equipes multiprofissionais e a organização do cuidado aos usuários obtida a partir de entrevistas, além da verificação de documentos que apoiam a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, relativo ao período de 2016/2017. As entrevistas foram realizadas em todas as Unidades da Federação (UF), nas UBS, utilizando-se de equipamento eletrônico manuseado por entrevistadores treinados.

Os itens que compõem as entrevistas do PMAQ-AB são agrupados em padrões de qualidade (essenciais, estratégicos, gerais e obrigatórios). Conforme a Portaria 1.645/2015, para que a equipe seja classificada com o desempenho ótimo, além de obter uma nota mínima, deve alcançar um conjunto de padrões considerados estratégicos²⁰. Os dois blocos analisados neste estudo apresentam três variáveis que integram a avaliação do padrão estratégico.

Os dados do PMAQ-AB são de domínio público e de acesso irrestrito, disponibilizados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do MS²¹. Os dados de credenciamento e implantação das equipes multiprofissionais foram obtidos na página do e-Gestor AB através do relatório de financiamento do mês de dezembro de 2017.

Para este estudo foram selecionadas todas as variáveis dos blocos IV.12 Atenção nutricional, pelo NASF, e IV.13 Atenção à pessoa com obesidade, que foram apresentados como blocos 1 e 2, respectivamente (Quadro 1). Estes blocos estão relacionados aos três princípios da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que são: 1. Organização da atenção nutricional; 2. Promoção da alimentação adequada e saudável; e 3. Vigilância alimentar e

nutricional (VAN). As informações pertinentes aos blocos contribuem para a compreensão tanto do papel das equipes multiprofissionais no cuidado das pessoas com obesidade, quanto da implementação da PNAN na APS ²².

Quadro 1 – Blocos e variáveis do módulo 4 do ciclo 3 do PMAQ-AB utilizadas no estudo

IV.12. Atenção nutricional pelo NASF				
Código de variável	Múltipla Resposta	Descrição	Código	Descrição
IV.12.1 - Geral		O NASF desenvolve ações de atenção nutricional com as Equipes de Atenção Básica?	1	Sim
			2	Não
IV.12.2.1	IV.12.2 Quais das seguintes ações são realizadas?	Qualifica os profissionais da Atenção Básica na coleta e análise dos marcadores de consumo?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.12.2.2		Realiza análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território (por exemplo: anemias, desnutrição, hipovitaminose A)?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.12.2.3		Utiliza metodologias e/ou ferramentas com ênfase em práticas alimentares saudáveis, tais como o Guia Alimentar para a População Brasileira?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.12.2.4		Promove ações que fomentam práticas alimentares saudáveis, baseado no consumo de alimentos regionais e no Guia Alimentar para a População Brasileira (Estratégico)?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.12.2.5		Promove articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis, como feiras de alimentos agroecológicos, hortas comunitárias?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.12.2.6		Promove oficinas culinárias ?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.12.2.7		Qualifica os profissionais da Atenção Básica para a coleta e registro dos dados antropométrico?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.12.2.8		Nenhuma das anteriores	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.13. Atenção à pessoa com obesidade				
Código de variável	Múltipla Resposta	Descrição	Código	Descrição
IV.13.1 - Geral		O NASF desenvolve ações para o manejo da obesidade com as Equipes de Atenção Básica?	1	Sim
			2	Não
IV.13.2.1	IV.13.2 Quais das seguintes ações são realizadas?	Presta assistência terapêutica aos indivíduos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m ² ?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.13.2.2		Participa da coordenação do cuidado dos casos complexos que necessitam de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC 30 kg/m ² com comorbidades ou IMC 40 kg/m ² (Estratégico)?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica

(Conclusão)

IV.13. Atenção à pessoa com obesidade (continuação)				
Código de variável	Múltipla Resposta	Descrição	Código	Descrição
IV.13.2.3		Desenvolve grupos temáticos e/ou terapêuticos direcionados ao público com excesso de peso e obesidade em conjunto com a Equipe de Atenção Básica?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.13.2.4		Qualifica os profissionais da Atenção Básica para o cuidado do usuário com excesso de peso e obesidade?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.13.2.5		Realiza estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade, de acordo com a classificação do estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades (Estratégico)?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.13.2.6		Presta assistência terapêutica aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
IV.13.2.7		Nenhuma das anteriores	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica

Fonte: elaborado pelas autoras

Nos resultados, é apresentada a análise estatística descritiva, através de frequências simples para cada variável analisada por estado, segundo as regiões do país, realizadas nos softwares *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 e Microsoft Excel® versão 2010.

Vale destacar que o Distrito Federal foi excluído do estudo, pois apenas duas equipes multiprofissionais participaram do módulo analisado nesta pesquisa, e uma delas informou realizar atividades dos blocos de atenção nutricional à pessoa com obesidade.

O estudo foi realizado conforme os princípios éticos que constam na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, não sendo necessária a aprovação do trabalho no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) devido à utilização de dados secundários.

RESULTADOS

Em dezembro de 2017, havia 4.886 equipes multiprofissionais implantadas na APS no Brasil, denominadas neste período como NASF. A tabela 1 apresenta a quantidade de equipes nas regiões e estados do Brasil. É importante frisar que os tipos de NASF relacionam-se à carga horária semanal total da equipe e à quantidade de EqSF na qual cada equipe NASF está vinculada^{17,23}.

A região nordeste é a que possui a maior quantidade de equipes NASF tipo I (200h, vinculado a 5-9 EqSF) e II (120h, vinculado a 3-4 EqSF), com grande participação dos estados da Bahia, Ceará e Pernambuco. As equipes tipo III, que possuem menor carga horária (80h) e estão vinculadas a uma menor quantidade de equipes (1-2 EqSF) são mais presentes na região sudeste, sendo Minas Gerais o estado com maior quantidade destas equipes (tabela 1).

Os dados da tabela 1 apontam desigualdade na distribuição das equipes NASF no Brasil, uma vez que 41,5% delas estão na região nordeste (2ª mais populosa do país), enquanto o Sudeste, que concentra o maior contingente populacional, tem apenas 28,9% das equipes do país ²⁴.

Tabela 1 – Quantitativo populacional e de equipes NASF tipos I, II e III credenciadas pelo Ministério da Saúde e implantadas nas Regiões e Estados do Brasil, 2017

Região/Estado	População (habitantes)	NASF Tipo I		NASF Tipo II		NASF Tipo III	
		Credenciados	Implantados	Credenciados	Implantados	Credenciados	Implantados
Região Norte	16.347.807	351	239	71	59	109	91
Acre	758.786	19	18	4	5	3	3
Amapá	698.602	18	12	3	3	3	2
Amazonas	3.590.985	81	55	9	6	2	2
Pará	7.822.205	170	109	15	12	6	3
Rondônia	1.590.011	19	9	10	4	2	1
Roraima	469.524	13	8	5	5	2	2
Tocantins	1.417.694	31	28	25	24	91	78
Região Nordeste	53.907.144	1.654	1.357	395	396	281	277
Alagoas	3.165.472	103	99	27	29	12	12
Bahia	14.175.341	361	290	105	105	12	11
Ceará	8.606.005	271	205	36	39	1	1
Maranhão	6.714.314	219	189	29	30	10	8
Paraíba	3.815.171	163	145	55	53	79	75
Pernambuco	8.931.028	270	221	27	32	3	2
Piauí	3.160.748	122	91	58	58	96	104
Rio Grande do Norte	3.228.198	100	81	40	39	56	57
Sergipe	2.110.867	45	36	18	11	12	7
Região Centro-Oeste	14.423.952	185	136	93	82	159	138
Distrito Federal	2.648.532	11	9	0	0	0	0
Goiás	6.154.996	91	78	41	40	106	96
Mato Grosso	3.115.336	40	20	26	24	40	28
Mato Grosso do Sul	2.505.088	43	29	26	18	13	14

(Conclusão)

Região/Estado	População (habitantes)	NASF Tipo I		NASF Tipo II		NASF Tipo III	
		Credenciados	Implantados	Credenciados	Implantados	Credenciados	Implantados
Região Sudeste	81.565.983						
Espírito Santo	3.578.067	48	19	18	9	2	1
Minas Gerais	19.855.332	530	369	218	176	264	235
Rio de Janeiro	16.231.365	232	167	10	6	0	0
São Paulo	41.901.219	422	280	80	47	147	105
Região Sul	27.731.644	478	258	195	158	362	281
Paraná	10.577.755	243	111	86	67	114	85
Rio Grande do Sul	10.770.603	84	46	47	29	121	85
Santa Catarina	6.383.286	151	101	62	62	127	111
Brasil	193.976.530	3.900	2.825	1.080	933	1.324	1.128

As modalidades de NASF são definidas de acordo com o nº de equipes vinculadas e a somatória das cargas horárias profissionais:

NASF tipo I: 5 a 9 equipes de saúde da família (eSF) e/ou equipes de atenção básica (eAB) para populações específicas: *Equipe Consultório na Rua (eCR)*, *Equipe Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)* e *Equipe Saúde da Família Fluvial (eSFF)*; mínimo 200 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal.

NASF tipo II: 3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas: eCR, eSFR e eSFF; mínimo 120 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

NASF tipo III: 1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas: eCR, eSFR e eSFF; mínimo 80 horas semanais; cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor-AB, 2020. Dados referentes ao mês de dezembro/2017 (BRASIL, 2020b)

Bloco 1. Ações de atenção nutricional realizadas pelas equipes multiprofissionais

As tabelas 2 e 3 apresentam as ações de atenção nutricional realizadas pelas equipes multiprofissionais nas regiões e estados do Brasil. A resposta “sim” à primeira pergunta “Desenvolvimento com as Equipes ações de atenção nutricional” determinou se a equipe continuaria a responder às demais perguntas deste bloco.

Em 2017, 92,1% das equipes multiprofissionais no país desenvolviam ações de atenção nutricional com as equipes da APS. Todas as regiões do país apresentaram proporção superior a 85,0%, com proporções mais elevadas entre os estados da região nordeste e mais baixas no Espírito Santo (Tabela 2).

A região nordeste também apresenta dados superiores às outras regiões do Brasil no que diz respeito à qualificação dos profissionais da APS na coleta e análise dos marcadores de consumo alimentar. Em relação aos estados, 100,0% das equipes do Amazonas relataram a realização desta atividade, seguido do Maranhão (80,5%), e os estados de Rondônia (40,0%) e Roraima (42,9%) com as menores proporções.

A análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território (por exemplo: anemias, desnutrição, hipovitaminose A) são executadas em maiores proporções pelas equipes multiprofissionais da região nordeste. No conjunto dos estados, Amazonas, Roraima e Acre relataram que 100,0% das suas equipes executam intervenções sobre os agravos nutricionais, enquanto o Espírito Santo tem menor proporção.

O uso de metodologias e/ou ferramentas com ênfase em práticas alimentares saudáveis, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, também foi maior no Nordeste (96,5%) e com proporções elevadas nos estados de Amazonas e Roraima com 100,0% das equipes informando a efetivação destas ações. Considerando os dados do Brasil, essa foi a ação mais realizada por um número expressivo de equipes em todo o território nacional (95,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Ações de atenção nutricional realizadas pelo NASF com as equipes de atenção básica nas Regiões e Estados do Brasil, segundo o PMAQ-AB, 2017

Região/Estado	Desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações de atenção nutricional	Qualifica os profissionais da Atenção Básica na coleta e análise dos marcadores de consumo	Realiza análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território	Utiliza metodologias com ênfase em práticas alimentares saudáveis
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Região Norte	253 (85,2)	163 (64,4)	224 (88,5)	229 (90,5)
Amazonas	17 (94,4)	17 (100,0)	17 (100,0)	17 (100,0)
Roraima	7 (77,8)	3 (42,9)	7 (100,0)	7 (100,0)
Amapá	44 (86,3)	32 (72,7)	38 (86,4)	37 (84,1)
Pará	78 (91,8)	54 (69,2)	74 (94,9)	73 (93,6)
Tocantins	82 (78,8)	46 (56,1)	66 (80,5)	75 (91,5)
Rondônia	10 (90,9)	4 (40,0)	7 (70,0)	8 (80,0)
Acre	15 (78,9)	7 (46,7)	15 (100,0)	12 (80,0)
Região Nordeste	1629 (95,9)	1187 (72,9)	1530 (93,9)	1572 (96,5)
Maranhão	128 (96,2)	103 (80,5)	118 (92,2)	120 (93,8)
Piauí	205 (89,5)	163 (79,5)	194 (94,6)	196 (95,6)
Ceará	213 (97,3)	151 (70,9)	196 (92,0)	207 (97,2)
Rio Grande do Norte	153 (95,6)	121 (79,1)	143 (93,5)	149 (97,4)
Pernambuco	205 (97,2)	145 (70,7)	195 (95,1)	195 (95,1)
Paraíba	260 (97,7)	188 (72,3)	245 (94,2)	254 (97,7)
Sergipe	30 (90,9)	17 (56,7)	26 (86,7)	29 (96,7)
Alagoas	122 (97,6)	85 (69,7)	113 (92,6)	116 (85,1)
Bahia	313 (96,6)	214 (68,4)	300 (95,8)	306 (97,8)
Região Centro-Oeste	274 (89,3)	174 (63,5)	232 (84,7)	251 (91,6)
Mato Grosso	50 (84,7)	39 (78,0)	48 (96,0)	48 (96,0)
Mato Grosso do Sul	57 (100,0)	39 (68,4)	47 (82,5)	53 (93,0)
Goiás	166 (87,8)	96 (57,8)	136 (81,9)	149 (89,8)

(Conclusão)

Região/Estado	Desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações de atenção nutricional	Qualifica os profissionais da Atenção Básica na coleta e análise dos marcadores de consumo	Realiza análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território	Utiliza metodologias com ênfase em práticas alimentares saudáveis
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Região Sudeste	1065 (92,4)	746 (70,0)	934 (87,7)	1016 (95,4)
São Paulo	252 (87,8)	143 (56,7)	214 (84,9)	238 (94,4)
Rio de Janeiro	138 (94,5)	99 (71,7)	125 (90,6)	131 (94,9)
Espírito Santo	16 (69,6)	8 (50,0)	11 (68,8)	14 (87,5)
Minas Gerais	659 (94,5)	496 (75,3)	584 (88,6)	633 (96,1)
Região Sul	492 (85,6)	265 (53,9)	405 (82,3)	459 (93,3)
Paraná	174 (83,7)	81 (44,0)	138 (79,3)	157 (90,2)
Rio Grande do Sul	107 (89,2)	69 (64,5)	97 (90,7)	102 (95,3)
Santa Catarina	211 (85,2)	115 (54,5)	170 (80,6)	200 (94,8)
Brasil	3713 (92,1)	2535 (68,3)	3325 (89,6)	3527 (95,0)

Fonte: elaborada pelas autoras

A promoção de ações que fomentam práticas alimentares saudáveis, baseado no consumo de alimentos regionais e no Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), foi a segunda ação mais realizada no país e novamente mais realizada nos estados da região nordeste (tabela 3).

Com relação à articulação no território para garantir alimentos saudáveis, como feiras de alimentos agroecológicos e hortas comunitárias, mais da metade das equipes no país realizavam esta ação, com destaque positivo para o nordeste (55,1%) e o estado do Amazonas (88,2%). Já a promoção de oficinas culinárias foi referida por quase metade das equipes no Brasil (45,2%), com melhores resultados na região nordeste.

A qualificação dos profissionais da APS para a coleta e registro dos dados antropométricos, que representa uma importante ação para o monitoramento do estado nutricional dos indivíduos, foi relatada por 82,4% das equipes multiprofissionais no Brasil e 85,8% no Nordeste, sendo mais frequente nos estados do Amazonas (100,0%) e Pará (94,9%). Vale ressaltar que essa é uma atividade de todos os profissionais da APS.

Tabela 3 – Ações de atenção nutricional realizadas pelo NASF com as equipes de atenção básica nas Regiões e Estados do Brasil, segundo o PMAQ-AB, 2017 – continuação

Região/Estado	Promove ações de práticas alimentares saudáveis (Estratégico)	Promove articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis	Promove oficinas culinárias	Qualifica os profissionais da Atenção Básica para a coleta e registro dos dados antropométricos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Região Norte	239 (94,5)	130 (51,4)	93 (36,8)	213 (84,2)
Amazonas	17 (100,0)	15 (88,2)	12 (70,6)	17 (100,0)
Roraima	6 (85,7)	3 (42,9)	3 (42,9)	6 (85,7)
Amapá	40 (90,9)	19 (43,2)	16 (36,4)	40 (90,9)
Pará	76 (96,2)	44 (56,4)	36 (46,2)	74 (94,9)
Tocantins	79 (95,2)	37 (45,1)	22 (26,8)	60 (73,2)
Rondônia	8 (80,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	6 (60,0)
Acre	13 (81,3)	8 (53,3)	2 (13,3)	10 (66,7)
Região Nordeste	1596 (98,0)	898 (55,1)	757 (46,5)	1398 (85,8)
Maranhão	124 (96,1)	70 (54,7)	53 (41,4)	102 (79,7)
Piauí	200 (97,1)	123 (60,0)	94 (45,9)	188 (91,7)
Ceará	210 (93,8)	110 (51,6)	84 (39,4)	175 (82,2)
Rio Grande do Norte	149 (97,4)	83 (54,2)	81 (52,9)	139 (90,8)
Pernambuco	202 (97,1)	109 (53,2)	94 (45,9)	177 (86,3)
Paraíba	257 (98,8)	140 (53,8)	136 (52,3)	228 (87,7)
Sergipe	30 (100,0)	11 (36,7)	14 (46,7)	21 (70,0)
Alagoas	115 (93,5)	62 (50,8)	59 (48,4)	102 (83,6)
Bahia	309 (94,8)	190 (60,7)	142 (45,4)	266 (85,0)
Região Centro-Oeste	247 (90,1)	141 (51,5)	114 (41,6)	209 (76,3)
Mato Grosso	48 (94,1)	30 (60,0)	24 (48,0)	42 (84,0)
Mato Grosso do Sul	52 (88,1)	32 (56,1)	34 (59,6)	42 (73,7)
Goiás	146 (88,0)	79 (47,6)	56 (33,7)	124 (74,7)
Região Sudeste	1015 (95,3)	501 (47,0)	488 (45,8)	874 (82,1)
São Paulo	237 (91,9)	118 (46,9)	135 (53,6)	189 (75,0)
Rio de Janeiro	131 (92,3)	79 (57,2)	81 (58,7)	117 (84,8)
Espírito Santo	15 (88,2)	5 (31,3)	6 (37,5)	12 (75,0)
Minas Gerais	632 (93,5)	299 (45,4)	266 (40,4)	556 (84,4)
Região Sul	462 (93,9)	228 (46,3)	226 (45,9)	364 (74,0)
Paraná	158 (85,9)	71 (40,8)	57 (32,8)	125 (71,8)
Rio Grande do Sul	103 (94,5)	58 (54,2)	68 (63,6)	78 (72,9)
Santa Catarina	201 (94,4)	99 (46,9)	101 (47,9)	161 (76,3)
Brasil	3559 (93,9)	1898 (51,1)	1678 (45,2)	3058 (82,4)

Fonte: elaborada pelas autoras

Bloco 2. Atenção à pessoa com obesidade

As tabelas 4 e 5 apresentam as ações realizadas pelas equipes multiprofissionais para o cuidado das pessoas com obesidade. Assim como na primeira pergunta do bloco anterior, as equipes que responderam positivamente a pergunta sobre “Desenvolvimento de com as EqSF ações para o manejo da obesidade” continuaram a responder às demais perguntas do bloco.

Assim, 92,7% das equipes relataram realizar atividades para o manejo da obesidade e 96,0% das equipes prestam assistência terapêutica a indivíduos com sobrepeso e obesidade, com destaque para a região nordeste (95,1% e 97,2% respectivamente).

A participação da coordenação do cuidado dos casos complexos que necessitam de outros pontos de atenção, quando o usuário apresentar Índice de Massa Corporal (IMC) de 30 kg/m² com comorbidades ou 40 kg/m², integram o conjunto de perguntas do padrão estratégico e apresentou bons resultados para a maioria das regiões e estados com dados superiores a 80,0%, sendo maior na região nordeste (89,6%).

A educação em saúde destaca-se na atuação das equipes multiprofissionais, e quando perguntados sobre o desenvolvimento de grupos temáticos e/ou terapêuticos direcionados ao público com excesso de peso e obesidade, em conjunto com a EqSF, os resultados variaram de 79,9% na região sul à 88,7% no sudeste (Tabela 4).

Tabela 4 – Ações para o cuidado da obesidade realizadas pelo NASF com as equipes de atenção básica nas Regiões e Estados do Brasil, segundo o PMAQ-AB, 2017

Região/Estado	Desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações para o manejo da obesidade	Presta assistência terapêutica aos indivíduos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m ²	Participa da coordenação do cuidado dos casos complexos que necessitam de outros pontos de atenção, IMC 30 kg/m ² com comorbidades ou IMC 40 kg/m ² (Estratégico)	Desenvolve grupos para o público com excesso de peso e obesidade em conjunto com a Equipe de Atenção Básica
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Região Norte	259 (87,2)	237 (91,5)	214 (82,6)	212 (81,9)
Amazonas	18 (100,0)	18 (100,0)	18 (100,0)	16 (88,9)
Roraima	7 (77,8)	6 (85,7)	5 (71,4)	4 (57,1)
Amapá	46 (90,2)	44 (95,7)	38 (82,6)	37 (80,4)
Pará	78 (91,8)	75 (96,2)	70 (89,7)	72 (92,3)
Tocantins	84 (80,8)	74 (88,1)	64 (76,2)	61 (72,6)
Rondônia	9 (81,8)	8 (88,9)	9 (100,0)	6 (66,7)
Acre	17 (89,5)	12 (70,6)	10 (58,8)	16 (94,1)

(Conclusão)

Região/Estado	Desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações para o manejo da obesidade	Presta assistência terapêutica aos indivíduos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m ²	Participa da coordenação do cuidado dos casos complexos que necessitam de outros pontos de atenção, IMC 30 kg/m ² com comorbidades ou IMC 40 kg/m ² (Estratégico)	Desenvolve grupos para o público com excesso de peso e obesidade em conjunto com a Equipe de Atenção Básica
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Região Nordeste	1616 (95,1)	1570 (97,2)	1448 (89,6)	1402 (86,8)
Maranhão	121 (91,0)	117 (96,7)	110 (90,9)	102 (84,3)
Piauí	206 (90,4)	202 (98,1)	194 (94,2)	184 (89,3)
Ceará	211 (96,3)	205 (97,2)	185 (87,7)	186 (88,2)
Rio Grande do Norte	156 (97,5)	151 (95,8)	141 (90,4)	133 (85,3)
Pernambuco	203 (96,2)	191 (94,1)	181 (89,2)	179 (88,2)
Paraíba	261 (98,1)	254 (97,3)	233 (89,3)	205 (78,5)
Sergipe	29 (87,9)	29 (100,0)	26 (89,7)	28 (96,6)
Alagoas	118 (94,4)	115 (97,5)	107 (90,7)	103 (87,3)
Bahia	311 (96,0)	306 (98,4)	271 (87,1)	282 (90,7)
Região Centro-Oeste	279 (90,9)	255 (91,4)	228 (81,7)	236 (84,6)
Mato Grosso	51 (86,4)	50 (98,0)	51 (100,0)	42 (82,4)
Mato Grosso do Sul	54 (94,7)	50 (92,6)	46 (85,2)	48 (88,9)
Goiás	173 (91,5)	154 (89,0)	130 (75,1)	145 (83,8)
Região Sudeste	1087 (94,3)	1055 (97,1)	950 (87,4)	964 (88,7)
São Paulo	265 (92,3)	255 (96,2)	238 (89,8)	225 (84,9)
Rio de Janeiro	140 (95,9)	137 (97,9)	130 (92,9)	132 (94,3)
Espírito Santo	17 (70,8)	17 (100,00)	16 (94,1)	13 (76,5)
Minas Gerais	665 (95,4)	646 (97,1)	566 (85,1)	594 (89,3)
Região Sul	497 (86,4)	47 (95,0)	415 (83,5)	397 (79,9)
Paraná	174 (83,7)	166 (95,4)	139 (79,9)	141 (81,0)
Rio Grande do Sul	106 (88,3)	101 (95,3)	93 (87,7)	83 (78,3)
Santa Catarina	217 (87,9)	205 (94,5)	183 (84,3)	173 (79,7)
Brasil	3738 (92,7)	3589 (96,0)	3255 (87,1)	3211 (85,9)

Fonte: elaborada pelas autoras

Ao analisar a qualificação dos profissionais da APS para o cuidado dos usuários com excesso de peso e obesidade (Tabela 5), observa-se que 78,7% das equipes realizam essa atividade, com resultados mais baixos nos estados como o Acre (41,2%) e Rondônia (55,6%).

Na perspectiva da organização dos processos de trabalho das equipes, a estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade é importante, pois leva em consideração a classificação do estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades. Essa variável também faz parte do padrão estratégico de avaliação, onde 76,7% das equipes do Brasil relataram fazer, variando de 62,4% na região sul a 84,3% na região norte.

Por fim, temos a variável que aborda a prestação de assistência terapêutica aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, elemento importante quando pensamos na longitudinalidade do cuidado. Dentre as ações de manejo da obesidade relatadas pelas equipes multiprofissionais no PMAQ-AB, foi a ação menos realizada no Brasil (70,2%), chegando apenas a 54,8 % das equipes na região Norte.

Tabela 5 – Ações para o cuidado da obesidade realizadas pelo NASF com as equipes de atenção básica nas Regiões e Estados do Brasil, segundo o PMAQ-AB, 2017 – continuação

Região/Estado	Qualifica profissionais da Atenção Básica para cuidado do usuário com sobrepeso e obesidade	Realiza estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade (Estratégico)	Presta assistência aos usuários que realizaram cirurgia bariátrica
	n (%)	n (%)	n (%)
Região Norte	197 (76,1)	193 (74,5)	142 (54,8)
Amazonas	18 (100,0)	18 (100,0)	15 (83,3)
Roraima	4 (57,1)	4 (57,1)	5 (71,4)
Amapá	33 (71,7)	35 (76,1)	22 (47,8)
Pará	72 (92,3)	63 (80,8)	47 (60,3)
Tocantins	58 (69,0)	60 (71,4)	40 (47,6)
Rondônia	5 (55,6)	4 (44,4)	6 (66,7)
Acre	7 (41,2)	9 (52,9)	7 (41,2)
Região Nordeste	1348 (83,4)	1363 (84,3)	1029 (63,7)
Maranhão	97 (80,2)	102 (84,3)	70 (57,9)
Piauí	175 (85,0)	176 (85,4)	109 (52,9)
Ceará	164 (77,7)	167 (79,1)	144 (68,2)
Rio Grande do Norte	139 (89,1)	140 (89,7)	117 (75,0)
Pernambuco	179 (88,2)	173 (85,2)	157 (77,3)
Paraíba	217 (83,1)	223 (85,4)	163 (62,5)
Sergipe	24 (82,8)	22 (75,9)	15 (51,7)
Alagoas	93 (78,8)	93 (78,8)	78 (66,1)
Bahia	260 (83,6)	267 (85,9)	176 (56,6)

(Conclusão)

Região/Estado	Qualifica profissionais da Atenção Básica para cuidado do usuário com sobrepeso e obesidade	Realiza estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade (Estratégico)	Presta assistência aos usuários que realizaram cirurgia bariátrica
	n (%)	n (%)	n (%)
Região Centro-Oeste	210 (75,3)	203 (72,8)	199 (71,3)
Mato Grosso	45 (88,2)	42 (82,4)	44 (86,3)
Mato Grosso do Sul	45 (83,3)	41 (75,9)	44 (81,5)
Goiás	119 (68,8)	119 (68,8)	111 (64,2)
Região Sudeste	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
São Paulo	853 (78,5)	793 (73,0)	849 (78,1)
Rio de Janeiro	202 (76,2)	175 (66,0)	206 (77,7)
Espírito Santo	125 (89,3)	118 (84,3)	120 (85,7)
Minas Gerais	12 (70,6)	11 (64,7)	13 (76,5)
Região Sul	514 (77,3)	489 (73,5)	510 (76,7)
Paraná	334 (67,2)	315 (63,4)	406 (81,7)
Rio Grande do Sul	110 (63,2)	95 (54,6)	144 (82,8)
Santa Catarina	79 (74,5)	78 (73,6)	78 (73,6)
Brasil	145 (66,8)	142 (65,4)	184 (84,8)
Região Norte	2942 (78,7)	2867 (76,7)	2625 (70,2)

Fonte: elaborada pelas autoras

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente trabalho mostram que as equipes multiprofissionais estão envolvidas com o cuidado das pessoas com obesidade no Brasil e, assim, registram a importante atuação no cuidado destes usuários, o que dialoga com outros estudos²⁵⁻²⁸. Considerando a complexidade do cuidado das pessoas com obesidade e o papel da APS na coordenação dessa linha de cuidado, a participação e contribuição das equipes multiprofissionais na APS se torna relevante e deve ser apoiada. Os dados evidenciam importante protagonismo da região nordeste e seus estados, que apresentaram os melhores resultados tanto no que se refere às ações de atenção nutricional realizadas pelas equipes multiprofissionais (bloco 1) quanto à atenção à pessoa com obesidade (bloco 2). É necessário frisar que o nordeste foi a região que apresentou maior quantidade de equipes multiprofissionais, sobretudo as do tipo 1 e 2.

As equipes multiprofissionais têm sua atuação junto às outras equipes para além da EqSF, focando no atendimento individual e na prestação de serviços diretos à população, antes mais delimitada às ações de matriciamento das equipes, reconhecidamente importantes para a

garantia da integralidade do cuidado. Desse modo, as mudanças implementadas em 2019, que extinguiu a base de incentivo federal para a adoção dos NASF com a instituição do novo modelo de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil²⁹, pode ser considerada um importante retrocesso para a saúde da população. Adicionalmente, em 2020, a nota técnica nº 3 dá fim ao cadastro de novas equipes NASF e desobriga o gestor municipal a registrar esses profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como equipe NASF. Desse modo, não se comprova vinculação, nem carga-horária trabalhada por esses profissionais³⁰, impactando na organização e oferta de cuidados na APS, fragilizando o papel e a atuação das equipes multiprofissionais.

No que se refere às ações de cuidado direcionadas às pessoas com obesidade, este modelo desenhado a partir das medidas implementadas em 2019 e 2020, pode gerar perdas para a APS na atuação de forma integrada e colaborativa com a equipe multiprofissional, segundo a lógica de apoio matricial, que potencializou ao longo destes anos resultados positivos em saúde e a busca pela garantia da integralidade do cuidado³¹⁻³³.

O primeiro caderno de atenção básica, publicado em 2006, antes mesmo da criação das equipes multiprofissionais como NASF e da publicação de portarias que estabelecem diretrizes para a organização da LC do sobrepeso e obesidade, já era destacada a importância de ofertar ações de cuidado que combinasse o olhar generalista, o trabalho multiprofissional e a articulação intersetorial para potencializar a resolutividade dos modelos assistenciais e relevantes para as práticas de atenção integral³⁴.

O lugar de destaque dado ao tema da atenção nutricional dentro das equipes multiprofissionais pode revelar, por um lado, uma forte conexão com o peso da prevalência do sobrepeso/obesidade e das doenças relacionadas à nutrição nos serviços de APS, e, por outro, o reconhecimento da promoção de práticas alimentares saudáveis como estratégia fundamental para ações de prevenção e promoção da saúde.

No estudo de Burlandy et al.,²⁶ as autoras destacam que as equipes multiprofissionais cumprem esse papel e que os profissionais reconhecem que sua atuação potencializa a atenção integral à saúde, ainda que por vezes suas ações sejam circunscritas ao atendimento individualizado.

Na análise de dados sobre ações de atenção nutricional realizadas pelas equipes multiprofissionais, pode-se identificar uma divisão entre aquelas que são realizadas por 90% ou mais das equipes (intervenção em agravos nutricionais, estratégia de promoção da alimentação saudável e qualificação para análise de marcadores de consumo alimentar e registro de dados antropométrico), tidas como ações mais consolidadas e tradicionais e outras ações que são de inserção mais recente na agenda e demandam atuação intersetorial, que atingem proporções

menores (desenvolvimento de linhas de cuidado, realização de hortas/feiras e oficinas culinárias), sendo realizadas por cerca de metade das equipes.

Dessa forma, as ações consideradas mais consolidadas são aquelas que fazem parte do escopo de atuação deste campo há muitas décadas, como é o caso da VAN, da prevenção e controle de deficiência de micronutrientes, assim como as iniciativas de promoção da alimentação adequada e saudável, com destaque à publicação do Guia Alimentar para População Brasileira, e a qualificação de recursos humanos em alimentação e nutrição^{35,36}.

Nesse mesmo caminho, pode-se apontar que são iniciativas mais recentes na agenda de alimentação e nutrição aquelas relacionadas à qualificação e à integralidade do cuidado – como é o caso da constituição da LC para prevenção e controle de sobrepeso e obesidade – e aquelas relacionadas à visão mais intersetorial e sistêmica provocada pela perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)³⁶.

Registra-se, assim, que a segunda versão da PNAN destaca, na relação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), a necessidade de “articulação dos cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS) às demais ações de SAN nos territórios, com vistas ao enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde, na ótica de seus determinantes sociais”³⁵.

Para Jaime et al.,³⁶ a existência de uma linha tênue entre ações intra e intersetoriais da agenda de alimentação e nutrição é elemento relevante. As autoras destacam a problemática de financiamento ao tratar dessa questão. As aqui chamadas de ações mais tradicionais da agenda de alimentação estão sob a lógica de financiamento setorial e bem estabelecidas, diferindo muito das propostas incentivadas no âmbito da SAN que se colocam em contexto intersetorial.

A falta de recursos específicos para hortas, feiras, oficinas culinárias entre outras ações, possivelmente não corresponde à causa da não realização destas iniciativas, visto que na realidade elas são consequência de uma cultura intersetorial de planejamento e execução de políticas públicas. Expressões disto se manifestam no nível da gestão, mas também do território. Um estudo realizado na Bahia também identificou dificuldades de comunicação e resistências profissionais e organizacionais que obstaculizam a efetivação do trabalho articulado de forma intersetorial³⁷.

É reconhecida a interdependência e inter-relação entre a promoção da saúde e da SAN³⁵, contudo, essa identificação ainda não foi capaz de criar mecanismos que solucionem a fragmentação e a falta de articulação entre setores que poderiam impulsionar e dar sustentabilidade a este tipo de ação. Há que se destacar a potência destes debates no caminho de ampliar e qualificar o cuidado em alimentação e nutrição na APS, ressaltando a necessidade

de transversalizar a discussão da SAN no âmbito das equipes de forma multiprofissional e interdisciplinar.

Os dados do presente estudo mostram que o GAPB tem sido utilizado em práticas promotoras de alimentação saudável, sendo esta a ação mais realizada pelas equipes. O papel estratégico desse documento é reconhecido por outros autores que destacam sua abordagem pertinente à SAN e o seu reconhecimento da obesidade como insegurança alimentar^{38,39}. Relevante ressaltar a possibilidade que a publicação de documentos como “Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade” possa contribuir para a ampliação do uso GAPB nos territórios⁴⁰.

No que se refere à atenção à pessoa com obesidade, identifica-se a relevância da atuação de equipes multiprofissionais junto às equipes da APS, uma vez que a assistência terapêutica, o manejo da obesidade, a coordenação do cuidado e a estratificação de risco são realizadas em elevadas porcentagens. Pode-se, assim, inferir que dispor de equipes multiprofissionais pode contribuir para maior resolutividade e integralidade da atenção.

A realização da assistência terapêutica aos indivíduos com sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste apresentam bons resultados, com proporções elevadas. O papel da APS na oferta de cuidados para as pessoas com obesidade e na coordenação da LC é estabelecido pela Portaria 424/2013⁴¹, e embora a implementação das LC ainda seja um desafio para os estados e municípios no país, (em dezembro/2019 havia 21 unidades da federação em processo de organização), quase metade dos atendimentos realizados na APS entre setembro de 2018 a agosto de 2019 foram agendados para cuidado continuado/programado⁴².

A coordenação do cuidado dos casos complexos que necessitam de outros pontos da RAS, quando apresentarem IMC maior que 30,0 kg/m² com comorbidades ou IMC de 40 kg/m² é realizada por 87,1% das equipes corroborando os dados encontrados por Bortolini et al.⁴⁰, que identificaram que, dentre os casos de pessoas com obesidade encaminhados para outros pontos da RAS, 94,97% tiveram encaminhamento para serviço especializado.

Essas ações podem caracterizar que, mesmo diante da realidade de um número muito baixo de LC de sobrepeso e obesidade implementadas no Brasil, as equipes multiprofissionais, de acordo com os dados aqui apresentados, têm realizado ações importantes no cuidado das pessoas com obesidade, o que reforça sua importância. Pode-se observar que mesmo sem uma organização efetiva em termos de LC, a região e os estados do Nordeste, que possuem maior quantidade de equipes multiprofissionais, apresentaram melhores resultados quando comparados a outras regiões e estados do Brasil.

A estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade, de acordo com a classificação do estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades, e a assistência terapêutica aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da

obesidade, foram as duas ações do bloco de atenção às pessoas com obesidade menos realizadas. No entanto, ainda assim ultrapassam 70% de realização por parte das equipes. Na primeira variável, o nordeste apresentou melhores resultados e, na segunda, o sul foi a região que mais realizou ações de cuidado pós-cirurgia bariátrica (CB). O destaque da região sul nesta ação pode estar correlacionado com o panorama da oferta de CBs no Brasil, onde a análise dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) indica que 61,0% das cirurgias realizadas no país, no período de 2013 a 2019, aconteceram nesta região⁴³.

A importância da inclusão da CB na organização da LC confirma o que é definido como atribuição da APS no cuidado integral das pessoas com obesidade. Para Marcelino e Patrício⁴⁴, cabe dedicar maior atenção aos riscos cirúrgicos e à necessidade de tratamento prolongado após a intervenção. Destacam, por um lado, os desafios e dificuldades da vida cotidiana após a cirurgia e da recuperação da saúde e, por outro, a necessidade de investimentos na prevenção e cuidado.

Por fim, destaca-se que são proeminentes os dados relativos à educação em saúde e qualificação profissional. Os resultados demonstram a atuação das equipes multiprofissionais na realização de grupos temáticos ou terapêuticos em alto percentual nas diferentes regiões do país.

Uma das diretrizes das equipes multiprofissionais é a Educação Popular em Saúde, envolvendo a população na construção participativa do seu próprio cuidado de saúde⁴⁵, as oficinas podem desenvolver esse papel sendo compreendida como uma prática pedagógica participativa, a qual precisa acolher as condições objetivas dos sujeitos e suas representações subjetivas.

No que concerne às ações de qualificação profissional, deve sublinhar-se que elas constituem em parte relevante da dedicação das equipes multiprofissionais. O matriciamento em alimentação e nutrição é importante diante da demanda de transversalizar estas ações, apoiando a integração deste tema às rotinas dos demais profissionais da equipe⁴⁶. A educação permanente em alimentação e nutrição é atividade prioritária, necessária e desafiadora, que deve estar presente no cotidiano das equipes. No entanto, a superação e abordagens prioritariamente teóricas e os escassos recursos materiais para o desenvolvimento das oficinas se apresentam como desafios importantes⁴⁷.

Como principal limitação do estudo, aponta-se o fato da amostra não ser aleatória e sim resultante da adesão voluntária das equipes. Assim, há um viés de seleção, já que os municípios podem fazer adesão de suas equipes com melhor desempenho, com consequente elevação das respostas positivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os mais de 10 anos das equipes multiprofissionais na APS foram marcados por sua formulação inovadora enquanto arranjo, por importantes reformulações e reinvestimento, e pela sua implantação em todas as regiões do país, e as novas mudanças provocaram redução do número de equipes, bem como o enfraquecimento das existentes.

A defesa das equipes multiprofissionais diante dos retrocessos no âmbito da Política Nacional de Saúde e das medidas governamentais implementadas entre 2019 e 2022, é essencial para o fortalecimento do cuidado às pessoas com obesidade, como ratificam os resultados do presente estudo. Há uma grande necessidade de valorização do apoio matricial desenvolvido pelas equipes multiprofissionais, sendo este fundamental para a garantia da integralidade por meio do trabalho interprofissional, do compartilhamento dos problemas do território, da troca de saberes e práticas e da corresponsabilização pelas condutas e intervenções.

Por fim, cabe destacar a recomposição das ações de Segurança Alimentar e Nutricional em âmbito nacional e sua potência para induzir ações intersetoriais que levem em conta a complexidade do cuidado às pessoas com obesidade que partam da realidade concreta dos diferentes territórios.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro AR de O, Freitas SFT de, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr.* 2004;17(4):523–33.
2. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. A sindemia global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas - Relatório da Comissão The Lancet. Versão traduzida ao português. *Lancet.* 2019 Feb 23;393(10173):791-846.
3. World Health Organization. Division of Noncommunicable Diseases. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1998.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012. B Textos Básicos Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Moura ALS de P, Recine E. Nutritionists and the comprehensive care of overweight individuals in primary care. *Rev Nutr.* 2019;32:e190008.

7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
8. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
10. Cunha GT, Campos GW de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde soc. 2011;20(4):961–70.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União; 2008.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
13. Mendes Á, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde debate [Internet]. 2014 [Acesso em 2020 18 jun];38(103):900–16. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>.
14. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2016.
15. Castro A, Machado C, Lima L. Financiamento da atenção primária à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. 1 ed. Rio de Janeiro: [S.n.]; 2018. p. 610.
16. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde debate. 2018;42(spe1):38–51.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2017.
18. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(116):11–24.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2023.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). Brasília: Diário Oficial da União; 2015.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e

- Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília: Diário Oficial da União; 2019.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. e-Gestor Atenção Básica [Internet]. 2020 [Acesso em 2021 jan 4]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
 25. Barros JDO, Gonçalves RMDA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(9):2847–56.
 26. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, Cruz MCC, Santos CRB, Souza SR de, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(3):e00093419.
 27. Moura RHD, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface*. 2014;18(suppl 1):957–70.
 28. Santos RABDGD, Uchôa-Figueiredo LDR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate*. 2017;41(114):694–706.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da União; 2019.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
 31. Aciole GG, Oliveira DKS. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate*. 2017;41(115):1090–101.
 32. Nascimento LC, Arce VAR, Souza FDR. Concepções e práticas de integralidade em saúde no núcleo de apoio à saúde da família. *Rev Baiana Saúde Pública [Internet]*. 2018 [Acesso em 2023 nov 30];42(1). Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2436>.
 33. Silva ATCD, Aguiar MED, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2076–84.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Obesidade. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 12. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

35. Alves KP de S, Jaime PC. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4331–40.
36. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DOE, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1829–36.
37. Moreira DC, Soares DA, Castro CPD, Bispo Júnior JP. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários. *Physis*. 2019;29(3):e290304.
38. Bortolini GA, Moura ALDP, De Lima AMC, Moreira HDOM, Medeiros O, Diefenthaler ICM, et al. Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. *Rev Panam Salud Pública*. 2019;43:1.
39. Dias PC, Henriques P, Anjos LA dos, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2017;33.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Universidade de Brasília. Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
42. Bortolini GA, de Oliveira TFV, da Silva SA, Santin R da C, de Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:e39.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares (SIH) [Internet]. 2019 [Acesso em 2019 maio 18]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>.
44. Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4767–76.
45. Oliveira GN de. O Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: Campos GWS, Guerrero AVP. (Org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 273–82.
46. Pimentel VRDM, De Sousa MF, Ricardi LM, Hamann EM. Alimentação e nutrição no contexto da atenção básica e da promoção da saúde: a importância de um diálogo. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde*. 2013;8(3):487–98.
47. Marques RJR, Rezende-Alves K, Soares CS, Magalhães KAD, Morelli LF, Lopes ACS. Análise do trabalho em equipe multiprofissional para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. *Trab Educ E Saúde*. 2020;18(1):e0024172.

Artigo recebido em agosto de 2020

Versão final aprovada em dezembro de 2023